

# RAPPORT DE PLANIFICATION SANITAIRE DU CANTON DE GENÈVE 2016-2019



Istockphoto



# Résumé

## Résumé

La planification sanitaire a pour objectif d'anticiper l'évolution des besoins en soins de la population et de proposer des scénarii pour y répondre de la manière la plus rationnelle possible, en assurant un accès à des soins de qualité pour tous. Elle répond à des exigences légales cantonales et fédérales.

Il faut considérer la planification sanitaire comme un outil d'aide à la décision. Les besoins estimés indiquent jusqu'où il est possible et adéquat d'augmenter les prestations de manière justifiable et d'allouer un financement en conséquence. La planification donne ainsi le tableau général de l'évolution au sein de laquelle doivent s'opérer les choix et priorisations.

Le contexte démographique actuel peut se décrire comme une longue période durant laquelle l'espérance de vie, ainsi que l'âge moyen de la population, continue de croître. Cette évolution implique un accroissement constant des besoins en soins médicaux, principalement en raison de l'augmentation des cohortes populationnelles de personnes âgées mais également en raison d'une médicalisation croissante et de l'augmentation des maladies chroniques. Dans les années à venir, une part accrue des ressources publiques devra être dirigée vers le domaine de la santé pour maintenir le niveau actuel d'accès aux soins.

Il n'est pas envisageable de vouloir simplement développer linéairement l'équipement sanitaire actuel pour le faire correspondre aux nouveaux besoins. Il faut au contraire parvenir à optimiser les prises en charge et à soutenir des réponses nouvelles face à une situation qui l'exige. Cette contrainte d'optimisation accompagne une recherche globale de la qualité des prises en charge et d'adaptation aux besoins. La planification permet d'identifier les investissements et prestations nouvelles qui doivent être soutenues pour alléger le poids global des soins.

De façon générale, la planification identifie des pistes d'améliorations potentielles en fonction de l'évolution des besoins en soins. Ces améliorations s'articulent autour de lignes directrices structurantes telles que le soutien au maintien à domicile, poursuivi depuis plusieurs années à Genève, l'identification des structures les plus adéquates pour chaque catégorie de patients, l'amélioration des collaborations et de la coordination au sein du réseau de soins notamment grâce aux outils informatiques (MonDossiermédical.ch) et enfin le soutien aux actions pertinentes de promotion de la santé et de prévention des maladies, domaine qui fait par ailleurs l'objet d'une stratégie propre et d'un rapport séparé du Conseil d'Etat. Ces améliorations s'inscrivent également dans la continuité des actions et axes proposés par le Rapport du Conseil d'Etat sur la politique publique en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie d'octobre 2012, soit : 1) prévenir pour bien vieillir ; 2) bien vieillir chez soi ; 3) bien vieillir en EMS ; 4) garantir l'autodétermination et la dignité en fin de vie ; 5) renforcer la continuité des prises en charge.

Le présent rapport comprend la planification hospitalière (soins somatiques aigus, réadaptation et gériatrie, psychiatrie, hospitalisations extra-cantonales) et la planification préhospitalière, la planification médico-sociale (soins à domicile, établissements médico-sociaux, structures intermédiaires), la planification du besoin en personnels de santé (démographie de la médecine ambulatoire et besoin en professionnels de la santé)

### Planification hospitalière

Pour couvrir l'ensemble des besoins de la population tout en tenant compte de l'offre privée, les cantons ont l'obligation de planifier afin de déterminer les établissements hospitaliers qui figureront sur leur liste hospitalière en vertu de la LAMal. Pour cela, il faut d'une part

connaître les besoins et leur évolution, d'autre part estimer la part des besoins qui pourra être couverte par l'offre privée.

Entre 2015 et 2019, l'augmentation annuelle moyenne du nombre de cas sera de 1.26 % dans le domaine des soins somatiques aigus. Cet accroissement moyen est pratiquement identique au résultat obtenu pour la période de planification précédente<sup>1</sup> (1.3 %). Les hôpitaux concernés devront être en mesure de réaliser 661 cas supplémentaires chaque année. Les capacités hospitalières actuelles publiques et privées du canton de Genève seront à même de répondre à ce besoin.

Dans le domaine de la réadaptation et de la gériatrie, sous l'effet de l'évolution démographique et du vieillissement de la population, l'accroissement annuel moyen, en termes de journées, sera de 2.2 %. À l'horizon 2019, 161 lits supplémentaires seraient nécessaires, car l'équipement actuel est saturé. Toutefois, ce besoin pourrait être réduit à 83 lits, sous condition de développer des alternatives à l'hôpital, notamment en renforçant l'aide et les soins à domicile ainsi que les structures intermédiaires.

Dans le domaine de la psychiatrie, les besoins augmenteront annuellement de 0.96 %. Sans modification de l'offre et des pratiques de prise en charge, il faudrait 41 lits supplémentaires d'ici 2019. Cependant, le développement des structures résidentielles communautaires et le renforcement des dispositifs ambulatoires permettraient d'éviter l'ouverture de nouveaux lits d'hospitalisation classique, voire d'en fermer.

Dans le domaine des hospitalisations extra-cantoniales, les effets du libre choix restent difficiles à estimer. Il faut par conséquent apprécier avec prudence les projections réalisées, qui prévoient une augmentation moyenne annuelle du nombre de cas de 1.41 %. Des augmentations plus importantes que prévu pourraient être constatées en raison de la surcharge actuelle des structures hospitalières genevoises dans les domaines de la psychiatrie et de la réadaptation.

En ce qui concerne la planification préhospitalière, les nouvelles estimations montrent une forte progression de l'activité d'urgence préhospitalière. Le nombre de missions annuelles en 2019 devrait se situer entre 31'000 et 32'000, soit une augmentation de 16 % par rapport à 2014. Pour répondre à cet accroissement, la centrale d'appels sanitaires urgents 144 sera modernisée. Le nombre d'ambulances devra progressivement être renforcé pour atteindre, à l'horizon 2019, 17 unités durant la journée et 15 unités sur la tranche horaire 15 h-23 h.

---

<sup>1</sup> Planification médico-sociale et sanitaire du canton de Genève 2012-2015, DARES, 2011.

## Planification médico-sociale

### Établissements médico-sociaux (EMS)

Les résultats des projections à l'horizon 2019 montrent une augmentation annuelle du nombre de lits de 79 unités. En tenant compte du nombre de lits disponibles et des futures constructions prévues, le besoin en lits à l'horizon 2019 est de 127 unités.

La poursuite du développement de structures d'accueil alternatives et l'augmentation de l'aide et des soins à domicile pourront encore limiter l'augmentation du besoin en lits d'EMS pendant quelques années. Il faut cependant anticiper dès maintenant une augmentation plus rapide des besoins dès 2019, nécessitant la création et la mise en exploitation de nouveau EMS.

### Soins et aide à domicile

Les besoins en soins à domicile augmenteront en moyenne annuelle de 4.5 % sur la période 2016-2019. Ainsi, chaque année 43'481 heures de soins supplémentaires devront être fournies par les institutions concernées. Les accroissements annuels sont moins importants pour l'aide pratique (2.3 %), les repas (1.3 %) et les prestations de sécurité (1.4 %). Dans ce domaine, le rôle de l'institution genevoise de maintien à domicile (imad) restera fondamental pour répondre à des besoins accrus, non seulement en raison de l'évolution démographique, mais également au vu de l'augmentation de l'intensité des soins requis par les nouveaux patients âgés. L'objectif du canton de privilégier le maintien à domicile sera poursuivi, car il permet de contenir le nombre de lits d'EMS, qui coûtent plus cher si les durées de soins sont brèves, et de satisfaire le souhait exprimé par la population de rester à domicile. Il se pourrait également que le besoin augmente plus rapidement, en fonction des mesures qui seront prises dans d'autres domaines de soins, pour ralentir l'évolution de leurs besoins grâce aux soins à domicile.

### Structures intermédiaires

Un foyer est un lieu d'écoute et de partage qui permet au client de garder un lien social et au proche aidant de bénéficier d'un moment de répit. Diverses activités sont proposées aux personnes âgées en perte d'autonomie.

Trois foyers de jour supplémentaires seront nécessaires dès 2016, dont 2 spécialisés, puis 1 foyer généraliste supplémentaire en 2018, et enfin 1 foyer spécialisé en 2019. Par ailleurs, le besoin sera plus important dans l'hypothèse d'une augmentation de la fréquentation hebdomadaire moyenne, qui permettrait aux foyers d'avoir un impact encore plus grand.

Les unités d'accueil temporaire de répit (UATR) ont pour but de favoriser le maintien à domicile en offrant un temps de répit, compris entre 5 et 45 jours, aux proches aidants des personnes qu'elles accueillent.

Les nouvelles estimations confortent le besoin en lits UATR estimé à 100 lits au total dans le précédent rapport de planification sanitaire 2012-2015<sup>1</sup>. Pour atteindre cette cible, il faudrait mettre à disposition 62 places supplémentaires d'ici 2019, qui viendraient s'ajouter aux 38 lits déjà existants sur le canton.

Les unités d'accueil temporaire médicalisées (UATM) ont pour but de favoriser le maintien à domicile et d'éviter des hospitalisations inappropriées. Elles accueillent pour un séjour court des personnes en situation instable, qui nécessitent une surveillance médicale rapprochée.

Le besoin est estimé à deux UATM de 10 lits chacune. Comme il en existe une à Onex depuis 2014, la seconde UATM devrait être située dans une autre région du canton, afin de garantir la participation des médecins de cette région à la supervision des traitements et investigations.

Les immeubles avec encadrement pour personnes âgées (IEPA) proposent aux personnes âgées des appartements adaptés, sans barrière architecturale, et équipés d'un système d'alarme intégré. De plus, ils offrent des prestations d'encadrement (sécurité, démarches administratives, soutien moral, etc.) et diverses activités (repas en commun, socialisation et animation, etc.).

L'intérêt à promouvoir les IEPA réside dans l'économie réalisable grâce au report de 2 ans en moyenne de l'entrée en EMS par rapport à une personne qui ne transiterait pas par un IEPA. Lors du dernier exercice de planification, le montant total de l'économie avait été estimé à environ 150'000 francs par locataire, sur une période de 12 ans. Lors de la précédente planification, le besoin supplémentaire de logements IEPA avait été estimé à 500 au total (hypothèse maximale).

Le besoin découlant de l'évolution démographique sera de 8 à 9 logements supplémentaires par année entre 2016 et 2019, soit 34 en 4 ans. Compte tenu de l'ouverture d'un IEPA de 18 logements en 2012 et de celle, courant 2015, d'un IEPA de 40 logements, le besoin net s'élève à 476 logements.

Pour répondre à ce besoin de 476 logements supplémentaires, le département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé (DEAS) accompagne 14 projets de construction d'IEPA, qui devraient ouvrir au cours de la période 2016-2019, pour un total de 734 logements. Le besoin identifié devrait donc être largement couvert, sous réserve qu'il n'est pas certain que tous les projets aboutissent.

## **Besoin en personnels de santé**

### Démographie de la médecine ambulatoire

Les modifications multiples de la régulation fédérale sur les autorisations des droits de pratique ont donné l'opportunité à de nombreux médecins de débiter une activité ambulatoire facturable à charge de l'assurance obligatoire des soins. Entre le 5 juillet 2013 et le 31 décembre 2014, plus de 700 autorisations de pratiquer ont été délivrées.

Cette augmentation massive est en complète contradiction avec le désir de régulation exprimé à la fois par le canton, mais aussi par les associations professionnelles. Il conviendrait, à l'avenir, de pouvoir réguler l'offre ambulatoire en fonction des besoins réels de la population résidant dans le canton. Dans l'intervalle, le canton continuera d'appliquer la clause du besoin tant que cette possibilité légale lui sera offerte.

### Besoin en professionnels de la santé

Les projections indiquent une augmentation importante du besoin en personnel de santé dans les années à venir. L'accroissement du besoin en personnel est corrélé à l'augmentation des besoins en soins et correspond à une augmentation annuelle de 264 personnes. Les cessations d'activité sont responsables d'un besoin supplémentaire de 186 professionnels en cas de retraite à 65 ans et de 567 personnes en tenant compte d'une durée d'activité professionnelle proche de la réalité observée. Ainsi entre 450 et 831 professionnels devraient être engagés chaque année.

En effet, comme on ne peut pas s'attendre à ce que l'ensemble des professionnels de la santé en poste en 2011 travaille jusqu'à l'âge de la retraite, il faut introduire diverses hypothèses sur la durée de vie professionnelle, qui conduisent à un triplement du besoin de relève.

Ainsi d'ici 2020, il faudra favoriser la formation et développer les stratégies d'engagement de nouveaux professionnels de la santé pour répondre au besoin, sans toutefois le couvrir entièrement. En guise de mesure incitative, l'octroi d'un mandat de prestations de la part de l'État n'est possible que si l'établissement s'engage à former des professionnels de la santé, pour autant que le nombre de classes et que l'effectif des volées soient adaptés en conséquence.

## Table des matières

A.	Introduction .....	12
A.I.	À quoi sert la planification sanitaire.....	12
A.II.	Méthode de travail .....	12
B.	Bases légales de la planification .....	16
B.I.	Le cadre fédéral.....	16
B.I.1.	Avant l'application de la révision de la LAMal de 2007.....	16
B.I.2.	Conséquences de la révision de la LAMal .....	17
B.I.3.	Coordination au sein de la médecine hautement spécialisée.....	20
B.I.4.	Financement des soins délivrés à domicile.....	20
B.I.5.	Clause du besoin de la médecine ambulatoire.....	20
B.II.	Le cadre cantonal .....	21
C.	Projections démographiques.....	24
C.I.	Contexte .....	24
C.II.	Scenarii .....	24
C.II.1.	Scénario I « morosité économique » .....	24
C.II.2.	Scénario II « tendance récente ».....	25
C.II.3.	Scénario III « engagement transfrontalier » .....	25
C.II.4.	Scénario IV « dynamisme urbain » .....	26
C.III.	Projeté-réalisé .....	26
C.IV.	Conclusion : scénario retenu pour l'évaluation des besoins .....	30
D.	Evaluation du besoin en soins.....	36
D.I.	Planification hospitalière .....	36
D.I.1.	Soins somatiques aigus.....	36
D.I.2.	Soins de réadaptation et de gériatrie .....	55
D.I.3.	Soins de psychiatrie.....	68
D.I.4.	Hospitalisations extra-cantoniales .....	88
D.I.5.	Récapitulatif chiffré de la planification hospitalière .....	90
D.II.	Planification médico-sociale.....	94
D.II.1.	Établissements médico-sociaux .....	94
D.II.2.	Soins et aide à domicile.....	106
D.II.3.	Foyers de jour et de jour/nuit .....	136
D.II.4.	Unités d'accueil temporaire de répit.....	150
D.II.5.	Unités d'accueil temporaire médicalisées .....	156
D.II.6.	Immeubles avec encadrement pour personnes âgées.....	162
D.III.	Planification préhospitalière .....	173
E.	Besoin en personnels de santé .....	195
E.I.	Démographie de la médecine ambulatoire.....	195
E.II.	Besoin en professionnels de la santé .....	209
F.	Conclusion.....	226
	Bibliographie .....	233
	Index des abréviations.....	236
	Liste des tableaux .....	239
	Liste des figures .....	242
	Annexes .....	245



# **A. Introduction**

## **A. Introduction**

### **A.I. À quoi sert la planification sanitaire**

La planification sanitaire cantonale a pour but de déterminer les besoins en soins du canton de Genève et de définir les moyens de les satisfaire de la façon la plus rationnelle et la plus économique possible. Elle vise à améliorer l'efficacité du réseau de soins et du système de santé genevois et à offrir des soins accessibles, appropriés et de qualité à la population.

Il n'y a pas d'automatisme entre les besoins estimés par la planification et leur financement. Les résultats de la planification sont cependant utiles, car, sur cette base, on peut justifier d'un financement jusqu'à concurrence du niveau des besoins en soins estimés. La planification constitue un important outil d'aide à la décision permettant au canton de fixer les priorités et d'allouer les ressources nécessaires dans le domaine de la santé.

Le présent rapport de planification vise également à répondre à la résolution 697 du Grand Conseil du 22 mai 2012, qui adoptait le rapport de planification médico-sociale et sanitaire 2012-2015 (Rapport 875 du Conseil d'État du 11 mai 2011) tout en invitant le Conseil d'État, pour la prochaine période de planification, à :

- apprécier, dans le cadre du suivi prévu de la mise en œuvre de cette planification, les flux des usagers et financiers, entre les institutions prestataires au sein du canton et hors du canton ;
- vérifier l'adéquation entre l'utilisation des prestations, les besoins des usagers et la planification sanitaire cantonale ;
- poursuivre les démarches nécessaires pour déployer les structures intermédiaires planifiées ; à étudier également, dans ce but, le développement d'EMS multi-prestataires (ou polyvalents) ;
- mettre davantage en évidence, dans la prochaine période de planification sanitaire, l'attention portée à la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiatriques, en particulier dans ses aspects ambulatoire, médico-social (lits de long séjour) et de structures intermédiaires ;
- poursuivre les efforts, au sein des structures ad hoc et avec les autorités françaises (Comité régional franco-genevois (CRFG), projet d'agglomération, etc.), visant à favoriser une approche transfrontalière de la planification sanitaire.

### **A.II. Méthode de travail**

Le résultat des travaux de planification réalisés pour la période 2016-2019 figure dans le présent rapport de planification, qui s'inscrit dans la continuité du rapport RD 875. Ce document évalue les besoins dans les cinq domaines de soins suivants :

- Planification hospitalière (soins somatiques aigus, soins de réadaptation et de gériatrie, soins de psychiatrie, hospitalisations extra-cantonales) ;
- Planification médico-sociale (établissements médico-sociaux, soins et aide à domicile, structures intermédiaires) ;
- Planification préhospitalière ;
- Démographie de la médecine ambulatoire ;
- Besoin en professionnels de la santé.

Le domaine de la prévention et de la promotion de la santé (PPS) n'est pas intégré au rapport de planification sanitaire, car il fait l'objet d'un rapport séparé du Conseil d'Etat. Un plan stratégique et un plan d'actions seront proposés au Grand Conseil d'ici fin 2016.

En matière de projections, le scénario démographique « engagement transfrontalier », mis au point par l'Office cantonal de la statistique (OCSTAT), a été retenu pour tous les domaines. Le choix de ce scénario, qui prévoit une augmentation moyenne de la population de 0.8 % par année jusqu'en 2020, se justifie, car c'est celui qui correspond le mieux à la réalité observée ces dernières années.

Une organisation de projet a été mise en place pour élaborer le rapport de planification. Ainsi, un comité de pilotage, présidé par le chef du département chargé de la santé et réunissant les principales institutions publiques actives dans le domaine de la santé du canton, a été constitué afin de suivre la réalisation opérationnelle du projet de rapport et valider les résultats obtenus.

Pour évaluer les besoins en soins dans les domaines de la psychiatrie et de la réadaptation, deux groupes de travail spécifiques ont été mandatés par le COPIL. Pour le domaine des soins somatiques aigus, le comité de pilotage s'est appuyé sur le travail d'un expert externe. Pour les autres domaines, les besoins ont été identifiés en étroite collaboration avec les partenaires concernés.

Concernant la planification hospitalière, outre l'évaluation des besoins dans le domaine des soins somatiques aigus, de la réadaptation et de la psychiatrie, le rapport comporte une analyse fine de la qualité des prestations de soins aigus des établissements hospitaliers genevois. L'octroi de mandats ciblés aux cliniques privées dans le but de compléter l'offre des hôpitaux publics a été prorogé dans le domaine des soins somatiques aigus et en psychiatrie. Grâce à un changement de méthodologie et à l'existence de données suffisantes, la sélection des établissements concernés a pu se baser, dès 2015, sur une analyse objective de la qualité des soins, comme l'exige la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal) (RS 832.10).

Pour répondre au défi du vieillissement démographique de la population et à l'accroissement des problématiques liées aux troubles cognitifs (Alzheimer) notamment, les domaines de la réadaptation/gériatrie et de la psychiatrie ont fait l'objet d'une évaluation approfondie. Les chapitres correspondants proposent des mesures organisationnelles concrètes permettant de réduire l'évolution des besoins.

Néanmoins, la problématique du vieillissement de la population continuera d'exercer une influence significative sur le développement du système de soins cantonal. À ce titre, le présent rapport rend compte des résultats des prévisions en matière d'augmentation du besoin en lits d'EMS et en prestations de maintien à domicile. Dans ces domaines, des arbitrages et des choix seront sans doute nécessaires.

Le maintien à domicile continue d'être une priorité pour le Conseil d'Etat, par rapport à l'institutionnalisation. Cette dernière comporte en effet différents inconvénients. Elle nécessite des structures plus lourdes, s'avère généralement plus coûteuse pour les temps de soins brefs et suscite peu d'adhésion de la part de la population. C'est pourquoi les scénarii proposés privilégient autant que possible le développement de prises en charge diversifiées à domicile et en ambulatoire pour les personnes en perte d'autonomie.

Ainsi, le présent document dresse un inventaire global des besoins en soins pour les prochaines années. Il présente une vision complète de la réalité et évoque les principales options possibles pour l'avenir, en donnant de manière transparente les informations nécessaires en vue d'orienter les futurs choix d'allocation de ressources.

Comme pour la précédente période, la planification sanitaire cantonale est sujette à de nombreuses variables (cadre légal, financements, modification des besoins, etc.). Il sera donc nécessaire de vérifier en continu son adéquation avec les besoins en soins de la population du canton.

Pour faciliter autant que possible la lecture du document et les comparaisons entre domaines de soins, les chapitres sont structurés de manière identique et comprennent tous un bilan de la période précédente de planification.

De même, dans un souci de clarté, chaque chapitre distingue ce qui relève de la validation des données de ce qui relève de la méthode de projection ou de l'analyse des résultats. Cette systématique est reprise dans tous les domaines planifiés, à l'exception de la médecine de ville, qui comporte certaines particularités.

## **B. Bases légales de la planification**

## B. Bases légales de la planification

### En bref

#### Les conséquences principales de l'application de la LAMal révisée en 2007

Dans le domaine de la planification hospitalière<sup>2</sup>, le système est passé en 2012 du financement de l'hôpital au financement des prestations fournies par l'hôpital. Des forfaits par cas ont été introduits basés sur des structures tarifaires uniformes au niveau suisse. Les coûts des investissements ont été introduits dans le calcul des forfaits. Les forfaits sont financés par le canton et les assureurs, selon leur part respective. L'autorité cantonale compétente fixe pour chaque année civile la part cantonale pour les habitants du canton. Celle-ci se monte à 55 % au moins. Enfin, des critères uniformes de planification hospitalière basés sur la qualité et l'économicité doivent être édictés par le Conseil fédéral. Le libre choix de l'hôpital au sein des listes publiques est garanti. Les maisons de naissance sont reconnues comme fournisseurs de prestations LAMal.

#### Médecine hautement spécialisée

Les cantons se sont depuis 2009 organisés dans le cadre d'une Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS), dont les décisions de planification et d'attribution des prestations concernées sont déjà effectives dans de nombreux domaines.

#### Financement des soins délivrés à domicile

Le nouveau système de financement des soins de longue durée prévoit une répartition des coûts entre l'assurance-maladie, la personne assurée (à concurrence de 20% au plus de la contribution maximale des assureurs fixée par le Conseil fédéral) et les cantons pour les coûts dits résiduels.

#### Réintroduction temporaire de la clause du besoin pour la médecine ambulatoire

Cette clause du besoin a été réintroduite dès le 1<sup>er</sup> juillet 2013 jusqu'au 30 juin 2016. Elle ne s'applique qu'aux médecins n'ayant pas effectué 3 ans de formation dans un établissement de formation suisse reconnu. Le choix est laissé aux cantons de décider s'ils désirent ou non introduire une limitation partielle ou totale des admissions.

Le canton de Genève limite l'admission des médecins à la charge de la LAMal, au sens de la législation fédérale.

### B.I. Le cadre fédéral

#### B.I.1. Avant l'application de la révision de la LAMal de 2007

<sup>2</sup> Office fédéral de la Santé  
<http://www.bag.admin.ch/themen/krankensversicherung/00305/04104/06668/index.html?lang=fr>

Avant l'application de la révision du 21 décembre 2007 de la loi sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal ; RS 832.1), les fournisseurs de prestations remplissant les critères de la loi et de son ordonnance d'application du 27 juin 1995 (OAMal; RS 832.102) étaient réputés admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Les assureurs-maladie avaient par conséquent l'obligation de rémunérer les prestations ainsi fournies.

Les hôpitaux et les établissements médico-sociaux n'étaient cependant pas admis automatiquement par effet de la loi comme fournisseurs de prestations à la charge de l'AOS. Ils n'étaient admis que si leurs prestations étaient en adéquation avec la planification cantonale ou intercantonale des besoins correspondants.

« La LAMal (de 1994) ne donne toutefois aucune autre indication quant à la nature, au contenu et aux conditions de la planification déléguée aux cantons. Ceux-ci doivent ainsi fixer eux-mêmes le contenu du plan hospitalier, les critères de sélection ainsi que les conditions d'admission des hôpitaux. Les seuls critères d'admission posés par la LAMal en matière de planification sont la couverture des besoins en soins hospitaliers et la prise en compte des cliniques privées lors de l'élaboration de la planification. »<sup>3</sup>

Les cantons avaient l'obligation de participer aux coûts des traitements stationnaires en prenant en charge au moins 50 % des frais d'exploitation d'un hôpital public ou subventionné, le reste étant pris en charge par les assureurs. Les cantons finançaient également les investissements des hôpitaux publics et devaient contribuer au financement des prestations dites d'intérêt général, telles que les coûts de garde pour le service d'urgence ou les coûts pour l'enseignement et la recherche. Par contre, les cantons avaient la liberté de décision quant au financement éventuel d'établissements privés. Les traitements hospitaliers ambulatoires étaient entièrement à la charge de la LAMal.

## **B.1.2. Conséquences de la révision de la LAMal**

La révision de la LAMal en 2007 prévoit un nouveau mode de financement dès le 1<sup>er</sup> janvier 2012 et entérine la responsabilité des cantons au niveau de la planification hospitalière selon les critères édictés par le Conseil fédéral. Le cadre légal est fixé dans les articles 39 LAMal et 58a à 58e OAMal et portent sur la détermination de l'offre, l'efficacité et la qualité des prestations ainsi que sur les mandats de prestations. Cette révision a pour conséquence les changements majeurs suivants :

- les cantons ont la responsabilité de planifier l'offre des établissements hospitaliers pratiquant à la charge de l'AOS pour garantir que les besoins en soins de la population soient couverts. Sont pris en compte les établissements relevant des régimes subventionnés et conventionnés<sup>4</sup> ainsi que l'offre extracantonale ;
- pour toute personne domiciliée sur son territoire, tout canton doit en principe prendre en charge sa part de financement d'une prestation hospitalière à chaque fois que celle-ci est effectuée dans un établissement mandaté par son canton pour ce type de prestations et inscrit sur une liste hospitalière correspondante. Cette prise en charge cantonale n'est toutefois pas illimitée : lors d'une hospitalisation en vertu du libre choix, elle dépend des quotas de prestations attribués par les cantons aux établissements hospitaliers concernés (ATF 2C\_796/2011) ;

Au niveau de la mise en application, la répartition des coûts entre cantons et assurance (au moins 55 % pour les cantons) pour les établissements figurant sur la liste hospitalière

<sup>3</sup> La planification hospitalière cantonale, Ariane Ayer, Institut de droit de la santé, Université de Neuchâtel, novembre 2000.

<sup>4</sup> Les établissements conventionnés ne figurent pas sur la liste hospitalière mais font l'objet d'une convention tarifaire avec un ou plusieurs assureurs.

intervient au 1<sup>er</sup> janvier 2012. Les nouveaux critères de planification relatifs à l'économicité et la qualité doivent être impérativement respectés à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2015.

Genève a agi conformément aux exigences légales :

- en établissant une première liste hospitalière, basée sur le nombre de cas traités, adoptée le 23 novembre 2011 et entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2012 ;
- en subventionnant, dès le 1<sup>er</sup> janvier 2012, à hauteur de 55 % au minimum toutes les prestations hospitalières du catalogue AOS réalisées dans les établissements listés en fonction desdits mandats sous réserve d'avoir conclu un mandat de prestations avec les établissements concernés ;
- en abrogeant et remplaçant la liste hospitalière du 1<sup>er</sup> janvier 2012 par une nouvelle liste à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015, afin de respecter au plus près la législation et l'ensemble des critères prévus par cette dernière.

En résumé, le nouveau système de financement et de planification impliquent principalement :

- un nouveau système tarifaire (SwissDRG<sup>5</sup>) ;
- un financement forfaitaire des prestations, au lieu du financement des hôpitaux ;
- une nouvelle répartition du financement entre l'État et l'assurance obligatoire des soins (55 % au moins pour l'État et 45 % pour les assureurs) ;
- une liste cantonale des établissements hospitaliers basées sur des mandats de prestations médicales ;
- un cofinancement des établissements listés. Les établissements non listés auront la possibilité de conclure des conventions avec les assurances ;
- un libre-choix limité aux hôpitaux extracantonaux figurant sur les listes cantonales correspondantes.

Comme mentionné précédemment, les dispositions légales ci-dessous constituent la pierre angulaire juridique du financement et de la planification des établissements hospitaliers, suite à la révision de la LAMal de 2007 :

#### **a. Article 39 LAMal (liste hospitalière)**

<sup>1</sup> *Les établissements et celles de leurs divisions qui servent au traitement hospitalier de maladies aiguës ou à l'exécution, en milieu hospitalier, de mesures médicales de réadaptation (hôpitaux) sont admis s'ils :*

- a. garantissent une assistance médicale suffisante ;*
- b. disposent du personnel qualifié nécessaire ;*
- c. disposent d'équipements médicaux adéquats et garantissent la fourniture adéquate des médicaments ;*
- d. correspondent à la planification établie par un canton ou, conjointement, par plusieurs cantons afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers, les organismes privés devant être pris en considération de manière adéquate ;*
- e. figurent sur la liste cantonale fixant les catégories d'hôpitaux en fonction de leurs mandats.*

<sup>2</sup> *Les cantons coordonnent leurs planifications.*

---

<sup>5</sup> Selon les directives légales (art. 49 LAMal) SwissDRG SA est responsable pour l'introduction, le développement ainsi que pour l'adaptation et le maintien du système de rémunération SwissDRG des séjours hospitaliers en soins somatiques aigus en fonction du diagnostic. Le système est en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012, voir <http://www.swissdrg.org/fr/>.

*<sup>2bis</sup> Dans le domaine de la médecine hautement spécialisée, les cantons sont tenus d'établir conjointement une planification pour l'ensemble de la Suisse. Si les cantons n'effectuent pas cette tâche à temps, le Conseil fédéral détermine quels hôpitaux figurent pour quelles prestations sur les listes cantonales.*

*<sup>2ter</sup> Le Conseil fédéral édicte des critères de planification uniformes en prenant en considération la qualité et le caractère économique. Il consulte au préalable les cantons, les fournisseurs de prestations et les assureurs.*

*<sup>3</sup> Les conditions fixées à l'al. 1 s'appliquent par analogie aux maisons de naissance, aux établissements, aux institutions et aux divisions d'établissements ou d'institutions qui prodiguent des soins, une assistance médicale et des mesures de réadaptation à des patients pour une longue durée (établissements médico-sociaux).*

**b. Art. 41 LAMal (libre choix)**

*<sup>1</sup> En cas de traitement ambulatoire, l'assuré a le libre choix entre les fournisseurs de prestations admis et aptes à traiter sa maladie. L'assureur prend en charge les coûts jusqu'à concurrence du tarif applicable au lieu de résidence ou de travail de l'assuré ou dans les environs.*

*<sup>1bis</sup> En cas de traitement hospitalier, l'assuré a le libre choix entre les hôpitaux aptes à traiter sa maladie et figurant sur la liste de son canton de résidence ou celle du canton où se situe l'hôpital (hôpital répertorié). En cas de traitement hospitalier dans un hôpital répertorié, l'assureur et le canton de résidence prennent en charge leur part respective de rémunération au sens de l'article 49a jusqu'à concurrence du tarif applicable pour ce traitement dans un hôpital répertorié du canton de résidence.*

*<sup>1ter</sup> L'al. 1bis s'applique par analogie aux maisons de naissance.*

*<sup>2</sup> Si, pour des raisons médicales, l'assuré se soumet à un traitement ambulatoire administré par un autre fournisseur de prestations, l'assureur prend en charge les coûts correspondant au tarif applicable à cet autre fournisseur.*

*<sup>3</sup> Si, pour des raisons médicales, l'assuré se soumet à un traitement hospitalier fourni par un hôpital non répertorié du canton de résidence, l'assureur et le canton de résidence prennent à leur charge leur part respective de rémunération au sens de l'article 49a. À l'exception du cas d'urgence, une autorisation du canton de résidence est nécessaire.*

*<sup>3bis</sup> Sont réputés raisons médicales au sens des al. 2 et 3 le cas d'urgence et le cas où les prestations nécessaires ne peuvent pas être fournies :*

- a. au lieu de résidence ou de travail de l'assuré ou dans les environs, s'il s'agit d'un traitement ambulatoire ;*
- b. dans un hôpital répertorié du canton de résidence de l'assuré, s'il s'agit d'un traitement hospitalier.*

*<sup>4</sup> L'assuré peut, en accord avec l'assureur, limiter son choix aux fournisseurs de prestations que l'assureur désigne en fonction de leurs prestations plus avantageuses (article 62, al. 1 et 3). L'assureur ne prend en charge que les coûts des prestations prodiguées ou ordonnées par ces fournisseurs ; l'al. 2 est applicable par analogie. Les prestations que la loi rend obligatoires sont en tout cas garanties.*

**c. Articles 58b à 58<sup>e</sup> OAMal**

Ces articles déterminent plus spécifiquement comment et selon quels critères les cantons doivent planifier leurs besoins en soins.

### **B.I.3. Coordination au sein de la médecine hautement spécialisée**

Les cantons sont tenus d'établir conjointement une planification pour l'ensemble de la Suisse dans le domaine de la médecine hautement spécialisée (article 39, al. 2bis LAMal). Dans ce sens, ils ont signé le 1<sup>er</sup> janvier 2009 la Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS) du 5 décembre 2008 (K 2 20). Les cantons se sont ainsi engagés à planifier et attribuer en commun les prestations médicales hautement spécialisées sur la base d'une seule planification intercantonale au lieu de 26 planifications individuelles. La CIMHS constitue ainsi la base légale pour l'attribution des prestations : elle règle les processus de décision de ses organes et définit les critères à satisfaire pour qu'un domaine de prestations puisse relever de la médecine hautement spécialisée au sens de la CIMHS.

### **B.I.4. Financement des soins délivrés à domicile**

La révision partielle de la LAMal, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2011, a pour objet un nouveau mode de financement des soins délivrés à domicile et dans les établissements médico-sociaux (EMS). Selon ce nouveau système de financement, les coûts des soins concernés sont répartis entre trois acteurs 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 (coûts dits résiduels, les parts qui ne sont prises en charge ni par l'assurance-maladie, ni par les patients).

Pour les soins dispensés par les infirmiers et infirmières indépendant(s)(es), les organisations d'aide et de soins à domicile ainsi que les établissements médico-sociaux (EMS), le Conseil fédéral a déterminé les montants applicables en fonction des interventions effectuées dans l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, du 29 septembre 1995 (OPAS ; RS 832.112.31).

### **B.I.5. Clause du besoin de la médecine ambulatoire**

En vertu de l'art. 55a LAMal, le Conseil fédéral avait édicté le 3 juillet 2002 l'ordonnance sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins (OLAF; RS 832.103). Connu également sous l'intitulé « clause du besoin de la médecine ambulatoire », cet article visait à freiner l'évolution des coûts de la santé, en limitant l'augmentation du nombre de fournisseurs de prestations et en instaurant une planification des médecins admis à la charge de l'assurance-maladie obligatoire. De fait, l'autorisation de pratiquer délivrée ne donnait plus automatiquement le droit de fournir des prestations à la charge de la LAMal. La législation fédérale initiale concernant la clause du besoin a été prorogée à trois reprises tout en faisant l'objet d'adaptations et a expiré le 31 décembre 2011.

Le 21 novembre 2012, le Conseil fédéral s'est positionné en faveur de la réintroduction urgente et temporaire de l'article 55a LAMal. L'objectif de l'exécutif fédéral était de donner aux cantons qui le souhaitaient, un outil de pilotage de l'offre médicale domaine ambulatoire.

Dans son message, le Conseil fédéral soulignait notamment la croissance particulièrement élevée des demandes d'admissions à la charge de la LAMal des médecins dans le canton de Genève au cours de l'année 2012.

La réintroduction temporaire de l'article 55a LAMal a été approuvée le 21 juin 2013 par les Chambres fédérales. L'entrée en vigueur de cette disposition a été fixée au 1<sup>er</sup> juillet 2013. Elle est applicable jusqu'au 30 juin 2016 et ne s'applique qu'aux médecins n'ayant pas effectué 3 ans de formation dans un établissement de formation suisse reconnu.

Cette nouvelle OLAF est entrée en vigueur le 5 juillet 2013. Elle permet de limiter l'admission à la charge de la LAMal des médecins, toutes spécialités confondues, visés par l'article 36 LAMal, et ceux qui exercent au sein des institutions au sens de l'article 36a LAMal. La nouvelle OLAF est valable trois ans, soit jusqu'au 30 juin 2016. Le choix est laissé aux cantons de décider s'ils désirent ou non introduire une limitation partielle ou totale des admissions.

Le canton de Genève limite l'admission à la charge de la LAMal des médecins, au sens de la législation fédérale.

## **B.II. Le cadre cantonal**

Les dispositions de la loi cantonale sur la santé du 7 avril 2006 (LS ; K 1 03) concernent l'ensemble de la planification sanitaire, la planification hospitalière incluse et ont pour buts :

- de déterminer les besoins en soins, compte tenu de l'évolution démographique ;
- de définir les moyens de les satisfaire de la façon la plus rationnelle et la plus économique possible ;
- de garantir des soins appropriés et de qualité.

Le règlement d'application de l'ordonnance fédérale sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire du 16 avril 2014 (RaOLAF ; J 3 05.50) règle au niveau cantonal les modalités d'application de la législation fédérale sur la « clause du besoin ».

Par ailleurs, les législations suivantes réglementent plus spécifiquement le domaine hospitalier :

- les articles 16A à 16H de la loi cantonale d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 29 mai 1997 (LaLAMal ; J 3 05), qui règlent les modalités d'application de la législation fédérale sur la planification et le financement des établissements hospitaliers ;
- la loi sur les établissements publics médicaux, du 19 septembre 1980 (LEPM ; K 2 05) ;
- la loi relative au financement de la collaboration entre les cantons de Vaud et de Genève dans le domaine de la santé publique et des hôpitaux, du 18 décembre 1992 (LFCSP ; K 2 10) ;
- le règlement concernant l'admission des malades dans les établissements publics médicaux, du 7 novembre 1984 (RAMEPM ; K 2 05.04) ;
- le règlement sur les institutions de santé, du 22 août 2006 (RISanté ; K 2 05.06).
- la loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile, du 26 juin 2008 (LSDom ; K 1 06) et son règlement d'application, du 16 décembre 2009 (RSDom ; K 1 06.01).



## **C. Projections démographiques**

## C. Projections démographiques

### En bref

Selon le scénario retenu de l'« engagement transfrontalier », la part de la population des résidents de 65 ans et plus devrait passer de 17.55% en 2015 (12.36% pour la tranche de 65 à 79 ans et 5.19% pour celle de 80 ans ou plus) à 18.59% en 2019 (12.83% et 5.76%).

Pendant la période de planification, le taux de croissance de la population de 80 ans et plus est projeté à 11.05%, donc largement supérieur à celui de la tranche de 65 à 79 ans, attendu à 3.73%.

### C.I. Contexte

Les projections utilisées sont celles élaborées par l'Office cantonal de la statistique (OCSTAT) dans son rapport d'avril 2011 « Projections démographiques pour le canton de Genève, population résidente de 2010 à 2040 »<sup>6</sup>. Les différents scénarii se basent sur des hypothèses de croissance économique variable élaborées en collaboration avec des experts de l'administration cantonale.

L'OCSTAT a ainsi élaboré quatre scénarii démographiques distincts, qui sont décrits ci-dessous. Au-delà des taux de mortalité et de fécondité, ce sont avant tout les différentes hypothèses sur le solde migratoire qui expliquent les variations des résultats entre les scénarii.

### C.II. Scénarii

Le texte du chapitre C.II est tiré du rapport de l'OCSTAT.

#### C.II.1. Scénario I « morosité économique »

Ce scénario décrit une situation où le développement (emplois et habitants) est fortement freiné par une situation économique ou financière défavorable. Il ne s'agit cependant pas d'un « scénario catastrophe ». Ce scénario peut aussi correspondre à un contexte économique général favorable, avec toutefois une croissance maîtrisée et contenue à l'échelon cantonal.

Quelle que soit l'optique retenue, l'attrait du canton demeure, ne serait-ce qu'en raison des « avantages comparatifs » dont il bénéficie. Une croissance zéro de la population, voire une décroissance, n'est pas envisagée. Le niveau du solde migratoire reste positif. Il tend vers +1'100 personnes par année, tout en étant un peu plus élevé à court terme, car cette situation « déprimée » n'est pas envisagée dans un très proche avenir. Un scénario postulant un solde migratoire plus bas sur une période relativement longue paraît peu probable dans la mesure où des soldes inférieurs à +1'000 personnes correspondent dans le passé à des périodes de crise économique prononcée. Comme le choix de la date d'une éventuelle « période de crise » serait arbitraire, un niveau général plutôt bas est postulé, reflétant une situation de stagnation caractérisée par des pertes d'emplois, un solde migratoire légèrement négatif sur une courte période, etc. Comme certains secteurs économiques seraient touchés par une conjoncture économique atone, le nombre de départs du canton (émigrants) s'accélère tandis que celui des arrivées (immigrants) ralentit. Le

<sup>6</sup> Projections démographiques pour le canton de Genève, population résidente de 2010 à 2040, Communications statistiques n° 39, OCSTAT, avril 2011, pp. 8 à 10.

marché du logement se détend, mais un peu seulement, car il est aussi possible que des personnes qui avaient dû trouver un logement à l'extérieur du canton y retournent. Dans la description des scénarii présentée plus bas, une brève liaison avec la situation du marché du logement est effectuée. Cependant, la connaissance des relations entre la population par âge, le type de ménages et leurs logements est lacunaire : elle date du recensement de la population et des logements de l'année 2000. Ainsi, dans l'attente de nouvelles données, l'OCSTAT a renoncé à effectuer des projections de la demande de logements. Les hypothèses relatives aux migrations sont les plus délicates à formuler. Aucune prévision fiable n'existe, à moyen et long termes, en matière d'évolution économique. Il en va de même en matière de politique des étrangers.

### **C.II.2. Scénario II « tendance récente »**

Il s'agit d'une vision cohérente avec la situation observée cette dernière décennie. La conjoncture économique est favorable et la pression démographique reste élevée. Le parc de logements continue à se développer. Cependant, les grands chantiers se réalisent avec certaines difficultés (retards, constructions morcelées). Aussi, le solde migratoire descend-il juste au-dessous de la barre des +2'000 personnes de 2011 à 2019, pour remonter vers +2'600 personnes dès 2025. L'augmentation annuelle du parc (environ 1'400 logements par année sur la période 2006 à 2010) s'accélère un peu, mais sans jamais atteindre 2'000 logements sur la durée. Le faible développement du parc couplé à la pression démographique élevée empêche une remontée du taux de vacance des logements. Les loyers et les prix des logements progressent. Les régions à la périphérie du canton continuent à se développer en liaison avec une offre de logements insuffisante à Genève. Les mouvements pendulaires s'intensifient en conséquence. La taille des ménages reste à un niveau que l'on peut considérer comme élevé pour une région urbaine, voire s'accroît encore légèrement dans un mouvement contraire à la tendance historique, qui tend à la baisse.

### **C.II.3. Scénario III « engagement transfrontalier »**

Ce scénario suppose un fort engagement de l'État pour réaliser rapidement les projets de construction envisagés depuis quelques années. Le contexte économique est favorable à une croissance du nombre d'emplois. Dans ces conditions, le solde migratoire, qui se situerait vers +2'400 personnes durant ces prochaines années, remonte à l'occasion de la réalisation de grands chantiers pour atteindre pratiquement +3'200 personnes de 2022 à 2026, puis fléchit légèrement et se stabilise à un niveau moyen plutôt élevé (+3'100 personnes). À noter que le solde migratoire reste ainsi largement au-dessous des valeurs observées dans les années 1958-1970 (+5'500 personnes). Le parc des logements se développe assez rapidement, les grands chantiers s'ouvrant sans grandes difficultés, tous les moyens légaux à la disposition des autorités politiques étant mobilisés. L'augmentation annuelle du parc serait proche des 2'000 logements durant la prochaine décennie, atteindrait ensuite le seuil des 3'000 logements, juste après la clôture des grands chantiers, puis diminuerait légèrement pour se rapprocher de 2'500 logements par année. Sur la période de calcul 2010-2040, 2'500 logements sortiraient de terre chaque année en moyenne. La croissance du parc de logements se solde par une légère remontée du taux de vacance des logements, qui reste cependant faible compte tenu de l'attrait du canton. Les possibilités de décohabitation étant facilitées grâce une offre de logements qui permet de décongestionner le marché, la taille des ménages se réduit légèrement. En raison de la détente sur le marché du logement, le taux de vacance des logements s'oriente légèrement à la hausse et la taille moyenne des ménages tend à se réduire. Dans ces conditions, tant certains investisseurs immobiliers que l'État peuvent différer la réalisation de grands projets. L'accroissement annuel du parc de logements diminue quelque peu, en passant de 1'600 logements par an durant ces prochaines années à 1'000 logements par an dans une trentaine d'années.

#### **C.II.4. Scénario IV « dynamisme urbain »**

Alors que les trois premiers scénarii sont cohérents avec les observations récentes et une certaine connaissance des projets immobiliers connus, ce dernier scénario se justifie en prenant plus de recul, tant historique que spatial. Historiquement, le canton de Genève a déjà connu un développement remarquable. La population du canton a doublé durant la deuxième moitié du XXe siècle. De 1955 à 1969, le niveau moyen du solde migratoire était de +5'500 personnes. La population a alors crû de 107'000 habitants en quinze ans (+7'100 habitants par année en moyenne). Selon les données des recensements fédéraux de la population, le canton a gagné 56'300 habitants entre 1950 et 1960, puis 72'400 habitants entre 1960 et 1970. Le développement du parc immobilier genevois n'a pas empêché l'agglomération de « déborder » largement sur la périphérie française et vaudoise. Amorcé depuis de nombreuses années, le mouvement de population en provenance du canton de Genève vers la périphérie de l'agglomération transfrontalière genevoise s'est encore amplifié avec l'entrée en vigueur des accords bilatéraux en 2002. Le district de Nyon et la zone d'emploi du Genevois-Français sont particulièrement concernés. Par exemple, en 2009, 1'700 personnes se sont installées dans le district de Nyon. Côté français, ce sont 2'000 ex-résidents du canton qui ont élu domicile dans le Genevois-Français. Deux tiers des nouveaux installés en France voisine sont de nationalité suisse. L'impact des accords bilatéraux sur la libre circulation des personnes est d'autant plus marqué que certains pays de l'Union européenne (UE) rencontrent des difficultés financières et économiques, et ne peuvent guère offrir des conditions-cadre aussi compétitives que la Suisse. Ce contexte inédit, dans une société qui tend à revaloriser la ville, pourrait expliquer une dynamique démographique nouvelle qui concernerait particulièrement Genève – ville internationale. Les observations précédentes montrent qu'un potentiel de croissance existe manifestement, et qu'il pourrait bien se concrétiser. Dans ce scénario, le solde migratoire annuel, proche de +3'100 personnes dans un premier temps, augmenterait régulièrement pour atteindre +4'000 personnes dès 2028. Cette perspective présume que le canton choisisse une voie innovante, hardie et dynamique pour développer son parc immobilier afin de densifier le canton et limiter la dispersion spatiale de l'agglomération. Dans les nouveaux projets, la proportion de logements par rapport aux places de travail est systématiquement revue à la hausse. Dans ce contexte, le nombre de nouveaux logements est supposé augmenter régulièrement (d'une manière un peu plus marquée dès 2020) pour atteindre 3'500 logements par année dès 2025. Notons qu'entre 1960 et 1975, chaque année, le seuil des 3'500 nouveaux logements construits a été franchi. En moyenne, durant ces années-là, 4'789 logements neufs ont été mis sur le marché. Les taux de vacance des logements, très faibles encore quelques années, remonteraient quelque peu par la suite et la taille moyenne des ménages diminuerait faiblement. Exprimée en nombre absolu, la croissance de population serait légèrement plus faible, mais d'un ordre de grandeur comparable à la situation observée dans les années soixante (1955-1970). Exprimée en taux, cette croissance de la population, qui reste inférieure à 1 % par an, n'est pas très élevée. Cependant, pour un canton-ville déjà très dense, il s'agit bien d'un rythme de croissance très élevé.

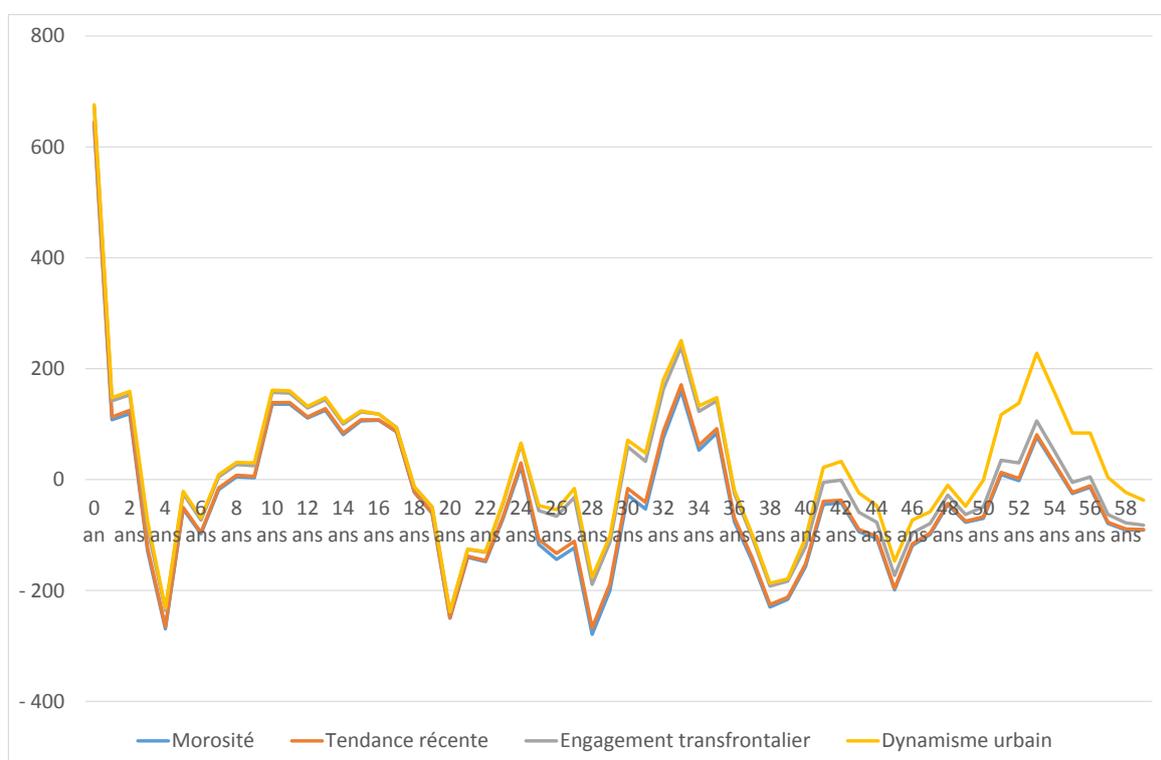
#### **C.III. Projeté-réalisé**

Dans le cadre de cet exercice prospectif, les statisticiens cantonaux ont défini en 2011 les quatre scénarii démographiques : « morosité », « tendance récente », « engagement transfrontalier » et « dynamisme urbain ». Fin 2013, soit après trois années d'observation, l'évolution démographique du canton suit, en termes d'effectifs totaux, le scénario « engagement transfrontalier ». En effet, l'effectif démographique observé (476'000 personnes) s'apparente à ce scénario (475'800) plutôt qu'aux autres variantes. Cependant, une analyse détaillée montre que la majorité des écarts observés entre les différents scénarii s'observent avant l'âge de 60 ans.

### Comparaison entre la population effective au 31.12.2013 / Projections 2011

Les figures 1 à 3 présentent les écarts entre les quatre projections et la situation effectivement observée fin 2013. Le graphique 1 se focalise sur les âges compris entre 0 et 59 ans, qui sont d'un moindre intérêt pour les projections sanitaires. Il permet cependant de montrer la surestimation nette du nombre anticipé de naissances (environ 650 de plus qu'effectivement observé), fruit d'une probable mauvaise estimation de la fécondité genevoise. Il montre aussi que trois ans après la réalisation des projections, les écarts ne sont pas systématiquement positifs ou négatifs, mais qu'ils prennent successivement la forme d'une surestimation puis d'une sous-estimation, indiquant qu'il est difficile d'anticiper les mouvements migratoires, lesquels sont les principaux responsables de l'évolution démographique aux âges actifs.

**Figure 1 : Écart entre les différentes projections 2011 et la réalité. Âges 0-59 ans.**



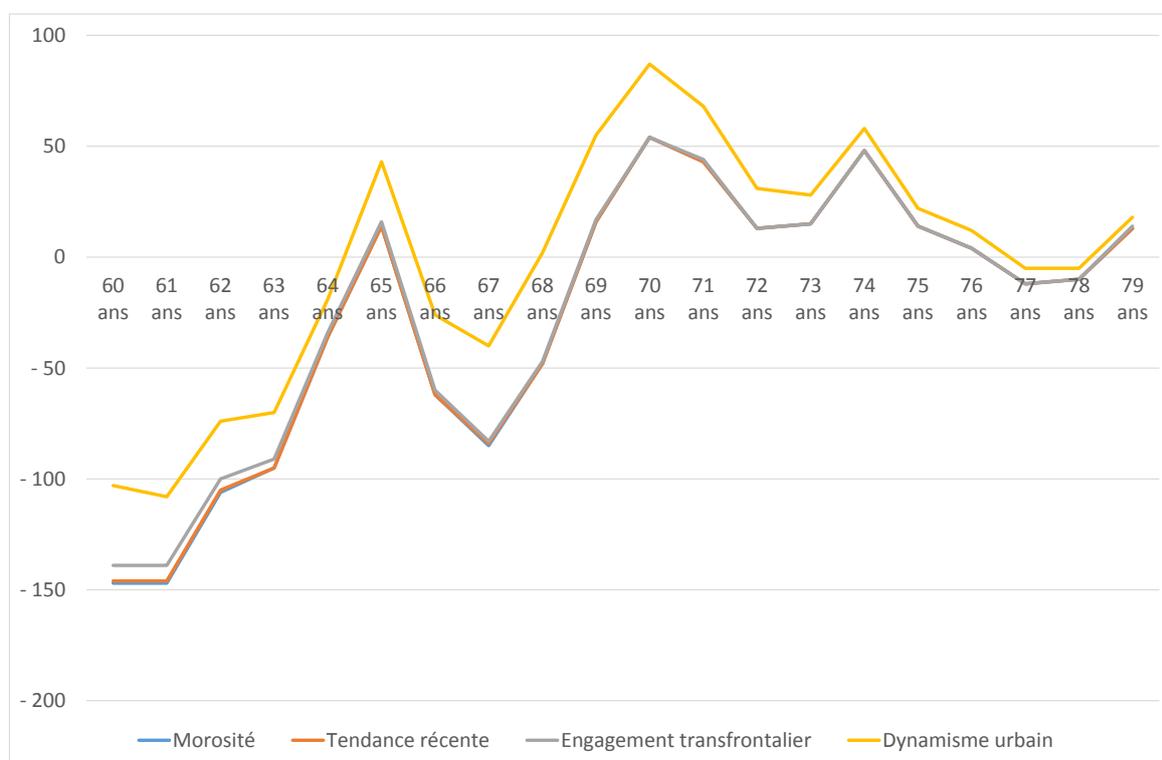
Source : OCSTAT

La figure 2 se focalise sur les âges compris entre 60 et 79 ans. Ici aussi, les écarts ne sont pas systématiques, puisqu'une sous-estimation des effectifs s'observe jusqu'à 64 ans, suivie d'une surestimation assez importante entre 70 et 76 ans. Dans le premier cas, des phénomènes migratoires non prévus par les projections peuvent agir sur les effectifs de préretraités et expliquer cet écart entre observation et projections. Dans la seconde tranche d'âges, deux facteurs peuvent être mentionnés : le premier fait référence à la migration de retour au pays d'origine, qui a pu éventuellement être légèrement plus importante qu'anticipé, ce qui expliquerait la surestimation des effectifs, laquelle atteint presque 100 unités à l'âge de 70 ans. La seconde concerne la mortalité, qui a pu aussi être un peu plus importante qu'escompté. Ce deuxième cas de figure n'a cependant pas un impact très conséquent et c'est la première hypothèse qui est à privilégier.

Au total, pour cette classe d'âges, la population est sous-estimée d'environ 500 personnes, sauf pour l'hypothèse « dynamisme urbain », qui arrive à des effectifs similaires pour les 60-79 ans. Cependant, ce sont surtout les âges les plus jeunes qui contribuent aux écarts (60-64 ans environ), âges qui n'auront pas un impact très important sur la projection des besoins en lits d'EMS. Si l'on considère les 65 ans ou plus, les trois premiers scénarii reflètent bien l'effectif, tandis que le quatrième – « dynamisme urbain » - surestime la population réellement observée.

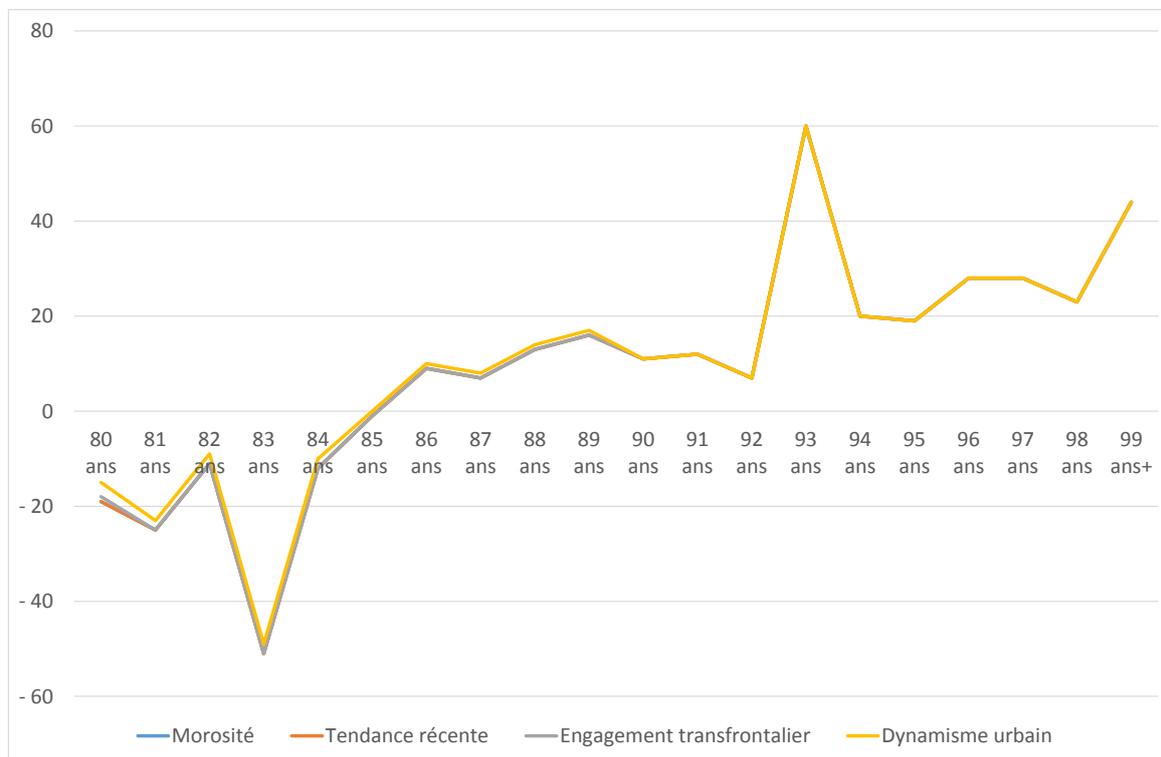
La figure 3 fait pour sa part référence à la population âgée de 80 ans ou plus, et compare une nouvelle fois l'effectif observé et ceux estimés par les quatre hypothèses. Celles-ci ne sont pas très différentes l'une de l'autre, et dès lors les écarts sont similaires quelle que soit l'hypothèse. Globalement, la population est surestimée d'un effectif compris entre 178 et 195 personnes de 80 ans ou plus. Si on se limite aux âges compris entre 90 ans ou plus, la surestimation atteint 252 personnes quel que soit le scénario (les effectifs anticipés pour fin 2013 sont similaires).

**Figure 2 : Écart entre les différentes projections 2011 et la réalité. Âges 60-79 ans.**



Source : OCSTAT

**Figure 3 : Écart entre les différentes projections 2011 et la réalité.  
Âges 80 ans ou plus.**



Source : OCSTAT

Cette surestimation s’explique certainement par une hypothèse de survie trop positive de la population en fin de vie. Il n’est pas impossible cependant que la population âgée de 90 ans ou plus soit mal estimée, car l’introduction de la statistique fédérale de la population et des ménages (STATPOP) est récente, et certaines questions restent ouvertes quant à la qualité des données pour les personnes institutionnalisées.

Ce que l’on peut retenir à ce stade est que les trois premières hypothèses semblent fournir les effectifs les plus proches de la réalité, aux âges avancés et que leur impact sur les besoins en soins est donc identique.

Même s’il persiste des différences entre les classes d’âges, nous pouvons constater que les projections sont en ligne avec la réalité. Il persiste une différence en % que l’on peut considérer comme importante pour la classe d’âge 95 ans ou plus, cependant en nombre de personnes cet écart reste faible (63 personnes).

**Tableau 1 : Population 2012 réelle comparée aux projections**

Tranche d'âge	Engagement transfrontalier (ET)	Réel	Diff. Réel vs ET	Diff. Réel vs ET en %
0-4 ans	24'663	23'774	-889	-3.7%
5-9 ans	24'495	24'345	-150	-0.6%
10-14 ans	25'357	24'667	-690	-2.8%
15-19 ans	26'708	26'577	-131	-0.5%
20-24 ans	29'532	29'953	421	1.4%
25-29 ans	32'641	32'976	335	1.0%
30-34 ans	37'000	36'275	-725	-2.0%
35-39 ans	36'532	36'979	447	1.2%
40-44 ans	36'391	36'422	31	0.1%
45-49 ans	37'793	37'968	175	0.5%
50-54 ans	33'221	32'968	-253	-0.8%
55-59 ans	27'236	27'362	126	0.5%
60-64 ans	23'583	23'841	258	1.1%
65-69 ans	22'361	22'479	118	0.5%
70-74 ans	17'890	17'754	-136	-0.8%
75-79 ans	14'136	14'110	-26	-0.2%
80-84 ans	10'962	11'024	62	0.6%
85-89 ans	6'975	6'956	-19	-0.3%
90-94 ans	3'232	3'169	-63	-2.0%
95 et plus	976	913	-63	-6.9%
<b>Total général</b>	<b>471'684</b>	<b>470'512</b>	<b>-1'172</b>	<b>-0.2%</b>

Source : OCSTAT

Les remarques formulées sur la comparaison du projeté-réalisé de l'année 2013 sont aussi valables pour le tableau 1 qui montre :

- une surestimation nette du nombre de naissances (environ 800 de plus que le nombre observé), conséquence d'une probable mauvaise estimation de la fécondité genevoise ;
- que les écarts ne sont pas systématiquement positifs ou négatifs, mais qu'ils prennent successivement la forme d'une surestimation puis d'une sous-estimation ;
- qu'il est difficile d'anticiper les mouvements migratoires, lesquels sont les principaux responsables de l'évolution démographique aux âges actifs ;
- que l'estimation dans les tranches d'âges avancés, qui ont des effectifs faibles, est difficile à réaliser quel que soit le scénario.

#### **C.IV. Conclusion : scénario retenu pour l'évaluation des besoins**

Dans le précédent exercice de planification, le scénario retenu avait été celui de « l'engagement transfrontalier ». Ce scénario correspond le mieux à la réalité observée ces dernières années, il continue donc à être le scénario privilégié pour ce nouvel exercice de planification. La Suisse et particulièrement le canton de Genève continuent à attirer de nouvelles personnes et à créer de nouveaux postes de travail, malgré la faiblesse économique des pays limitrophes. Ainsi, la population devrait augmenter en moyenne de 0.8 %-0.9 %, par année jusqu'en 2020 (voir tableau 2).

**Tableau 2 : Population résidente 2010-2020 selon le scénario « engagement transfrontalier », à Genève**

Année	2010 (1)	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Population résidente</b>	463'919	467'437	471'684	475'835	479'890	483'854	487'708	491'632	495'616	499'780	504'128
<b>Différence annuelle</b>		3'518	4'247	4'151	4'055	3'964	3'854	3'924	3'984	4'164	4'348
		0.76%	0.91%	0.88%	0.85%	0.83%	0.80%	0.80%	0.81%	0.84%	0.87%
<b>Croissance cumulée</b>		0.76%	1.67%	2.57%	3.44%	4.30%	5.13%	5.97%	6.83%	7.73%	8.67%
<b>65 - 79 ans</b>	51'983	53'423	54'627	55'792	56'602	57'370	57'862	58'402	58'916	59'508	60'189
<b>Différence annuelle</b>		1'440	1'204	1'165	810	768	492	540	514	592	681
		2.77%	2.25%	2.13%	1.45%	1.36%	0.86%	0.93%	0.88%	1.00%	1.14%
<b>Croissance cumulée</b>		2.77%	5.09%	7.33%	8.89%	10.36%	11.31%	12.35%	13.34%	14.48%	15.79%
<b>80 ans ou plus</b>	20'806	21'473	22'155	22'784	23'398	24'069	24'672	25'330	26'033	26'729	27'461
<b>Différence annuelle</b>		667	682	629	614	671	603	658	703	696	732
		3.21%	3.18%	2.84%	2.69%	2.87%	2.51%	2.67%	2.78%	2.67%	2.74%
<b>Croissance cumulée</b>		3.21%	6.48%	9.51%	12.46%	15.68%	18.58%	21.74%	25.12%	28.47%	31.99%

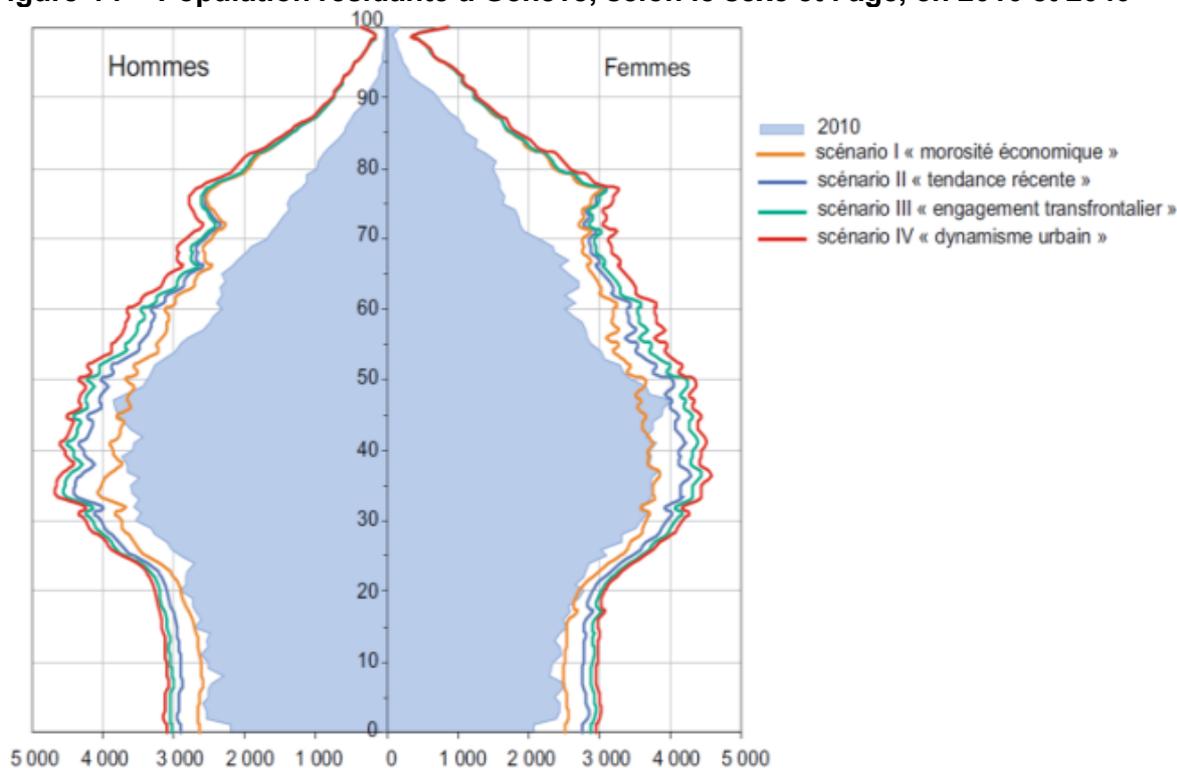
(1) année de référence des projections

Source : OCSTAT / SCRIS / DGS

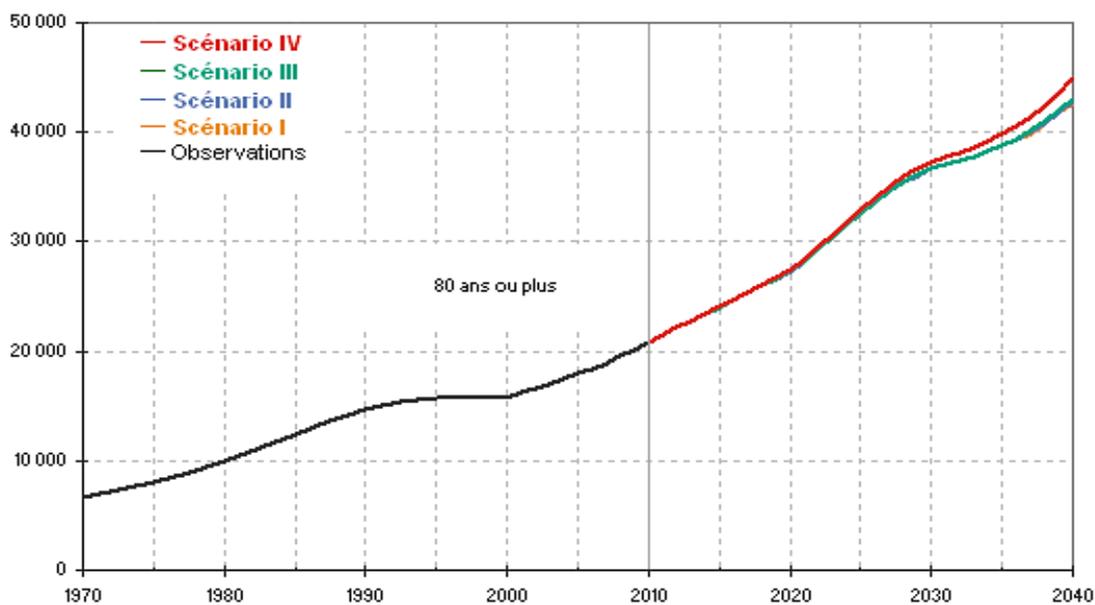
Sur une population totale résidente de 470'512 personnes dans le canton de Genève en 2012, le nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus s'élevait à 76'415, soit 16 % de la population. Une grande majorité de ces personnes vit à domicile.

Il convient de noter que les différences entre scénarii sont négligeables pour les projections concernant la population âgée. En effet, pour la période considérée, les différents scénarii se rejoignent sensiblement pour les habitants de 80 ans ou plus, comme le montrent les graphiques ci-dessous.

**Figure 4 : Population résidente à Genève, selon le sexe et l'âge, en 2010 et 2040**



Source : OCSTAT

**Figure 5 : Population résidante à Genève, selon le groupe d'âges 80 ans ou plus et projections**

(1) La définition des scénarios figure sous la rubrique Méthodologie.

Source : Office cantonal de la statistique (OCSTAT) /

Service cantonal de recherche et d'information statistiques (SCRIS)

©OCSTAT/04.2011

## **D. Évaluation du besoin en soins**



## **D.I. Planification hospitalière**

## **D. Evaluation du besoin en soins**

### **D.I. Planification hospitalière**

#### **D.I.1. Soins somatiques aigus**

##### **En bref**

##### **Projeté-réalisé**

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012, les statistiques et projections reposent sur la nouvelle nomenclature SwissDRG (structure tarifaire nationale). Ce changement rend une comparaison fine par pôle délicate. Les prévisions du nombre de cas restent globalement correctes.

En 2012, les cas réalisés étaient de 4.2 % inférieurs à ceux projetés (49'598 et 51'788 cas respectivement). Cette différence s'explique en partie par un changement de règle : lorsqu'un patient est réadmis dans le même hôpital, pour le même diagnostic, dans les 18 jours qui suivent la sortie, les deux cas sont regroupés. En pondérant les résultats par ce changement de définition, l'erreur de projection est comprise entre -0.8 % (-399 cas) et +0.2% (+118 cas).

Le nouveau système SwissDRG diminue également artificiellement le nombre total de journées d'hospitalisation enregistrées vu qu'il ne prend plus en compte le jour de sortie. En adaptant les projections passées en conséquence, l'on constate que le nombre de jours d'hospitalisation en 2012 de 298'100 se situe dans le bas de la fourchette prévue de 286'612 à 328'555. Trois facteurs ont impacté ce résultat : l'incitation financière pour des séjours plus courts, les progrès médicaux et techniques, ainsi que la poursuite du développement des soins à domicile.

##### **Données utilisées**

Sont utilisées les données provenant de la statistique médicale des hôpitaux 2012, recueillies et validées par l'Office fédéral de la statistique (OFS). Seuls les cas stationnaires sortis dans l'année sont pris en considération.

##### **Modèles et méthodes de projection**

Dans un premier temps, les taux d'hospitalisation et les durées moyennes de séjour 2012 sont calculés par SwissDRG. Dans un second temps, les projections sont réalisées à l'horizon 2019, sur la base du scénario démographique retenu, en appliquant les taux d'hospitalisation par âge selon les normes SwissDRG aux effectifs de population par âge. Ces taux d'hospitalisation sont supposés constants dans le temps.

De cette manière, il est possible d'estimer le nombre de cas et de journées d'hospitalisation pour les années futures.

##### **Projections**

Entre 2015 (51'543 cas) et 2019 (54'185 cas), l'on observe une augmentation de 2'642 cas pour l'ensemble des régimes d'assurance. Ainsi, sur la période 2016-2019, l'accroissement annuel moyen sera de 1.26 %, soit 661 cas par an. Cet accroissement moyen est pratiquement identique au résultat obtenu pour la période de planification précédente qui

était de 1.3 % annuellement.

### **Mesures proposées pour augmenter l'efficacité de la réponse aux besoins**

Les mesures prévues sont les suivantes :

- établissement d'un contrat de prestations avec les HUG ;
- mise en œuvre du plan stratégique 2020 et du plan d'investissements des HUG ;
- attribution de mandats de prestations aux cliniques privées du canton ;
- ouverture du nouveau bâtiment des lits (BDL2) puis rénovation du bâtiment BDL1 des HUG, permettant non seulement d'améliorer la qualité hôtelière, mais aussi de rationaliser et d'optimiser le fonctionnement du plateau technique et le parcours du patient.

#### **D.I.1.1. Contexte**

Ce chapitre a pour but de prévoir les besoins en soins somatiques aigus de la population du canton à l'horizon 2020. Il concerne les prestations stationnaires au sens de l'article 3 de l'ordonnance fédérale sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux (EMS) dans l'assurance-maladie, du 3 juillet 2002 (RS 832.104) (OCP). Il s'agit des hospitalisations pour lesquelles un lit a été occupé au moins une nuit.

Dans le rapport du Conseil d'État au Grand Conseil concernant la planification médico-sociale et sanitaire du canton de Genève 2012-2015 (RD 875), le canton avait prévu que les besoins en soins somatiques aigus allaient croître de 4 % pendant cette période de trois ans ou de 1.3 % en moyenne par année. Il avait alors estimé que les gains d'efficacité, l'amélioration du fonctionnement du réseau de soins et le virage ambulatoire allaient libérer des capacités, permettant ainsi aux établissements existants de répondre à ce besoin supplémentaire.

Dans la section suivante, l'activité réalisée en 2012 est comparée à l'activité prévue, afin de juger de la qualité de la prévision pour cette année. Les autres parties de ce chapitre présentent la méthode de projection utilisée pour la période 2012-2020, l'estimation des besoins pour cette période, ainsi que la méthode d'attribution des mandats de prestations aux établissements hospitaliers et les résultats obtenus.

Cette nouvelle planification hospitalière des soins somatiques aigus comporte une analyse fine de la qualité des prestations des établissements hospitaliers genevois. Il s'agit d'une nouveauté par rapport au précédent rapport de planification. L'étude démontre que les établissements genevois offrent des prestations de qualité et jouissent d'indicateurs positifs en la matière par rapport à d'autres établissements suisses. Les résultats de cette analyse figurent en annexe 1 du document et sont, en partie, repris dans ce chapitre.

#### **D.I.1.2. Projeté-réalisé**

Les projections réalisées dans le précédent rapport de planification sanitaire reposaient sur la classification APDRG (All Patient Diagnosis Related Groups), qui comportait environ 700 groupes de séjours hospitaliers, réputés homogènes en termes cliniques et de consommation de ressources. Ce système de classification a été utilisé dans certains cantons suisses entre 1998 et 2011.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012, les prestations hospitalières en soins somatiques aigus sont rémunérées sur la base des « SwissDRG » (système de tarifs unifiés). Ces groupes de séjours hospitaliers s'apparentent aux anciens APDRG mais sont plus nombreux (environ

1'000 SwissDRG). Les statistiques et les projections reposent désormais sur cette nouvelle nomenclature.

Le code SwissDRG est déterminé postérieurement à chaque hospitalisation, à l'aide d'un logiciel appelé « groupeur », qui se base sur les différents codes des diagnostics et des traitements, ainsi que sur d'autres critères, figurant dans le dossier du patient.

En raison du nombre très important de groupes DRG, les résultats des projections du précédent rapport de planification ont été présentés de manière agrégée, par pôles médicaux, qui sont au nombre de 22 et qui permettent d'avoir une vision synthétique de l'activité hospitalière et de son évolution.

Ainsi, par exemple, les DRG des interventions en rapport avec le cœur ou le système circulatoire ont été regroupés dans le pôle « cardiologie ».

Les cas d'hospitalisation réalisés en 2012 ont été classés selon la nouvelle nomenclature SwissDRG, alors que les prévisions avaient été faites sur la base des anciens APDRG. Ce changement de système fait apparaître des différences significatives dans le nombre de cas par pôle, qui ne s'expliquent donc pas par des modifications des besoins en soins de la population.

Il est par conséquent difficile de réaliser une analyse pertinente de l'évolution du nombre de cas par pôle, c'est pourquoi seules les causes des différences les plus significatives sont expliquées ci-après.

**a. Résultats de la comparaison entre cas 2012 réalisés et projetés**

Le tableau 3 ci-dessous compare, par pôle, les cas projetés (groupés en APDRG) aux cas réalisés (groupés en SwissDRG) en 2012. Les prévisions des cas étaient globalement correctes.

**Tableau 3 : Cas projetés et réalisés en 2012 à Genève**  
(comparaison par pôle médical, soins somatiques aigus)

Nom du pôle	Code du pôle	Nb de cas réalisés 2012	Nb de cas projetés 2012	Différence en nb de cas	Différence en %
Système nerveux	A	2'860	2'328	532	23%
Ophthalmologie	B	816	1'606	-790	-49%
ORL, stomatologie	C	2'040	2'152	-112	-5%
Système respiratoire	D	3'103	2'726	377	14%
Système cardio-vasculaire	E	4'269	4'155	114	3%
Système digestif	F	6'586	6'615	-29	0%
Gynécologie	G	2'653	2'843	-190	-7%
Orthopédie, rhumatologie	H	10'104	9'737	367	4%
Dermatologie	I	1'457	1'510	-53	-4%
Endocrinologie	J	1'026	670	356	53%
Uro-néphrologie	K	3'158	3'220	-62	-2%
Obstétrique	M	5'915	5'849	66	1%
Nouveau-nés	N	1'080	1'181	-101	-9%
Hématologie	O	925	755	170	23%
HIV, infections	P	724	643	81	13%
Psychiatrie, toxicomanie	Q	507	685	-178	-26%
Blessures, empoisonnements, brûlures	S	993	317	676	213%
Médecine intensive, transplantation	T	531	47	484	1030%
Thérapie de la douleur et autres	U	673	3'009	-2'336	-78%
Chimio, Radio, Transfusion	V		952	-952	-100%
DRG d'erreur et autres	Z	178	788	-610	-77%
<b>Total général</b>		<b>49'598</b>	<b>51'788</b>	<b>-2'190</b>	<b>-4.2%</b>

Source : OFS, Statistique des hôpitaux 2012 / DGS

On constate que, sur l'ensemble de l'année 2012, les hôpitaux genevois ont enregistré 49'598 cas d'hospitalisation de patients genevois, représentant 298'100 journées, soit une durée moyenne de séjour (DMS) de 6 jours. Par ailleurs, le pôle X, qui prévoyait 4'265 cas de « décès ou transferts immédiats », a été exclu de la présente analyse. En effet, le nouveau système de classification SwissDRG ne les considère plus comme des cas d'hospitalisation. Les décès sont donc absents de la statistique médicale hospitalière 2012, empêchant toute comparaison pour ce pôle.

Globalement, l'activité réalisée, exprimée en nombre de cas, est inférieure de 4.2 % à l'activité prévue (51'788 cas).

Cet écart d'activité trouve son explication dans le changement des règles appliquées pour comptabiliser les cas, dès le 1<sup>er</sup> janvier 2012. La nouvelle définition stipule en effet que si un cas est réadmis dans le même hôpital, pour le même diagnostic, dans les 18 jours qui suivent la sortie, les deux cas sont regroupés. Ainsi, alors qu'avant 2012, une réhospitalisation dans les 18 jours générait un deuxième cas d'hospitalisation, à partir de 2012, la réhospitalisation dans les 18 jours ne génère plus qu'un seul cas.

En 2012, le taux de réhospitalisation dans les 18 jours observé a été d'environ 4 à 5 %, selon les établissements. Ce taux explique pourquoi on observe, pour cette même année, un écart relatif de 4.2 % entre cas réalisés et projetés. La prévision relative au nombre total de cas de soins somatiques aigus était donc correcte.

Comme mentionné dans le rapport de planification RD 875, la répartition des cas dans les 21 pôles d'activité est susceptible de varier significativement d'une année à l'autre. Il existe plusieurs explications à ce phénomène. Des causes de nature épidémiologique, prévisibles ou non, influencent évidemment l'afflux de patients dans les différentes spécialités, mais il existe également des variations dont la cause est purement aléatoire. Ces dernières peuvent être définies comme la « marge d'erreur » propre à tout modèle de prévision. Mais, en l'occurrence, c'est surtout le changement de classification des prestations hospitalières selon les pôles qui est à l'origine des différences constatées.

### **Pôles U et Z : autres prises en charge et « DRG d'erreurs »**

De manière générale, les établissements actifs sur le canton ont mieux codé les cas en 2012 que précédemment. Il en découle une forte diminution des cas dans les pôles d'activité U « Thérapie de la douleur et autres prises en charge » et Z « DRG d'erreurs et autres ». Les valeurs projetées du nombre de cas en 2012 étaient respectivement de 3'009 et de 788, soit au total presque 8 % du nombre de cas de soins somatiques aigus. Dans les faits, en raison de l'amélioration du codage, ces pôles ne représentent plus que 851 cas, soit 1.7 % du total des cas. En conséquence, on observe un report de cas dans d'autres pôles d'activité, notamment les pôles suivants :

- A « système nerveux » ;
- D « système respiratoire » ;
- J « endocrinologie » ;
- O « hématologie » ;
- P « HIV, infections » ;
- S « blessures, empoisonnements, brûlures » ;
- T « médecine intensive, transplantation ».

Concernant le pôle T, il ne comprenait, jusqu'en 2012, que les cas de transplantation. Dans la nouvelle nomenclature SwissDRG, les cas de médecine intensive y ont été ajoutés.

### **Pôle B : ophtalmologie**

Le nombre de cas réalisés est nettement inférieur à la prévision. Au-delà du changement de classification, cet écart est attribuable à la poursuite du virage ambulatoire dans ce domaine. En effet, les progrès de la médecine permettent aujourd'hui de réaliser bon nombre d'interventions ophtalmologiques dans un cadre ambulatoire plutôt qu'hospitalier.

### **Pôle V : chimiothérapie, radiothérapie, transfusion**

Le pôle V n'est plus utilisé dans la nouvelle nomenclature. En effet, les traitements de chimiothérapie et de radiothérapie ont été codés de manière à figurer dans leurs domaines de soins respectifs. Par exemple, un traitement de chimiothérapie pour un cancer du sein apparaîtra sous gynécologie et non plus sous chimiothérapie.

### **Pôle Q : Psychiatrie, toxicomanie**

Le nombre de cas de ce pôle est inférieur de 26 % aux projections. Une des explications réside dans la modification de la prise en charge des patients toxicomanes et psychotiques qui, après une phase aigüe généralement inférieure à 24 h, sont transférés dans une unité de soins continus. Ces séjours inférieurs à 24 h ne génèrent donc plus de cas d'hospitalisation et sortent des statistiques.

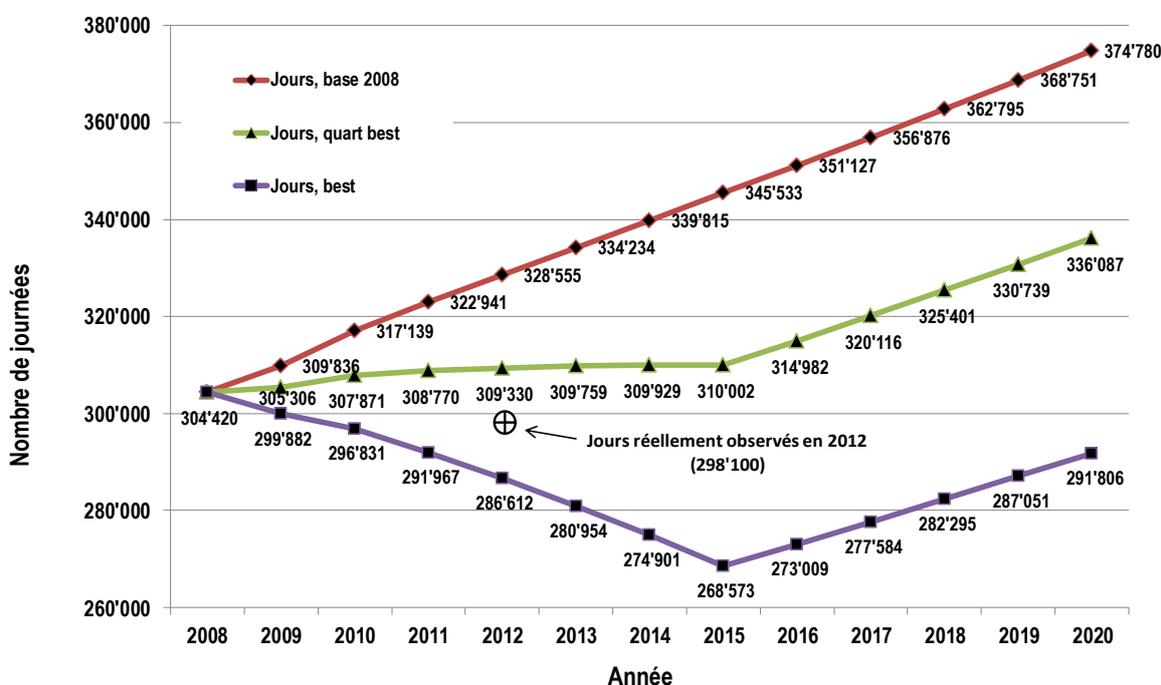
**b. Journées d'hospitalisation et durée moyenne de séjour (DMS)**

Comme mentionné dans le rapport de planification RD 875, les hôpitaux ont été soumis, dès 2012, à de fortes incitations financières visant à diminuer les durées moyennes de séjour, puisque les montants des forfaits facturables sont eux-mêmes calculés sur la base de durées de séjour aussi courtes que possible.

Même si les projections des journées ont été fournies essentiellement à titre d'information, il est intéressant de comparer le nombre de journées réalisées au nombre de journées projetées.

Pour rappel, les prévisions 2008-2020 (voir figure 6 ci-dessous) indiquaient les augmentations suivantes du nombre de journées d'hospitalisation pour deux des trois scénarii considérés : 20 % pour le scénario de référence, à savoir le scénario « base »<sup>7</sup>, et un peu plus de 8 % environ pour le scénario « ¼ best »<sup>8</sup>.

**Figure 6 : Nombre de journées 2008-2020 à Genève**  
(soins somatiques aigus, selon trois scénarii de durée moyenne de séjour) (1)



(1) soins aigus : valeurs annuelles tirées du rapport de planification 2012-2015, puis ajustées selon les nouvelles définitions.

Source : OFS, statistique des hôpitaux / DGS

En 2012, 298'100 journées de soins somatiques aigus ont été réalisées pour des patients genevois dans les hôpitaux figurant sur la liste hospitalière. Afin de comparer la réalité 2012 aux projections, il faut cependant tenir compte, comme pour le nombre de cas, d'un changement de définition intervenu avec l'introduction du nouveau système de classification

<sup>7</sup> Le scénario « base » calcule les projections sur la base des durées de séjour moyennes réelles observées dans les établissements hospitaliers genevois en 2008. Les résultats représentent donc le nombre de journées totales attendues, sans aucune réduction de la durée moyenne de séjour.

<sup>8</sup> Le scénario « 1/4 best » calcule les projections sur la base des durées de séjour moyennes diminuées, selon l'hypothèse suivante : les DMS des hôpitaux genevois vont diminuer linéairement jusqu'en 2015, pour atteindre les valeurs réelles observées en 2008 dans le « Top 25 % » des hôpitaux les plus efficaces de Suisse.

Le scénario « best », quant à lui, calcule les projections sur la base des durées de séjour moyennes diminuées, selon l'hypothèse suivante : les DMS des hôpitaux genevois vont diminuer linéairement jusqu'en 2015, pour atteindre les valeurs réelles observées en 2008 dans l'hôpital le plus efficace de Suisse.

SwissDRG. Celui-ci stipule que la durée de séjour est calculée de la manière suivante : « date de sortie, moins date d'entrée ».

Par rapport à l'ancienne méthode de calcul, le dernier jour d'hospitalisation n'est donc plus pris en considération dans les statistiques, ce qui réduit « artificiellement » le nombre total des journées comptabilisées d'environ 50'000 journées.

En adaptant les projections du RD 875 à cette nouvelle méthode de calcul, le nombre de journées projeté serait compris entre 286'612 et 328'555. Le nombre de journées réellement observé en 2012 (298'100) se situe donc dans le bas de la fourchette prévue.

Cela confirme que la durée moyenne de séjour a beaucoup diminué par rapport à 2008. On se rapproche donc des performances du meilleur hôpital de Suisse dans chaque domaine.

### **c. Synthèse des résultats**

Compte tenu du passage des APDRG aux SwissDRG et du changement de classification, les projections du total des cas de soins somatiques aigus effectuées dans le cadre du rapport de planification RD 875 correspondent bien aux cas effectivement réalisés en 2012.

Si l'on considère que le changement de définition du cas (regroupement des réhospitalisations de moins de 18 jours) et que l'on applique le taux de réhospitalisation observé de 4-5 %, l'erreur de projection est comprise entre -0.8 % (-399 cas) et +0.2 % (+118 cas).

Comme on pouvait s'y attendre, c'est une meilleure codification des cas attribués précédemment au pôle U « autres prises en charge » qui est à l'origine de la plupart des différences, parfois importantes, constatées dans certains pôles.

Concernant le nombre de journées et la durée moyenne de séjour, nous constatons qu'ils ont diminué. Nous ne pouvons pas affirmer avec certitude que cette diminution est due à la seule incitation financière résultant du financement forfaitaire. En effet, plusieurs hôpitaux, dont les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), utilisaient déjà un système de financement par cas avant 2012. D'autres facteurs ont également une incidence, comme par exemple les progrès médicaux et techniques ainsi que la poursuite du développement des soins à domicile. Globalement, les données 2012 indiquent des durées moyennes de séjour en nette diminution.

#### **D.I.1.3. Données utilisées**

Les données utilisées pour réaliser les projections 2015-2020 proviennent de la statistique médicale des hôpitaux 2012, recueillies et validées par l'Office fédéral de la statistique (OFS). Seuls les cas stationnaires sortis dans l'année sont pris en considération.

Les cas des hôpitaux de typologie K21<sup>9</sup> (cliniques psychiatriques), K22<sup>3</sup> (cliniques de réadaptation), K234<sup>3</sup> (clinique spécialisée en gériatrie) et K235<sup>3</sup> (cliniques spécialisées diverses) ne sont pas compris dans les soins somatiques aigus. Les cas relevant des centres de prise en charge des coûts M500<sup>3</sup> (psychiatrie), M900<sup>3</sup> (gériatrie) et M950<sup>3</sup> (médecine physique et de réadaptation) sont également exclus.

Les cas de nouveau-nés en bonne santé ou décédés dans les 48 heures sont fusionnés avec les cas d'hospitalisation de leur mère. Cette procédure permet d'éviter que les nouveau-nés soient comptés en double, une fois dans le domaine de prestations « nouveau-nés » et une fois sous « obstétrique ».

---

<sup>9</sup> Selon la nomenclature de la statistique fédérale des hôpitaux de l'OFS.

#### **D.I.1.4. Modèles et méthode de projection**

L'année de référence pour établir les projections est l'année 2012, année la plus récente pour laquelle des données médicales étaient disponibles et validées par l'OFS au moment où les calculs ont été effectués.

À partir de ces données de base, le modèle permet de projeter l'évolution du nombre de cas et de journées d'hospitalisation, par SwissDRG, en fonction de trois variables principales :

- le taux d'hospitalisation par âge ;
- la durée de séjour ;
- l'évolution de l'effectif de la population, par âge.

Les projections sont ainsi réalisées séparément pour l'ensemble des établissements hospitaliers du canton de Genève.

Dans un premier temps, les taux d'hospitalisation et les durées moyennes de séjour 2012 sont calculés par DRG. Dans un second temps, les projections sont réalisées à l'horizon 2020, sur la base du scénario démographique retenu, en appliquant les taux d'hospitalisation par âge et DRG aux effectifs de population par âge. Ces taux d'hospitalisation sont supposés constants dans le temps.

De cette manière, il est possible d'estimer le nombre de cas et de journées d'hospitalisation pour les années futures.

#### **D.I.1.5. Évaluation des besoins : résultats des projections**

##### **a. Estimation des besoins de la population genevoise (toutes assurances)**

Cette section présente l'évolution des besoins dans le domaine des soins somatiques aigus, exprimée en nombre de cas, obtenue en appliquant la méthode de projection décrite au point D.I.1.4. Les cas projetés par DRG ont été regroupés dans les 21 pôles d'activité et apparaissent dans le tableau 4 ci-dessous. Ces projections concernent uniquement les patients genevois traités dans le canton. Les hospitalisations hors-canton sont projetées séparément, dans une autre partie de ce chapitre.

**Tableau 4 : Nombre de cas 2012–2019 à Genève**  
(soins somatiques aigus, par pôle d'activité)

Pôles	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Blessures, brûlures</b>	993	1'006	1'018	1'033	1'046	1'058	1'072	1'084
<b>Dermatologie</b>	1'457	1'473	1'487	1'505	1'521	1'537	1'553	1'572
<b>DRG d'erreur et autres</b>	178	180	182	184	186	188	191	193
<b>Endocrinologie</b>	1'026	1'038	1'048	1'060	1'072	1'085	1'097	1'110
<b>Gynécologie</b>	2'653	2'678	2'701	2'726	2'746	2'769	2'791	2'820
<b>Hématologie</b>	925	939	953	964	978	990	1'002	1'016
<b>HIV, infections</b>	724	738	751	764	777	790	803	816
<b>Médecine intensive</b>	531	539	547	554	560	567	573	581
<b>Nouveau-nés</b>	1'080	1'085	1'090	1'095	1'100	1'104	1'109	1'116
<b>Obstétrique</b>	5'915	5'944	5'975	6'004	6'039	6'079	6'119	6'173
<b>Ophthalmologie</b>	816	828	842	857	871	885	900	916
<b>ORL, stomatologie</b>	2'040	2'058	2'073	2'093	2'114	2'134	2'154	2'174
<b>Orthopédie, rhumatologie</b>	10'104	10'232	10'376	10'510	10'645	10'778	10'910	11'056
<b>Psychiatrie, toxicomanie</b>	507	513	520	523	528	534	539	544
<b>Système cardio-vasculaire</b>	4'269	4'355	4'434	4'520	4'600	4'680	4'763	4'847
<b>Système digestif</b>	6'586	6'682	6'773	6'862	6'946	7'029	7'111	7'203
<b>Système nerveux</b>	2'860	2'911	2'961	3'011	3'062	3'114	3'169	3'225
<b>Système respiratoire</b>	3'103	3'157	3'206	3'260	3'306	3'358	3'408	3'463
<b>Thérapie de la douleur</b>	673	686	700	713	726	742	757	774
<b>Uro-néphrologie</b>	3'158	3'209	3'259	3'306	3'353	3'402	3'452	3'503
<b>Total général</b>	<b>49'598</b>	<b>50'251</b>	<b>50'897</b>	<b>51'543</b>	<b>52'174</b>	<b>52'826</b>	<b>53'473</b>	<b>54'185</b>

Source : projections OBSAN / DGS

Comme mentionné au point D.I.1.3, ce tableau ne comprend pas les nouveau-nés sains (4'145 cas en 2012), étant donné qu'ils sont déjà comptés avec leur mère dans le pôle « obstétrique ».

Entre 2015 (51'543 cas) et 2019 (54'185 cas), on observe une augmentation de 2'642 cas. Ainsi, sur la période 2016-2019, l'accroissement annuel moyen sera de 1.26 %, soit 661 cas par an. Cet accroissement moyen est pratiquement identique au résultat obtenu pour la période de planification précédente qui était de 1.3 % annuellement.

**b. Estimation des besoins LAMal de la population genevoise**

Dans cette section, et contrairement à la section précédente, les hospitalisations relevant d'autres régimes d'assurance que la LAMal (assurance accident, militaire fédérale, invalidité, etc.) ou les hospitalisations de patients sans assurance ont été exclues de l'analyse.

Les besoins LAMal<sup>10</sup> de la population sont définis sur la base des patients résidant dans le canton de Genève et hospitalisés en 2012, aux HUG ou dans une clinique privée genevoise.

Dans le régime LAMal, en 2012, la part des hospitalisations de patients genevois au bénéfice de la seule assurance obligatoire des soins (AOS) était de 63 %, ce qui signifie que la part des patients LAMal avec assurance complémentaire était de 37 %.

Pour cette nouvelle planification hospitalière, la logique des pôles utilisée précédemment pour établir les projections globales a été améliorée et complétée par une analyse de la qualité des prestations des établissements, dans le but de permettre au canton de leur attribuer des missions.

Cette analyse a été confiée à un expert externe, dont le rapport final figure en annexe<sup>11</sup>. Ce dernier a utilisé une méthodologie dénommée SQLape®, fondée sur les systèmes physiologiques, qui différencie trois types de missions (universitaire, spécialisée et générale).

Le système de classification des patients SQLape® permet d'examiner les missions couvertes par les hôpitaux et cliniques en tenant compte de tous les diagnostics et de toutes les interventions concernant chaque patient hospitalisé. Ainsi, les interventions nécessitant des soins intensifs, par exemple, sont identifiées, ce qui n'est pas le cas avec les classifications de type DRG<sup>12</sup>. Le tableau 5 présente les 39 « missions SQLape » utilisées pour estimer les besoins.

**Tableau 5 : Missions hospitalières de soins somatiques aigus basées sur la méthodologie SQLape®**

SYSTÈMES	MISSIONS UNIVERSITAIRES	MISSIONS SPECIALISÉES		MISSIONS GÉNÉRALES
		Chirurgicale	non chirurgicale	
cardio-vasculaire	1. Chirurgie cardiaque avec circulation extra-corporelle	2. Autre chirurgie cardiaque et majeure des vaisseaux	3. Cardiologie interventionnelle	Cardiologie (avec 39. Médecine interne, voir plus bas)
respiratoire	4. Chirurgie thoracique avec soins intensifs	5. Chirurgie thoracique sans soins	6. Médecine interne avec SI	7. Pneumologie

<sup>10</sup> **Source** : Statistique médicale des hôpitaux 2012. Patients sortis en 2012, résidant dans le canton de Genève avec une assurance maladie obligatoire (variable OFS 1.4.V0.2 = 1 ou 8), en excluant les centres de prestations M5\* (psychiatrie), M9\* (gériatrie et réadaptation).

<sup>11</sup> Annexe 1 : Rapport à la DGS de Planification hospitalière des soins somatiques aigus dans le canton de Genève, Y. Egli, 10 novembre 2014.

<sup>12</sup> [www.sqlape.com/LOGIC.htm](http://www.sqlape.com/LOGIC.htm) pour plus de détails.

SYSTÈMES	MISSIONS UNIVERSITAIRES	MISSIONS SPECIALISÉES		MISSIONS GÉNÉRALES
		Chirurgicale	non chirurgicale	
	possibles	intensifs		
nerveux	8. Chirurgie du cerveau	9. Chirurgie de la colonne et des nerfs	10. Neurologie interventionnelle	11. Neurologie
urologique	12. Chirurgie rénale avec soins intensifs possibles	13. Urologie invasive	14. Dialyse	15. Néphrologie/urologie
digestif	16. Chirurgie viscérale avec soins intensifs possibles	17. Chirurgie invasive de l'estomac, du rectum, des voies biliaires	18. Gastro-entérologie interventionnelle	19. Gastro-entérologie
sanguin	20. Médecine transplantatoire		21. SIDA et agranulocytose	22. Onco-hématologie
locomoteur		23. Chirurgie de l'épaule et amputation		24. Orthopédie Rhumatologie
reproducteur	25. Grands prématurés		26. Soins continus de nouveau-nés	27. Gynécologie 28. Obstétrique 29. Nouveau-nés sains
cutané	30. Grands brûlés			31. Chirurgie plastique, dermatologie
ophtalmique	32. Chirurgie ophtalmique profonde	33. Chirurgie ophtalmique (sauf cataracte)		34. Chirurgie de la cataracte
ORL	35. ORL invasive	36. Opérations des sinus, de la face, des glandes salivaires		37. Autres opérations ORL
Autres				38. Chirurgie générale 39. Médecine interne

Les « Missions universitaires » correspondent à des activités hautement spécialisées, qui nécessitent des compétences particulières, comme la chirurgie cardiaque avec circulation extracorporelle, la chirurgie du cerveau ou les transplantations d'organe.

À l'autre extrême, on trouve les « Missions générales », qui peuvent être assurées dans tous les hôpitaux.

Entre ces deux extrêmes se trouvent les « Missions spécialisées », c'est-à-dire des activités qui peuvent être pratiquées partout à condition de respecter les règles usuelles (formation appropriée de médecins, salles d'opération conformes, soins intensifs conformes, etc.). On y trouve, par exemple, la chirurgie cardiaque sans circulation extracorporelle, la chirurgie majeure des vaisseaux et la cardiologie interventionnelle. Pour que ces activités soient rentables, il faut qu'elles concernent un nombre suffisant de patients.

### **D.I.1.6. Mandats de prestations 2015 aux hôpitaux et cliniques privées**

#### **a. Critères d'attribution**

Selon les critères mentionnés dans l'ordonnance fédérale sur l'assurance-maladie (OAMal, article 58b), les missions doivent être attribuées aux hôpitaux en tenant compte des critères suivants :

- le caractère économique des prestations ;
- la qualité des prestations ;
- le délai d'accès au traitement ;
- la capacité des établissements à remplir le mandat de prestations ;
- le nombre minimal de cas ;
- les synergies avec d'autres établissements de soins.

Chacun de ces critères est décrit ci-dessous, de manière à garantir l'objectivité de la comparaison entre les établissements.

#### Caractère économique

En théorie, le caractère économique, ou l'économicité, des prestations doit être mesuré par leur coût réel, ajusté afin de tenir compte du type de patients pris en charge.

Dans les faits, la LAMal donne compétence aux assureurs de négocier les tarifs avec les hôpitaux et les cliniques figurant sur les listes hospitalières cantonales, en vérifiant le caractère économique de leurs prestations. À ce titre, il est intéressant de constater qu'à Genève, les assureurs appliquent depuis 2013 des tarifs identiques à toutes les cliniques privées.

Dès lors, il faut admettre que le tarif le plus bas a été imposé par les assureurs à tous les établissements concernés, afin de respecter le principe d'économie fixé dans la LAMal.

Le prix du point SwissDRG, négocié entre les partenaires tarifaires et utilisé pour valoriser les prestations, est de 10'400 francs pour les HUG (tarif 2015) et de 9'650 francs pour les cliniques privées (tarifs 2014, le tarif 2015 n'étant pas encore connu).

Un tarif supérieur a été consenti aux HUG comme aux autres hôpitaux universitaires de Suisse, notamment en raison de la plus grande complexité des cas traités par rapport aux cliniques privées et du fait que la structure SwissDRG ne les rémunère pas de façon adéquate. Dès lors, il faut constater que le critère du caractère économique est également respecté par les HUG, car la différence de tarif est justifiée, comme ailleurs en Suisse.

Fort de ces considérations, une analyse supplémentaire du caractère économique des prestations est inutile, puisque les tarifs applicables respectent déjà le principe d'économicité.

#### Qualité de la fourniture des prestations

Trois indicateurs de qualité ont été retenus pour évaluer la sécurité des prestations :

- le taux de complications iatrogènes (correspond à la fréquence des séjours avec au moins une complication due à une cause médicale) ;
- la mortalité prématurée (correspond aux décès survenus à l'hôpital de patients qui n'avaient pas besoin de réanimation au moment de leur admission et dont on peut présumer qu'ils n'étaient pas non plus en fin de vie) ;

- le taux de réopérations potentiellement évitables (correspond à la fréquence des reprises opératoires qui n'étaient pas prévisibles au moment de l'intervention précédente).

Deux indicateurs ont également été utilisés pour vérifier que les prestations fournies correspondaient bien à des hospitalisations justifiées :

- le taux d'hospitalisations candidates à la chirurgie d'un jour (correspond à des séjours pour lesquelles une intervention chirurgicale au moins est susceptible d'être effectuée lors d'un séjour de moins de 24 heures, sans qu'aucune pathologie ou autre intervention ne justifie une hospitalisation) ;
- le taux d'hospitalisations non justifiées, qui sont attribuées à la mission n°200 « ambulatoire » et qui ne doivent donc pas être comptabilisées comme besoins hospitaliers.

Tous ces indicateurs sont décrits en détail sur le site internet : [www.sqlape.com](http://www.sqlape.com).

Ces indicateurs ont été calculés séparément pour chaque mission et pour chaque établissement, et les taux observés ont été comparés aux taux attendus selon le profil des patients. D'une manière générale, les valeurs observées ont été considérées comme trop élevées si elles dépassaient de plus de 20 % les valeurs attendues.

#### Délai d'accès au traitement

Cela n'a pas de sens d'attribuer des cas à un hôpital si la prestation ne peut pas être réalisée dans un délai raisonnable. Les établissements sont invités à annoncer au canton les éventuels problèmes qui pourraient survenir dans les missions qui leur sont attribuées.

#### Capacité des établissements à remplir le mandat de prestations

Les « missions universitaires » sont réservées aux HUG, car il s'agit de spécialités qui requièrent des compétences particulières (transplantations) ou des équipements spécialisés (lits de grands brûlés). Le personnel et l'infrastructure dédiés à ces missions doivent être disponibles 24 h / 24, c'est pourquoi la dispersion de ces ressources sur plusieurs sites ne paraît pas économique.

Les hôpitaux doivent remplir un certain nombre d'exigences, liées par exemple aux soins intensifs ou à la prise en charge de patients oncologiques. Ces conditions sont décrites en détail dans le rapport de l'expert externe.

#### Nombre minimal de cas

Certains experts préconisent un nombre minimal de cas pour garantir l'économicité et la qualité des prestations. Il paraît en effet évident qu'un chirurgien expérimenté a plus de chances de réussir une opération que s'il est débutant. Les critères suivant ont été retenus :

- les missions couvrant moins de 1 % du total des cas dans l'ensemble des établissements ne font pas l'objet d'un mandat de prestations ;
- dans un établissement donné, au minimum un lit devrait être occupé en moyenne au moins la moitié de l'année pour une mission donnée.

#### **b. Estimation des besoins et répartition des mandats entre institutions**

La couverture des besoins en soins stationnaires doit être garantie par le canton pour tous les assurés LAMal. Ces besoins sont couverts par les prestations des établissements inscrits sur la liste hospitalière (premier régime de la LAMal ou « régime de la liste ») et par celles qui sont fournies par les établissements hors liste (deuxième régime de la LAMal ou « régime

conventionné »). Afin de déterminer les besoins qui doivent être couverts par les établissements répertoriés, ceux qui sont couverts par les établissements conventionnés doivent être déduits des besoins totaux.

Sachant que sur la base des prévisions 2015, 63 % des hospitalisations correspondent à des séjours de patients au bénéfice de la seule assurance de base (voir encadré ci-dessous) et afin de garantir l'accès aux soins à ces assurés sans assurance complémentaire d'hospitalisation privée, le canton a décidé d'élever à 68 %, soit 5 points de pourcentage en plus, les besoins à couvrir par les établissements figurant sur la liste. Cette marge couvre l'erreur de prévision sur l'augmentation du nombre de cas hospitalisés, donne un peu de souplesse au système au cas où la durée d'attente pour une hospitalisation dépasserait la norme dans certaines situations et, au surplus, permet de financer des hospitalisations de « patients privés ». Cela signifie que si la prévision s'avère globalement correcte, et que s'il n'y a pas de délais d'attente, la marge permet de financer uniquement des cas privés.

$\begin{aligned} \text{\% cas privés : } & (19'246/51'974) = 37 \% \\ \text{\% cas AOS : } & (100 \% - 37 \%) = 63 \% \end{aligned}$
<p>Objectif : taux de couverture des besoins : 68 % (écart relatif : +7.5 % [68 % / 63 %])</p>

Les besoins en soins de la population ont été estimés séparément pour chaque mission, afin de tenir compte de la forte variation du taux d'assurés ne disposant que de l'assurance obligatoire (élevé pour les enfants, plus faible pour les personnes âgées par exemple), d'une mission à l'autre. Cette méthode de calcul permet de mieux cerner les besoins.

Estimation, par mission, du besoin à couvrir et de la demande :

Pour chacune des 39 « missions SQLape », le besoin a été calculé en augmentant le nombre de cas AOS projetés d'une marge d'environ +7.5 %.

$\text{Besoin} = (\text{nombre de cas AOS 2012 projeté en 2015}) * 1.075$
---

La demande a été définie comme la quantité manquante pour couvrir le besoin, après déduction des cas AOS (cas sans assurance complémentaire d'hospitalisation privée ou semi-privée) pris en charge par les HUG :

$\text{Demande} = \text{besoin} - \text{nombre de cas AOS 2015 des HUG}$
--

Exemple de la chirurgie cardio-vasculaire :

- nombre total de cas hospitalisés : 1'300 ;
- part des cas AOS traités par les HUG =  $639/1'300 = 49 \%$  (639 cas) ;
- part des cas AOS traités par les cliniques privées =  $30/1'300 = 2 \%$  (30 cas) ;
- total des cas AOS = 669 ;

Calcul de la marge supplémentaire à financer :

- besoin 2015 à couvrir =  $(639+30)*1.075 = 719$  cas ;
- demande = besoin 2015 - cas AOS traités par les HUG =  $719 - 639 = 80$  cas.

### Définition de l'offre de qualité

Pour qu'un établissement puisse être retenu pour un mandat de prestations, il faut que son offre soit de qualité. L'offre de qualité est déterminée par mission et correspond au nombre d'hospitalisations lorsque toutes les exigences suivantes sont remplies :

- mission regroupant au moins 1 % du total des cas ;
- au moins 0.5 lit occupé en moyenne dans l'année ;
- indicateurs de qualité dans la norme (pas plus de 20 % d'excès) ;
- pas plus de 37.5 % d'hospitalisations candidates à la chirurgie d'un jour.

Si l'une au moins de ces exigences n'est pas remplie, l'offre n'est pas retenue, car de qualité insuffisante. Il est possible d'outrepasser le critère des indicateurs de qualité si l'analyse détaillée des cas montre que la qualité est toutefois garantie et qu'il n'y a pas de problème avéré.

### Répartition des mandats entre établissements

La demande du canton vise à couvrir intégralement les besoins en soins stationnaires, sous le régime LAMal, des résidents genevois sans couverture complémentaire, ainsi que des cas privés pour le surplus. Seuls les HUG ont été considérés pour répondre à la demande des « missions universitaires » (chirurgie cérébrale, médecine transplantatoire, etc.), au sens du système de classification SQLape® (voir tableau 5).

Pour les autres missions, lorsque l'offre permet de satisfaire la demande, et qu'il existe donc « un marché », un mandat de prestations est octroyé aux établissements ayant fait une offre de qualité. Le canton a réparti ce marché entre les HUG et les cliniques privées au prorata de leur offre de qualité (nombre total de cas projetés en 2015). Si aucune offre de qualité n'existe pour une mission donnée, aucun mandat n'est attribué.

Le tableau 6 ci-après présente les résultats de la procédure d'attribution des mandats de prestations aux établissements. Il s'agit des résultats définitifs, qui tiennent compte des échanges ayant eu lieu entre le DEAS et les établissements genevois après le dépôt du rapport de l'expert externe, dans lequel on ne trouvait que des résultats indicatifs.

**Tableau 6 : Répartition du nombre de cas à Genève – Projection 2015 sur la base de l'année de référence 2012**  
(soins somatiques aigus par mission et par établissement)

Systèmes	Missions	Cas LAMal					Proportion	Demande	Offres de qualité (prestations justifiées)					Marché	Nombres de cas effectivement octroyés						
		HUG - AOS	HUG - privé	ACPG - AOS	ACPG - privée	Total			nb cas	HUG	Grangettes	Beaulieu	Colline		La Tour	nb cas	HUG	Grangettes	Beaulieu	Colline	La Tour
1	CHIRURGIE CARDIAQUE UNIVERSITAIRE	157	52	33	52	293	0.56%	0						0							
2	CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE	639	212	30	419	1'300	2.50%	80		90	84	19	247	80	0	16	15	3	45		79
3	CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE	378	97	11	424	910	1.75%	40	497	165			255	40	5	14	0	0	21		40
	<b>cardiaque</b>	<b>1'174</b>	<b>361</b>	<b>73</b>	<b>896</b>	<b>2'503</b>	<b>4.82%</b>	<b>120</b>						<b>120</b>							
4	CHIRURGIE THORACIQUE UNIVERSITAIRE	196	26	2	41	265	0.51%	0						0							
5	CHIRURGIE THORACIQUE	36	6	0	6	48	0.09%	0						0							
6	MEDECINE INTENSIVE	3'246	481	23	980	4'730	9.10%	268	4'161	93	130	106	660	268	54	20	28	23	143		268
7	PNEUMOLOGIE	370	70	3	47	491	0.94%	0						0							
	<b>pulmonaire</b>	<b>3'847</b>	<b>584</b>	<b>28</b>	<b>1'074</b>	<b>5'534</b>	<b>10.65%</b>	<b>268</b>						<b>268</b>							
8	NEURO-CHIRURGIE UNIVERSITAIRE	388	69	0	12	469	0.90%	0						0							
9	NEURO-CHIRURGIE	476	67	12	536	1'092	2.10%	48	631	40	152	214	140	48	6	3	12	17	11		49
10	NEUROLOGIE INTERVENTIONNELLE	397	87	2	22	508	0.98%	0						0							
11	NEUROLOGIE	314	60	0	27	402	0.77%	0						0							
	<b>nerveux</b>	<b>1'576</b>	<b>284</b>	<b>14</b>	<b>597</b>	<b>2'471</b>	<b>4.75%</b>	<b>48</b>						<b>48</b>							
12	CHIRURGIE UROLOGIQUE UNIVERSITAIRE	123	8	2	40	174	0.33%	0						0							
13	UROLOGIE SPECIALISEE	281	29	40	350	701	1.35%	64	376	136	178		70	64	8	20	26	0	10		64
14	DIALYSE	162	35	0	30	227	0.44%	0						0							
15	UROLOGIE	575	44	46	591	1'256	2.42%	93	643	143	260	42	176	93	12	19	34	5	23		93
	<b>urinaire</b>	<b>1'142</b>	<b>116</b>	<b>88</b>	<b>1'011</b>	<b>2'357</b>	<b>4.53%</b>	<b>156</b>						<b>156</b>							
16	CHIRURGIE VISCERALE UNIVERSITAIRE	113	33	0	29	176	0.34%	0						0							
17	CHIRURGIE VISCERALE	103	20	1	42	166	0.32%	0						0							
18	GASTROENTEROLOGIE INTERVENTIONNELLE	352	45	2	96	495	0.95%	0						0							
19	GASTROENTEROLOGIE	57	15	0	52	124	0.24%	0						0							
	<b>digestif</b>	<b>626</b>	<b>112</b>	<b>3</b>	<b>219</b>	<b>960</b>	<b>1.85%</b>	<b>0</b>						<b>0</b>							
20	MEDECINE TRANSPLANTATOIRE	28	2	0	0	30	0.06%	0						0							
21	DEFICIT IMMUNITAIRE	65	12	0	5	82	0.16%	0						0							
22	ONCO-HEMATOLOGIE	152	29	0	54	235	0.45%	0						0							
	<b>sanguin</b>	<b>245</b>	<b>43</b>	<b>0</b>	<b>59</b>	<b>348</b>	<b>0.67%</b>	<b>0</b>						<b>0</b>							

Source : OFS / DGS / Rapport Egli



L'offre de qualité correspond aux missions pour lesquels un établissement au moins remplit les exigences de qualité et le nombre minimum de 0.5 lit occupé en moyenne par an.

Les quantités demandées pour chaque mission ont été réparties entre les HUG et les cliniques au prorata du marché couvert en 2012 par ces établissements sous le régime LAMal. La demande du canton porte sur 2'438 cas au total, ajustée à 2'528 cas après négociation avec les établissements mandatés.

Cette répartition présente l'avantage de fournir un large choix aux patients ayant une assurance obligatoire des soins (sans assurance complémentaire).

#### **D.I.1.7. Conclusion et mesures proposées**

La planification des soins somatiques aigus 2016-2019 s'inscrit dans la continuité de la précédente (2012-2015). L'accroissement annuel des besoins est de 1.3 %.

Cette période de planification sera marquée par l'ouverture du nouveau bâtiment des lits (BDL2) des HUG, permettant non seulement d'améliorer la qualité hôtelière, mais aussi de rationaliser et d'optimiser le fonctionnement du plateau technique et le parcours du patient. À l'aide de ce nouvel outil, l'hôpital pourra absorber l'accroissement prévu du nombre annuel de ses patients. Le nouveau bâtiment comprendra 350 lits de médecine aiguë, répartis dans 196 chambres de un à deux lits. Il regroupera le service des soins intensifs et offrira 6 salles d'opération supplémentaires. Les locaux seront plus fonctionnels et confortables pour la prise en charge du patient. Une fois l'œuvre réalisée, le BDL1 doté actuellement de 711 lits pourra être rénové. Cette rénovation consistera à transformer toutes les chambres, dont celles à 7 lits sans sanitaire, pour offrir au patient un confort similaire à celui du BDL2, soit des chambres à 2 lits équipées de sanitaires WC-douche. À terme, entre 370 et 400 lits devraient être disponibles. La réorganisation des unités de soins entre BDL1 et BDL2 va également permettre de récupérer des espaces dans l'ancien bâtiment et d'agrandir le service des urgences adultes dont les capacités d'accueil sont atteintes et régulièrement dépassées depuis plusieurs années.

En outre, il faut rappeler que les HUG restent au centre du dispositif de soins hospitaliers cantonal en :

- répondant aux besoins en soins d'une communauté de 500'000 personnes auxquelles s'ajoutent des patients d'autres régions suisses et de l'étranger. Ils assurent plus de 80'000 urgences par an et 59'000 hospitalisations dont 47'000 en soins aigus, 6'900 en réhabilitation et gériatrie (en forte progression) et 5'500 en psychiatrie, ce qui en fait le premier hôpital de Suisse en volume d'activité ;
- proposant une médecine de pointe et des prestations universitaires hautement spécialisées tant en hospitalier qu'en ambulatoire. Les HUG agissent comme centre de référence pour les pathologies rares ou complexes et les prises en charge multidisciplinaires ;
- accueillant chaque année 600 médecins et 800 professionnels de la santé en formation ;
- menant une activité de recherche médicale de premier plan et contribuant activement aux progrès de la médecine par une recherche de haut niveau portant à la fois sur les disciplines médicales et soignantes ;
- assurant également de nombreuses missions d'intérêt général confiées par le canton.

Afin de maintenir leur niveau d'excellence, les HUG devront accroître leur compétitivité non seulement vis-à-vis des autres hôpitaux universitaires de Suisse, mais aussi vis-à-vis d'une offre des soins privée de bonne qualité présente sur le canton. Le libre choix du patient, la position géographique particulière des HUG, les récentes décisions de la France

représentent des défis qui amènent les HUG à continuer à développer une offre de qualité dans le plus grand respect et intérêt du patient.

Ce qu'on attend des HUG pour la période 2016-2019 :

- poursuivre les démarches visant à offrir les meilleurs soins possibles au meilleur coût ;
- faire face à l'augmentation importante des besoins liés au vieillissement de la population et aux évolutions épidémiologiques, en coordination et en complémentarité avec les autres partenaires du réseau de soin ;
- rester à la fois un hôpital ouvert sur la communauté et orienté sur le patient et un centre de référence universitaire à la renommée internationale ;
- rester un employeur attractif dans un contexte où les métiers de la santé connaissent un phénomène de pénurie accentué par les récentes votations sur l'immigration.

S'agissant des mandats, quelques nouveautés ont été introduites en 2015 :

- les pôles d'activité ont été affinés en missions plus spécifiques, permettant d'isoler trois types de mission : universitaire, spécialisée ou générale ;
- l'an dernier, les pôles d'activité ne représentant pas au moins 5 % du nombre total de cas étaient exclus ; ce seuil a été abaissé à 1 % pour 2015, parce que les missions retenues sont maintenant plus étroites et en raison de l'existence d'un seuil de 0.5 lit occupé en moyenne par an par établissement ;
- la qualité des prestations a été évaluée au moyen d'indicateurs afin de déterminer l'offre de qualité, en vue de l'attribution des mandats de prestations ;
- comme les cliniques ont démontré de bonnes performances dans la plupart des missions, il n'y avait pas de raison d'exclure a priori les missions spécialisées. En revanche, les missions universitaires ont été exclusivement réservées aux HUG. Cela n'a cependant pas d'impact important sur les mandats octroyés, car ces spécialités regroupent généralement moins de 1 % des cas.

Tous les critères utilisés pour l'attribution des mandats répondent aux exigences de la LAMal, selon une démarche vérifiable et objective.

## D.I.2. Soins de réadaptation et de gériatrie

### En bref

#### Projeté-réalisé

Tant les cas que les journées projetés ont été comparés :

Nom du pôle	Code du pôle	Nombre de cas réalisés 2012	Nombre de cas projetés 2012	Différence en nombre de cas	Différence en %
Gériatrie et réadaptation	W+Y	8'899	10'216	-1'317	-15%

Nom du pôle	Code du pôle	Nombre de journées réalisées 2012	Nombre de journées projetées 2012	Différence en nombre de journées	Différence en %
Gériatrie et réadaptation	W+Y	313'812	321'187	-7'375	-2%

Source : HUG / DGS

L'analyse des résultats permet de conclure que les écarts peuvent être expliqués par les changements de méthodes de comptabilisation des journées intervenus en 2012.

#### Données utilisées

Comme pour les soins somatiques aigus, les données de la statistique médicale des hôpitaux 2012 de l'OFS ont été utilisées pour établir les projections. En l'absence d'une classification officielle validée, les prestations ont été regroupées selon des catégories proches de celles publiées par d'autres cantons et sont basées essentiellement sur le diagnostic principal, codé selon la classification internationale des maladies (CIM).

#### Modèles et méthodes de projection

Les projections ont été faites d'abord selon les hypothèses suivantes :

- l'évolution démographique selon le scénario « engagement transfrontalier » ;
- la constance des taux d'hospitalisation par âge ;
- une demande identique à cause de préférences de la population ;
- une satisfaction des besoins en réadaptation de l'année de base (2012) sans surconsommation.

Dans un second temps, ces hypothèses ont été complétées ou adaptées en intégrant l'effet de mesures permettant de réduire le besoin d'hospitalisation grâce à :

- la promotion de la santé de la population âgée ;
- l'identification de personnes à risque d'hospitalisation et la mise en place de programmes préventifs spécifiques ;
- le soutien aux patients et proches aidants ;
- le renforcement des structures de soutien dans la communauté ;
- la prise en charge à domicile ;

- la proposition d'alternatives à l'hospitalisation ;
- la prévention des ré-hospitalisations ;
- le soutien à la transition vers le domicile à la sortie de l'hôpital ;
- le développement de filières transversales spécifiques ;
- la disponibilité de lits d'aval ;
- l'organisation de routine 7 j / 7 des retours à domicile avec encadrement.

L'impact de ces mesures correspond à une diminution de 10% de la durée moyenne de séjour.

### Projections du nombre de journées et lits supplémentaires

Dans un scénario de continuité, la projection indique un besoin de 161 lits supplémentaires (occupés à 95 %) en réadaptation et gériatrie (soit 23 lits/an sur la période 2012 à 2019), dont 56 lits correspondent aux besoins estimés pour les longs séjours.

Grâce aux mesures envisagées, le besoin en lits pourrait être diminué à 27 lits, hors lits de long séjour.

**Nombre de journées et lits supplémentaires projetés en 2019** (par type de collectif hospitalier, sans les longs séjours, DMS réduite de 10 %)

Types de réadaptation	2012			2019		Augmentation 2012-2019		
	Nombre de séjours	Nombre de journées	DMS	Nombre de séjours	Nombre de journées	Nombre de journées	Equi-valant lits	Lits, si occupés à 95%
Cardiovasculaire	722	18'310	23.0	862	19'679	1'369	4	4
Méd. interne, oncologie	1'410	34'856	22.0	1'523	33'874	-982	-3	-3
Musculo-squelettique	2'372	55'128	21.0	2'735	57'202	2'074	6	6
Neurologie	599	22'183	33.0	694	23'126	943	3	3
Palliatif	348	10'708	28.0	398	11'016	308	1	1
Polyvalente gériatrie	2'008	57'914	26.0	2'428	63'030	5'116	14	15
Psychosomatique	1'112	22'117	18.0	1'223	21'894	-223	-1	-1
Pulmonaire	500	12'466	22.0	593	13'316	850	2	2
<b>Total</b>	<b>9'071</b>	<b>233'682</b>		<b>10'456</b>	<b>243'137</b>	<b>9'455</b>	<b>26</b>	<b>27</b>

Source : HUG / DGS

À ces 27 lits s'ajoutent les 56 lits supplémentaires estimés pour les longs séjours (qui ne sont pas concernés par les mesures d'amélioration).

C'est donc un total de 83 lits qui seraient nécessaires à l'horizon 2019, si les mesures sont effectivement mises en œuvre.

### Mesures proposées pour augmenter l'efficacité de la réponse aux besoins

Afin de diminuer le besoin en lits selon le scénario le plus efficient, le groupe de travail spécifique a préconisé les mesures suivantes : une meilleure collaboration entre médecine de ville et soins à domicile, une disponibilité plus forte de lits d'aval, une préparation améliorée des sorties, une bonne gestion des médicaments, l'ouverture d'une pharmacie publique aux HUG, une prévention renforcée des réhospitalisations, etc. Ce scénario alternatif permettrait de réduire le besoin à 83 lits, au lieu de 161 lits dans le scénario de

continuité.

De manière générale, des mandats de prestations seront confiés aux HUG, à Joli-Mont et Montana et la collaboration avec les établissements extra-cantonaux, notamment la clinique La Lignière (VD) sera accrue. Dans un but d'efficacité, le Conseil d'Etat propose que Joli-Mont et Montana soient intégrés aux HUG dès 2016.

#### **D.I.2.1. Contexte**

Dans le cadre de la préparation du rapport de planification sanitaire 2016-2019, un groupe de travail (GT) réadaptation a été mandaté par la direction générale de la santé afin de préciser l'évolution des besoins en soins de réadaptation et gériatrie (somatique) de la population du canton de Genève. Ce GT était composé des représentants des institutions des HUG, de l'imad, de la Fédération genevoise des établissements médico-sociaux (FEGEMS), de l'association des médecins du canton de Genève (AMG), de la DGS et des cliniques genevoises de Joli-Mont et Montana. Le résultat des travaux est présenté dans ce chapitre, qui fait le point sur la situation actuelle des lits de réadaptation et gériatrie et sur leur utilisation par les personnes domiciliées à Genève. Il présente également une estimation des besoins pour les prochaines années et propose des mesures pour faire face à l'augmentation des besoins liés aux évolutions démographique et épidémiologique.

La croissance et le vieillissement de la population, ainsi que l'augmentation des maladies chroniques, s'accompagnent d'un besoin grandissant de soins de réadaptation et de gériatrie. Ces derniers comprennent les soins de réadaptation non spécialisée, de réadaptation spécialisée, ainsi que des soins palliatifs non aigus.

Une première estimation des besoins pour la période 2016-2019 a été effectuée en se basant uniquement sur les prévisions démographiques. Il est cependant possible de diminuer ces besoins, grâce à la mise en œuvre de mesures visant à prévenir certaines hospitalisations et à raccourcir les durées de séjour. Pour certaines d'entre-elles, ces mesures pourront avoir un impact sur les autres acteurs du réseau de soins chargés de prendre le relais de prise des patients au domicile par exemple.

#### **D.I.2.2. Projeté-réalisé**

Concernant les soins hospitaliers de réadaptation et de gériatrie, une nouvelle structure tarifaire de type forfaitaire et unifiée au niveau national est en développement dans le cadre du projet « ST Réha », mené par l'association « SwissDRG ». En attendant, l'unité de référence reste la journée d'hospitalisation.

En 2012, afin de se conformer aux règles de comptabilité REKOLE, les HUG ont changé leur façon de comptabiliser les cas et les journées lors de transferts internes. Par exemple, un patient en réadaptation qui a nécessité des soins aigus et qui est retourné en réadaptation n'est plus compté que deux fois au lieu de trois :

- une fois en réadaptation (jours totaux en réadaptation moins jours en soins aigus) ;
- une fois en soins aigus (jours en soins aigus).

Jusqu'en 2011, le même cas aurait été fragmenté et annoncé trois fois :

- une fois en réadaptation (jours en réadaptation avant le séjour en soins aigus) ;
- une fois en soins aigus (jours en soins aigus) ;
- une seconde fois en réadaptation (jours en réadaptation après le séjour en soins aigus).

Depuis 2012, cette fragmentation n'existe plus. En conséquence, les cas annoncés dans les statistiques sont moins nombreux en 2012, mais ont des durées de séjour en réadaptation plus longues.

De plus, dans la planification 2012-2015, tous les cas de la statistique médicale avaient été inclus, également les cas entrés dans l'année et non sortis (cas B), alors que ces derniers ne sont plus comptés dans la présente planification.

Par ailleurs, la frontière entre la gériatrie et la réadaptation restant floue, il convient de grouper ces deux domaines pour pouvoir effectuer une évaluation pertinente. Le tableau 7 compare l'activité prévue en 2012 à celle qui a été réalisée dans le domaine des soins de réadaptation et de gériatrie :

**Tableau 7 : Cas projetés et réalisés en 2012 à Genève (gériatrie et réadaptation)**

Nom du pôle	Code du pôle	Nombre de cas réalisés 2012	Nombre de cas projetés 2012	Différence en nombre de cas	Différence en %
Gériatrie et réadaptation	W+Y	8'899	10'216	-1'317	-15%

Nom du pôle	Code du pôle	Nombre de journées réalisées 2012	Nombre de journées projetées 2012	Différence en nombre de journées	Différence en %
Gériatrie et réadaptation	W+Y	313'812	321'187	-7'375	-2%

Source : HUG / DGS

Comme attendu, le nombre de cas réalisés est nettement inférieur au nombre de cas projetés. La différence du nombre de cas résulte principalement du changement de comptabilisation opéré par les HUG en 2012. L'écart relatif est moindre pour les journées. Par rapport à la projection, le nombre total de journées réalisé en 2012 est inférieur, du fait que le jour de sortie n'est plus compté dans la durée de séjour.

### Conclusion

Compte tenu des changements de comptabilisation du cas intervenus dans le domaine des soins de réadaptation et de gériatrie entre 2011 et 2012, et des biais qu'ils introduisent dans la comparaison entre activités projetée et réalisée, il est difficile d'interpréter les écarts observés. On peut cependant faire l'hypothèse qu'ils sont expliqués en grande partie par ces changements de comptabilisation.

#### **D.1.2.3. Données utilisées**

Comme pour les soins somatiques aigus, ce sont les données de la statistique médicale des hôpitaux 2012 de l'OFS qui ont été utilisées pour établir les projections. Les séjours de type A (patients sortis dans l'année) et les séjours de type C (patients traversant l'année) ont été pris en compte.

L'analyse a été limitée aux patients résidant dans le canton de Genève, c'est-à-dire que les séjours à Genève de patients extra-cantonaux ou étrangers ont été exclus.

Pour le canton de Genève, les institutions de réadaptation selon la statistique médicale sont les HUG (soins de réadaptation et de gériatrie), les cliniques genevoises de Joli-Mont et de Montana. En 2012, l'offre de soins hospitaliers dans ce domaine représente presque 1'000 lits, dont 787 lits aux HUG et 163 lits à Joli-Mont et Montana.

### a. Catégorisation des données

En l'absence d'une classification officielle validée, les prestations ont été regroupées selon des catégories proches de celles publiées par d'autres cantons pour leur planification hospitalière de réadaptation ; ces catégories sont basées essentiellement sur le diagnostic principal, codé selon la classification internationale des maladies (CIM).

Des critères de codes diagnostics publiés par le canton de Neuchâtel<sup>13</sup> ont été repris et adaptés, afin d'obtenir les catégories suivantes :

- réadaptation générale ;
- réadaptation polyvalente gériatrique ; âge  $\geq$  75 ans ;
- réadaptation en médecine interne et oncologique ; âge < 75 ans ;
- réadaptation spécialisée ;
- musculo-squelettique ;
- neurologique (y compris paraplégie et tétraplégie) ;
- psychosomatique ;
- cardiovasculaire ;
- pulmonaire ;
- soins palliatifs non aigus ;
- longs séjours : séjours d'une durée supérieure à 365 jours ou patients en attente de placement (de moins et de plus de 65 ans).

Cette catégorisation présente des avantages, mais n'est pas entièrement satisfaisante, notamment pour les raisons suivantes :

- les diagnostics principaux considérés séparément ne représentent pas le type et la charge des soins, particulièrement dans la population concernée qui est souvent multimorbide ;
- pour les soins de réadaptation et gériatrie aux HUG, les diagnostics 2012 ont une qualité variable : en effet, d'une part ils ne sont pas utilisés pour la facturation (au forfait journée), et d'autre part, le codage n'est pas réalisé par des codeurs professionnels (comme c'est le cas en soins aigus).

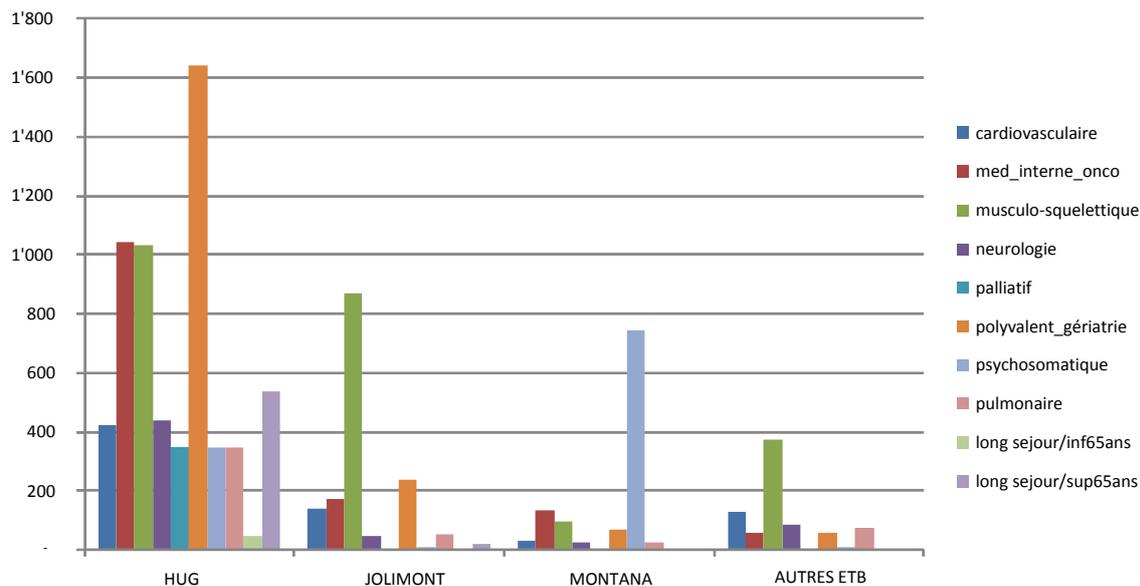
### b. Application de ces catégories aux données existantes

Les données d'activité 2012 sont présentées ci-après sous forme de graphiques, à l'aide de cette classification des prestations. On constate que les HUG réalisent 64 % des cas (presque 100 % en gériatrie) et 81 % des journées (presque 100 % en gériatrie) d'hospitalisation. Les cliniques genevoises de Joli-Mont et de Montana réalisent 28 % des cas et 14 % des journées. Le solde, soit 8 % des cas et 5 % des journées, est réalisé par des établissements extra-cantonaux, notamment la clinique La Lignière dans le canton de Vaud.

---

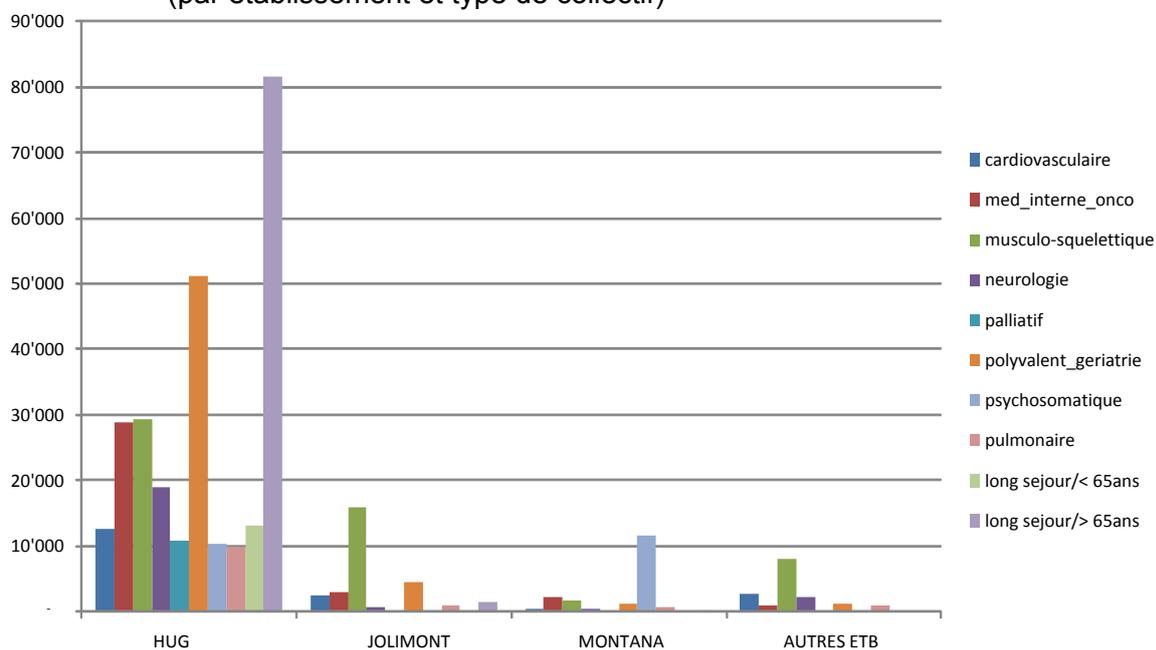
<sup>13</sup> Projet de rapport du conseil d'Etat concernant la planification hospitalière neuchâteloise 2016, 1<sup>ère</sup> partie : évaluation des besoins, 26 août 2014.

**Figure 7 : Réadaptation et gériatrie, nombre de séjours en 2012 (par établissement et type de collectif)**



Source : HUG

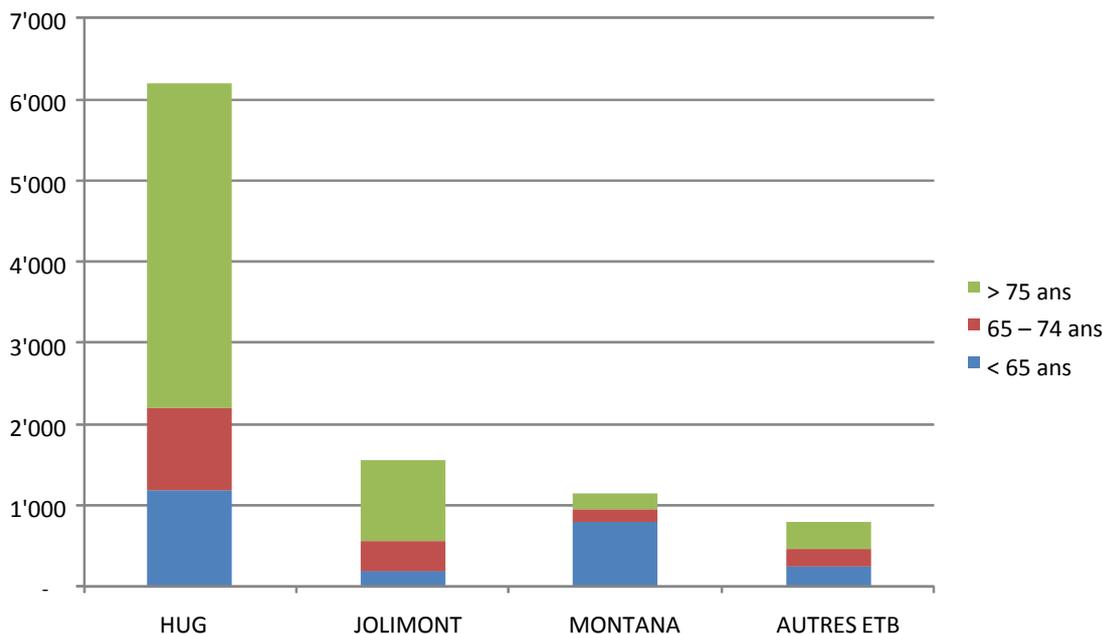
**Figure 8 : Réadaptation et gériatrie, nombre de journées en 2012 (par établissement et type de collectif)<sup>14</sup>**



Source : HUG

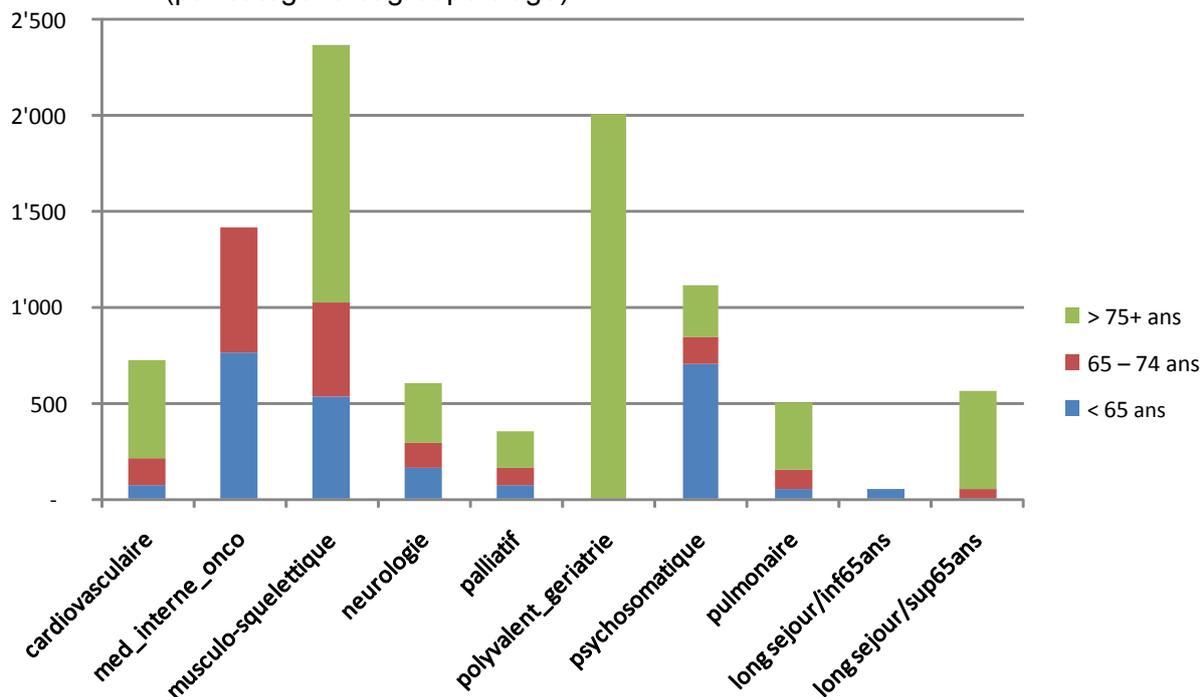
<sup>14</sup> Remarque : pour représenter le nombre de journées, la durée de séjour a été censurée à 365 jours, afin de correspondre approximativement à des journées annuelles ; par exemple, un séjour d'une durée de 3 ans sera compté avec 365 jours.

**Figure 9 : Réadaptation et gériatrie, nombre de séjours en 2012**  
(par établissement et groupe d'âge)



Source : HUG

**Figure 10 : Réadaptation et gériatrie, nombre de séjours en 2012**  
(par catégorie et groupe d'âge)



Source : HUG

**D.1.2.4. Modèles et méthode de projection**

Dans le cadre de ces projections, le scénario III établi par l'OCSTAT a été utilisé. Les modifications démographiques ont un impact majeur sur la population hospitalisée aux

Trois-Chêne, où 75 % des patients ont 80 ans ou plus (âge moyen 85 ans), et au service de réadaptation médicale (à Bellerive et à Loëx).

Les besoins ont été initialement estimés en tenant compte uniquement de l'évolution démographique et sur la base des hypothèses suivantes :

- les taux d'hospitalisation par âge demeurent constants ;
- les préférences de la population demeurent inchangées (la demande reste la même) ;
- les besoins en réadaptation de l'année de base (2012) sont satisfaits sans surconsommation.

Ce modèle initial ne prend pas en compte d'autres évolutions possibles telles que, notamment :

- des changements dans les prises en charge : par exemple, modification du taux de recours ou des durées de séjour, transferts de ou vers d'autres types de soins (exemple : augmentation de la lourdeur des cas par transfert précoce depuis une zone de soins aigus), alternatives à l'hospitalisation ;
- des évolutions épidémiologiques : par exemple, augmentation des maladies chroniques, ou amélioration de l'état de santé de la population grâce à des mesures de prévention ;
- des évolutions technologiques ou médicamenteuses.

#### D.I.2.5. Évaluation des besoins : résultats des projections

Les besoins estimés sont présentés en distinguant le long séjour de la réadaptation, dont les catégories sont basées essentiellement sur le diagnostic principal. Les durées moyennes de séjour sont supposées constantes sur la période 2012-2019.

**Tableau 8 : Réadaptation et gériatrie, lits supplémentaires projetés en 2019**  
(scénario DMS inchangée) (1)

Types de réadaptation	2012			2019		Augmentation 2012-2019		
	Nombre de séjours	Nombre de journées	DMS	Nombre de séjours	Nombre de journées	Nombre de journées	Equi-valents lits	Lits, si occupés à 95%
Cardiovasculaire	722	18'310	25.4	862	21'866	3'556	10	10
Méd. interne, oncologie	1'410	34'856	24.7	1'523	37'638	2'782	8	8
Musculo-squelettique	2'372	55'128	23.2	2'735	63'558	8'430	23	24
Neurologie	599	22'183	37.0	694	25'696	3'513	10	10
Palliatif	348	10'708	30.8	398	12'240	1'532	4	4
Polyvalente gériatrie	2'008	57'914	28.8	2'428	70'033	12'119	33	35
Psychosomatique	1'112	22'117	19.9	1'223	24'327	2'210	6	6
Pulmonaire	500	12'466	24.9	593	14'795	2'329	6	7
Long_séjour/< 65ans	48	13'180	274.6	52	14'391	1'211	3	3
Long_séjour/> 65ans	565	83'153	147.2	689	101'363	18'210	50	53
<b>Total</b>	<b>9'684</b>	<b>330'015</b>	<b>34.1</b>	<b>11'197</b>	<b>385'906</b>	<b>55'891</b>	<b>153</b>	<b>161</b>

Source : HUG / DGS

(1) Les DMS calculées dans ce tableau correspondent aux différences moyennes entre entrée et sortie, censurées à 65 jours, afin de représenter au mieux le nombre moyen de journées annuelles par cas.

La projection brute indique un besoin de 161 lits supplémentaires (occupés à 95 %) en réadaptation/gériatrie, dont 56 lits correspondent aux besoins estimés pour les longs séjours.

Le tableau suivant (Tableau 9) présente l'accroissement annuel prévu du nombre de cas et du nombre de journées, pour chaque type de réadaptation, sur la période 2012-2019.

**Tableau 9 : Réadaptation et gériatrie, nombre de séjours et de journées supplémentaires projetés de 2012 à 2019**  
(scénario DMS inchangée)

Types de réadaptation	2012		2013		2014		2015	
	Nombre de séjours	Nombre de journées						
Cardiovasculaire	722	18'310	742	18'807	765	19'397	785	19'896
Méd. interne, oncologie	1'410	34'856	1'433	35'423	1'452	35'906	1'474	36'437
Musculo-squelettique	2'372	55'128	2'423	56'318	2'472	57'443	2'524	58'666
Neurologie	599	22'183	614	22'741	627	23'202	642	23'783
Palliatif	348	10'708	355	10'917	361	11'100	367	11'307
Polyvalente gériatrie	2'008	57'914	2'057	59'328	2'115	61'003	2'174	62'710
Psychosomatique	1'112	22'117	1'129	22'464	1'146	22'801	1'162	23'118
Pulmonaire	500	12'466	513	12'799	527	13'148	540	13'472
Long_séjour/< 65ans	48	13'180	49	13'336	49	13'374	49	13'531
Long_séjour/> 65ans	565	83'153	579	85'213	598	87'945	617	90'837
<b>Total</b>	<b>9'684</b>	<b>330'015</b>	<b>9'894</b>	<b>337'346</b>	<b>10'111</b>	<b>345'318</b>	<b>10'336</b>	<b>353'757</b>

Types de réadaptation	2016		2017		2018		2019	
	Nombre de séjours	Nombre de journées						
Cardiovasculaire	806	20'453	825	20'922	845	21'425	862	21'866
Méd. interne, oncologie	1'491	36'854	1'508	37'275	1'515	37'464	1'523	37'638
Musculo-squelettique	2'576	59'878	2'628	61'089	2'681	62'312	2'735	63'558
Neurologie	655	24'260	668	24'747	679	25'132	694	25'696
Palliatif	375	11'526	382	11'768	389	11'982	398	12'240
Polyvalente gériatrie	2'229	64'289	2'289	66'013	2'358	68'006	2'428	70'033
Psychosomatique	1'177	23'418	1'192	23'709	1'207	24'006	1'223	24'327
Pulmonaire	553	13'793	566	14'116	580	14'462	593	14'795
Long_séjour/< 65ans	50	13'713	51	13'945	52	14'161	52	14'391
Long_séjour/> 65ans	637	93'732	652	95'971	672	98'948	689	101'363
<b>Total</b>	<b>10'550</b>	<b>361'915</b>	<b>10'762</b>	<b>369'556</b>	<b>10'978</b>	<b>377'899</b>	<b>11'197</b>	<b>385'906</b>

Source : HUG / DGS

Entre 2015 (353'757 journées) et 2019 (385'906 journées), on observe une augmentation de 32'149 journées. Ainsi, sur la période 2016-2019, l'accroissement annuel moyen sera de 2.2 %, soit 8'037 journées par an. Exprimée en lits occupés à 95%, cette augmentation représente 23 lits par an, comme c'était également le cas entre 2012 et 2015.

**D.I.2.6. Mesures permettant de réduire le besoin d'hospitalisation**

L'introduction, en 2012, du financement par DRG, a entraîné un raccourcissement de la durée de séjour en soins aigus et un transfert plus précoce des patients en soins de réadaptation. Ce facteur, conjugué aux difficultés de transfert en aval, vers des institutions offrant du long séjour, met les établissements de réhabilitation sous forte pression.

Cependant, grâce à un ensemble de mesures, notamment préventives ou ayant pour but d'augmenter les synergies entre acteurs du réseau de soins, il devrait être possible de diminuer le nombre d'hospitalisations et surtout de faire baisser la durée moyenne de séjour de 10 %. Ces mesures sont les suivantes :

## **Promotion de la santé de la population âgée**

Ces programmes peuvent comprendre des mesures s'adressant à l'ensemble de la population, par exemple :

- promotion de la vaccination anti-grippale et anti-pneumococcique ;
- promotion et facilitation de l'accès à l'exercice physique adapté à la personne âgée.

## **Identification de personnes à risque d'hospitalisation et mise en place de programmes préventifs spécifiques**

Le parcours de vie d'une personne vieillissante peut être marqué par la transition « robustesse – fragilisation – vulnérabilité – dépendance ». Le risque d'hospitalisation ou d'institutionnalisation est fortement lié à cette évolution.

« L'évaluation gériatrique multidimensionnelle » permet d'identifier les situations à risque afin d'intervenir pour arrêter ou ralentir l'évolution vers des dépendances et d'éviter une décompensation aiguë de l'état de santé menant à l'hospitalisation. Une aide à la rééducation ambulatoire, des mesures de sécurisation, telles que Téléalarme, l'adaptation du logement afin d'éviter des chutes, les auxiliaires de marche ou la mise en place de soutiens formels ou informels au domicile constituent des exemples de mesures dont pourraient bénéficier ces personnes particulièrement vulnérables.

## **Soutien aux patients et proches aidants**

Une meilleure visibilité des prestations disponibles dans le canton pourrait être obtenue grâce à la mise en place d'un centre d'orientation spécifique à la personne âgée, sous la forme d'un guichet de quartier, d'un numéro de téléphone unique ou d'un coordinateur de réseau. Il serait aussi utile de développer un système simple de transport accompagné pour des évaluations ambulatoires spécialisées. En effet, certains patients sont hospitalisés parce qu'ils ne peuvent pas se rendre par eux-mêmes dans des structures ambulatoires.

## **Renforcement des structures de soutien dans la communauté**

Les institutions et structures de soutien devraient être renforcées et développées, notamment :

- les services d'aide et de soins à domicile (imad, etc.) ;
- les foyers de jours ;
- les IEPA (immeubles avec encadrement pour personnes âgées) ;
- les lits de répit UATR (unités d'accueil temporaire de répit) ;
- les vacances accompagnées, qui représentent aussi une offre de répit appréciable.

En complément au renforcement des structures extrahospitalières et afin de prévenir les hospitalisations inappropriées, d'autres mesures seraient utiles :

- organisation de routine 7 j / 7 des retours à domicile avec encadrement ;
- mise en place de soutiens d'urgence appropriés lors de l'absence inattendue d'un proche aidant (hospitalisation du conjoint par exemple) ;
- baluchonnage (service de remplacement des proches aidants) ;
- augmentation de la disponibilité en physiothérapie à domicile.

### Prise en charge à domicile

La prise en charge médicale en ville pourrait être améliorée par les mesures suivantes :

- encourager les visites à domicile des médecins ;
- renforcer la collaboration entre l'unité de gériatrie communautaire (UGC) des HUG et les médecins traitants ;
- renforcer la formation continue des médecins traitants dans le domaine de la gériatrie.

Les prestations de physiothérapie à domicile pourraient être plus développées, ainsi que la formation des physiothérapeutes dans l'approche des personnes âgées.

### Alternatives à l'hospitalisation

La personne âgée fragile peut faire des décompensations brusques qui risquent de l'amener à l'hôpital, notamment si cela se produit en fin de journée ou en fin de semaine.

Le développement d'alternatives à l'hospitalisation est recommandé, notamment :

- des structures UATM (unités d'accueil temporaire médicalisées) ;
- des structures de jour avec médecin (hôpital de jour).

### Prévention des ré-hospitalisations

Les grands utilisateurs de prestations hospitalières de réadaptation et gériatrie dans le réseau de soins, patients aux trajectoires complexes, pourraient bénéficier d'un « case manager ». Le tableau 10 indique, par établissement et par tranche d'âges, le nombre de personnes concernées selon deux critères de sélection.

**Tableau 10 : Réadaptation et gériatrie, nombre de séjours en 2012 avec ≥ 3 séjours et soins à domicile à la dernière sortie**  
(par établissement et par âge)

	<65 ans	65 à 74 ans	≥75 ans	Total général
<b>HUG</b>	44	75	191	310
<b>Joli-Mont</b>			5	5
<b>Montana</b>	0	0	0	0
<b>Total général</b>	<b>44</b>	<b>75</b>	<b>196</b>	<b>315*</b>

Source : HUG / DGS

\*Ces 315 séjours correspondent à 95 patients aux HUG et 1 patient à Joli-Mont.

Pour ce nombre restreint de grands utilisateurs, il faudrait créer un groupe expert de terrain multidisciplinaire et « multisite » qui serait chargé de proposer une prise en charge conjointe dans le réseau.

### Soutien à la transition vers le domicile à la sortie de l'hôpital

Les mesures suivantes sont recommandées :

- appel téléphonique par le pharmacien après la sortie de l'hôpital pour vérifier que la prise médicamenteuse a bien lieu, qu'elle est comprise et tolérée ;
- « case manager » ou intervention de l'infirmière de liaison de l'imad, pour assurer un suivi les premiers jours après la sortie (modèle du « transition coach » aux USA) ;

- mise en place de mesures pour faciliter la transition entre l'hôpital et le domicile.

### **Développement de filières transversales spécifiques**

Les filières permettent de détecter tôt les problématiques gériatriques et de réadaptation dès les soins aigus et d'initier une prise en charge précoce, qui pourra être complétée et mise en place au cours du reste du parcours hospitalier, puis éventuellement à domicile. Une telle filière a déjà été développée par le centre de médecine de l'âge avancé des HUG pour les troubles cognitifs et l'incontinence urinaire.

Des filières de prise en charge, éventuellement initiées depuis le domicile ou l'EMS, sont à envisager pour des diagnostics fréquents (fracture de hanche, prothèse élective pour arthrose de hanche, chutes). Ces mesures nécessiteraient aussi de renforcer l'accès à une prise en charge physiothérapeutique adaptée à la personne âgée, pendant l'hospitalisation, en EMS et à domicile.

### **Disponibilité de lits d'aval**

La densité de lits d'EMS à Genève reste la plus faible de Suisse : 49.4 lits pour 1'000 habitants de 65 ans ou plus contre 65.4 lits pour la moyenne suisse<sup>15</sup>. Notons que 1.2 % des 65-79 ans sont hébergés en EMS contre 13.7 % des 80 ans ou plus.

La politique du canton en matière de prise en charge des personnes âgées a mis l'accent sur le maintien à domicile, permettant de ralentir la progression du besoin en lits d'EMS. Cet effort doit être relevé. Toutefois, il y a encore actuellement aux HUG entre 150 et 200 patients en attente d'une place en EMS. Entre 50 et 80 d'entre eux occupent une place dans des services de gériatrie ou de réadaptation, surtout dans le service de réadaptation médicale de Bellerive et aux Trois-Chêne. La libération de ces lits par la disponibilité de structures d'aval contribuerait à libérer des lits de réadaptation/gériatrie.

### **Organisation de routine 7 j / 7 des retours à domicile avec encadrement**

Grâce aux efforts de l'imad et à une bonne coordination avec les HUG, les retours à domicile le samedi ou le dimanche sont plus facilement envisageables. Il convient de continuer cet effort.

En faisant l'hypothèse que les mesures décrites ci-dessus se traduiront par une diminution de 10 % de la durée moyenne de séjour dans le domaine de la réhabilitation et gériatrie, le besoin en lits pour la période considérée sera réduit de 105 à 27 lits occupés à 95 % (voir tableau 11).

---

<sup>15</sup> Statistique des institutions médico-sociales 2012 - Tableaux standard. Résultats définitifs, p.11.

**Tableau 11 : Réadaptation et gériatrie, nombre de journées et lits supplémentaires projetés en 2019**  
(par type de collectif hospitalier, sans les longs séjours, DMS réduite de 10 %)

Types de réadaptation	2012			2019		Augmentation 2012-2019		
	Nombre de séjours	Nombre de journées	DMS	Nombre de séjours	Nombre de journées	Nombre de journées	Equi-valent lits	Lits, si occupés à 95%
<b>Cardiovasculaire</b>	722	18'310	23.0	862	19'679	1'369	4	4
<b>Méd. interne, oncologie</b>	1'410	34'856	22.0	1'523	33'874	-982	-3	-3
<b>Musculo-squelettique</b>	2'372	55'128	21.0	2'735	57'202	2'074	6	6
<b>Neurologie</b>	599	22'183	33.0	694	23'126	943	3	3
<b>Palliatif</b>	348	10'708	28.0	398	11'016	308	1	1
<b>Polyvalente gériatrie</b>	2'008	57'914	26.0	2'428	63'030	5'116	14	15
<b>Psychosomatique</b>	1'112	22'117	18.0	1'223	21'894	-223	-1	-1
<b>Pulmonaire</b>	500	12'466	22.0	593	13'316	850	2	2
<b>Total</b>	<b>9'071</b>	<b>233'682</b>		<b>10'456</b>	<b>243'137</b>	<b>9'455</b>	<b>26</b>	<b>27</b>

Source : HUG / DGS

À ces 27 lits s'ajoutent les 56 lits supplémentaires estimés pour les longs séjours (sans réduction de la DMS).

C'est donc un total de 83 lits qui seraient nécessaires à l'horizon 2019, au lieu des 161 lits calculés initialement.

#### D.I.2.7. Conclusion et mesures proposées

À l'horizon 2019, sous l'effet de l'évolution démographique, 161 lits supplémentaires seraient nécessaires. Ce besoin pourrait être réduit à 83 lits, dont 27 lits de réhabilitation et gériatrie et 56 lits de long séjour, sous condition de développer des alternatives à l'hôpital, notamment en mettant en œuvre les mesures permettant de réduire le besoin, décrites au chapitre précédent (D.I.2.6, page 63). Par ailleurs, la clinique vaudoise « La Lignière » complète l'offre genevoise, notamment dans le domaine de la réadaptation cardio-vasculaire hospitalière.

Il faut rappeler que le Conseil d'Etat propose d'intégrer les cliniques de Joli-Mont et de Montana au périmètre des HUG. Cette intégration permettra des synergies pour exploiter au mieux les capacités de ces institutions et pour mieux adapter leurs prestations au besoin de la population.

La construction de nouvelles structures d'aval contribuerait probablement à libérer des lits de réadaptation/gériatrie pour faire face aux besoins jusqu'en 2019 et au-delà.

### D.I.3. Soins de psychiatrie

#### En bref

#### Projeté-réalisé

Pour une analyse plus fine, les cas et les journées d'hospitalisation ont été comparés :

Nom du pôle	Code du pôle	Nombre de cas réalisés 2012	Nombre de cas projetés 2012	Différence en nombre de cas	Différence en %
Psychiatrie	R	3'303	5'124	-1'826	-32%

Nom du pôle	Code du pôle	Nombre de journées réalisées 2012	Nombre de journées projetées 2012	Différence en nombre de journées	Différence en %
Psychiatrie	R	116'557	120'439	-3'882	-3%

Source : HUG/DGS

Le nombre de cas réalisés est nettement inférieur (-32 %) au nombre de cas projetés. Le nombre de journées réalisées est, quant à lui, légèrement inférieur (-3 %). Ces écarts s'expliquent par le changement de comptabilisation aux HUG en 2012, la suppression de la double comptabilisation entre le service des urgences et l'épisode de soins consécutif en psychiatrie (environ 600 cas) et le changement de périmètre avec la suppression des cas entrés dans l'année et non sortis comptés dans la planification précédente.

Pour les journées, l'écart est lié notamment à la méthode de calcul des durées de séjours. En effet, lors de la planification précédente, les jours de congé et de fugue avaient été exclus des durées, alors qu'ils sont comptés dans le réalisé.

Outre les conséquences des changements du mode de comptabilisation, la forte hausse des patients en attente de placement et des patients placés par une institution pénale ou par les autorités judiciaires est un autre facteur explicatif des écarts constatés.

#### Données utilisées

Ont été utilisés principalement la statistique médicale des hôpitaux 2012 de l'Office fédéral de la statistique (OFS) pour la situation actuelle et les groupes de diagnostic de la précédente planification, avec pour univers l'ensemble des séjours de résidents genevois, tous payeurs confondus.

#### Modèles et méthodes de projection

Pour les projections, trois scénarii ont été retenus :

1. scénario constant : les principales variables demeurent inchangées avec une demande relative stable (taux d'hospitalisation par âge, préférences de la population) et une réponse adéquate (les besoins sont satisfaits comme souhaité), le taux d'occupation des lits supplémentaires est estimé à 95% ;
2. scénario alternatif 1 : l'offre de services d'aide à domicile (SAD) et de structures communautaires est accrue ;

3. scénario alternatif 2 : identique au scénario 1, avec en plus une offre augmentée de places en aval des soins hospitaliers.

### Projections

1. scénario constant : 41 lits supplémentaires seraient nécessaires (16 lits liés au développement démographique, soit 4 lits/an, et 25 autres pour compenser le manque actuel).
2. scénario alternatif 1 : réduction de 3 lits par rapport à la situation actuelle (suppression de 28 lits hospitaliers classiques mais augmentation de 25 autres pour rééquilibrer le manque actuel) avec pour conséquence une augmentation des heures de soins à domicile (+5'543 heures) et des lits dans des « structures communautaires » (+32 lits).
3. scénario alternatif 2 : réduction de 38 lits par rapport à la situation actuelle (suppression de 63 lits hospitaliers classiques en sortant les patients en attente de placement et les longs séjours peu intenses, mais augmentation de 25 autres pour rééquilibrer le manque actuel).

### Mesures proposées pour augmenter l'efficacité de la réponse aux besoins

Le groupe de travail spécifique a identifié des mesures permettant de réduire le nombre de lits nécessaires pour répondre au besoin : meilleure collaboration avec les soins à domicile, développement des structures intermédiaires, analyse des entrées en urgence, etc.

Pour répondre au besoin, des mandats de prestations seront confiés aux HUG, à la Clinique Belmont (GE) et à la Métairie (VD).

#### D.I.3.1. Contexte

Dans le cadre de la préparation du rapport de planification sanitaire 2016-2019, un groupe de travail psychiatrie a été mandaté par la DGS afin de préciser l'évolution des besoins en soins psychiatriques de la population du canton de Genève. Ce GT était composé de représentants des institutions des HUG, de l'imad, de la direction générale de l'action sociale (DGAS), de l'Hospice général (HG), de l'AMG, de la DGS, des EMS psycho-gériatriques. Il s'est réuni 5 fois. Le résultat de ces travaux est présenté dans ce chapitre, qui fait le point sur la situation de la psychiatrie à Genève, présente une estimation des besoins pour les prochaines années et propose des mesures pour remédier aux problématiques actuelles et futures.

Comme la psychiatrie ne concerne pas particulièrement une population âgée, elle est par conséquent moins impactée par le vieillissement de la population que les autres zones de soins. L'enjeu de la planification dans ce domaine est la structuration de l'offre, trop axée sur l'hospitalisation classique, alors qu'il est recommandé que plus de la moitié des moyens engagés en faveur des soins psychiatriques soient affectés à des prestations dans les structures ambulatoires et semi-hospitalières (y compris la prévention).

Le nombre de lits supplémentaires nécessaires pour résoudre la surcharge du site de Belle-Idée et pour absorber les effets de l'évolution démographique si aucun changement organisationnel n'est effectué (projection démographique de base) a été estimé à l'horizon 2019. La création de dispositifs communautaires comme alternatives à l'hospitalisation et de structures intermédiaires résidentielles en aval pourraient entraîner une diminution de ce besoin en lits. À ce sujet, deux scénarii ont été élaborés pour la période 2015-2019. Les

estimations comprennent les personnes handicapées qui ont utilisé le système de soins. L'évaluation des établissements pour personnes handicapées n'est pas comprise dans cette planification.

### D.1.3.2. Projeté-réalisé

La planification hospitalière 2012-2015 pour les soins de psychiatrie tenait compte de l'évolution démographique et utilisait les taux de recours par tranche d'âges observés pour l'année 2008. Les cas d'hospitalisation et les journées avaient alors été projetés à partir des cas et des durées de séjour observés en 2008.

Comme pour les soins de gériatrie et de réadaptation, l'unité de référence reste la journée d'hospitalisation et les HUG ont, depuis 2012, changé la définition du cas d'hospitalisation.

Le tableau 12 compare l'activité prévue en 2012 à celle qui a été réalisée dans le domaine des soins psychiatriques.

**Tableau 12 : Cas et jours réalisés et projetés en psychiatrie**

Nom du pôle	Code du pôle	Nombre de cas réalisés 2012	Nombre de cas projetés 2012	Différence en nombre de cas	Différence en %
Psychiatrie	R	3'898	5'724	-1'826	-32%

Nom du pôle	Code du pôle	Nombre de journées réalisées 2012	Nombre de journées projetées 2012	Différence en nombre de journées	Différence en %
Psychiatrie	R	116'557	120'439	-3'882	-3%

Source : HUG / DGS

Le nombre de cas réalisé est nettement inférieur (-32 %) au nombre de cas projeté. Le nombre de journées réalisées est, quant à lui, légèrement inférieur (-3 %). Ces écarts s'expliquent par plusieurs facteurs :

- le changement de comptabilisation aux HUG des cas avec plusieurs transferts internes (regroupés dès 2012) ;
- le regroupement des cas entrés par le service des urgences avec l'épisode de soins consécutif en psychiatrie ; la différence imputable à ce changement de périmètre est d'environ 600 cas ;
- le fait que les cas entrés dans l'année et non sortis (cas B) avaient été comptés dans la planification 2012-2015, alors qu'ils ne le sont plus dans la présente planification.

Pour les journées, l'écart est lié notamment à la méthode de calcul des durées de séjours. En effet lors de la planification précédente, les jours de congé et fugue avaient été exclus des durées, alors qu'ils sont comptés dans le réalisé.

Il faut rappeler ici que l'offre de psychiatrie présente des faiblesses. Outre la relative surcharge de Belle-Idée, la diminution des lits n'a pas toujours pu être accompagnée d'un transfert correspondant vers « le communautaire ». De plus, depuis 2010, on observe une forte hausse des patients en attente de placement (en moyenne, les lits occupés par ces patients sont passés de 10 à 32 lits) Cette hausse provient de difficultés à placer les patients âgés ainsi que des placements judiciaires (environ 3'000 journées supplémentaires, soit l'équivalent de 10 lits).

En résumé, en raison du manque de structures en aval de l'hospitalisation, les durées de séjour se sont allongées, bloquant les lits nécessaires pour accueillir de nouveaux cas.

## Conclusion

Compte tenu des changements du mode de comptabilisation des cas, intervenus entre 2011 et 2012, et des biais qu'ils introduisent dans la comparaison entre activité projetée et réalisée, il est difficile d'interpréter les écarts observés. On peut cependant faire l'hypothèse qu'ils sont expliqués en grande partie par ces changements de comptabilisation. La forte hausse des patients en attente de placement et des patients placés par une institution pénale ou par les autorités judiciaires est un autre facteur explicatif des écarts constatés.

### **D.I.3.3. Données utilisées**

La statistique médicale des hôpitaux 2012 de l'Office fédéral de la statistique (OFS) représente la source principale des données décrivant la situation actuelle. Ce sont ces données validées qui ont été utilisées pour réaliser les projections d'activité, complétées par quelques variables disponibles dans la base de données des HUG (par exemple : mesure de la charge en soins).

Les séjours de type A (patients sortis dans l'année) et C (cas ni sortis ni entrés) ont été retenus. L'ensemble des séjours de résidents genevois, tous payeurs confondus, a été pris en compte dans l'analyse, et pas seulement les séjours d'assurés LAMaI, avec ou sans assurance complémentaire.

Les groupes diagnostics de la dernière planification ont été conservés. Ils sont basés sur le diagnostic principal selon la classification internationale des maladies. Il s'agit des groupes suivants :

**Tableau 13 : CIM : groupes diagnostics**

F00-F09 TMO	Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques
F10-F19 addicto	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives
F20-F29 schizo	Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants
F30-F39 humeur	Troubles de l'humeur [affectifs]
F40-F48 nevro	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes
F50-F59 physio	Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques
F60-F69 perso	Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte
F70-F79 RM	Retard mental
F80-F98 dev. psych. et enfance	Troubles du développement psychologique et troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence (peu de cas, 2 catégories regroupées ci-dessous non spécifié)
F99 Trouble mental	Sans précision
Vide car non sorti	Le patient n'étant pas sorti à la fin de l'année, l'information n'était pas disponible à la clôture de la statistique médicale autre
Autres	Diagnostic principal hors F

Source : OMS

En plus des groupes diagnostics, les variables suivantes ont été utilisées pour l'analyse :

- âge ;
- durée de séjour : date de sortie moins date d'entrée, les journées et fugues n'étant pas exclues. Au maximum 365 jours sont retenus pour les cas non sortis ;

- relevé PRN HUG (Projet de recherche en nursing) : le PRN représente la mesure de la charge en soins. Les heures moyennes de soins infirmiers par jour et par cas ont été calculées de la manière suivante : somme des minutes de soins directes planifiées/60/nombre de journées d'hospitalisation ;
- fréquence des hospitalisations par patient dans l'année par établissement hospitalier ;
- destinations de sortie.

Les groupes diagnostics ont cependant une utilité limitée dans la planification, car ils ne sont prédicteurs ni de la durée de séjour ni de l'intensité des prises en charge.

Les données d'activité 2012 sont présentées dans la section suivante sous forme de graphiques, à l'aide de cette classification des prestations.

#### **a. Analyse de l'activité hospitalière - Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)**

Les HUG prennent en charge la quasi-totalité des cas du canton. Le département de santé mentale et psychiatrie (DSMP) gérait 298 lits<sup>16</sup> à fin novembre 2014. La majorité des lits est située à Belle-Idée, le SPLIC (Service de psychiatrie de liaison et intervention de crise) étant par contre situé dans le secteur de Cluse-Roseraie, ainsi que la pédopsychiatrie, qui fait partie du département de l'enfant et de l'adolescent (28 lits), et les lits de crise du CAPPA (Centre ambulatoire de psychiatrie et psychothérapie de l'âgé). Ce dernier compte 8 lits, dont 4 pour les personnes âgées et 4 autres pour la psychiatrie générale, ceci depuis octobre 2014, suite à la fermeture des lits dans les CAPPI (Centres ambulatoires de psychiatrie et psychothérapie intégrée). À fin 2014, le taux d'occupation au DSMP (hors pédopsychiatrie) était d'environ 106 %<sup>17</sup> (pour un objectif de 90-95 %).

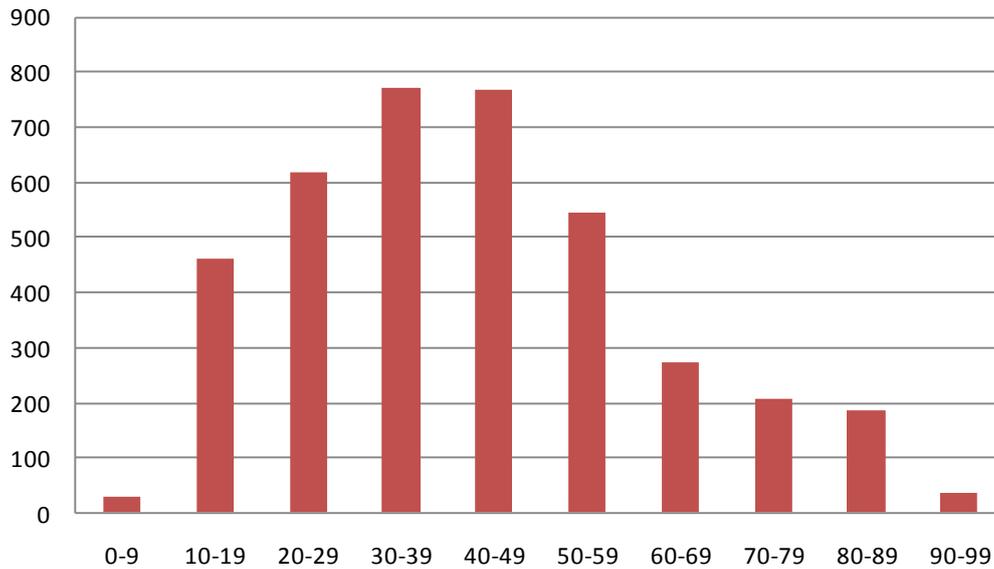
La majeure partie du collectif des patients se situe dans les tranches d'âge 20-59 et représente 70 % du collectif total de 3'898 cas et 59 % des journées. Les tranches d'âge au-delà de 60 ans représentent proportionnellement plus de journées d'hospitalisation.

---

<sup>16</sup> Les lits sont répartis de la manière suivante : psychiatrie générale (SPG) : 200 lits, Service d'addictologie : 22 lits, SPLIC : 26 lits, UPDM (Unité de psychiatrie de développement mental) : 18 lits, 32 lits de psychiatrie pénitentiaire, dont 18 lits dans l'unité Lilas, 7 lits au Seran et 7 lits à l'UHPP (Unité hospitalière de psychiatrie pénitentiaire) dans les locaux de Curabilis.

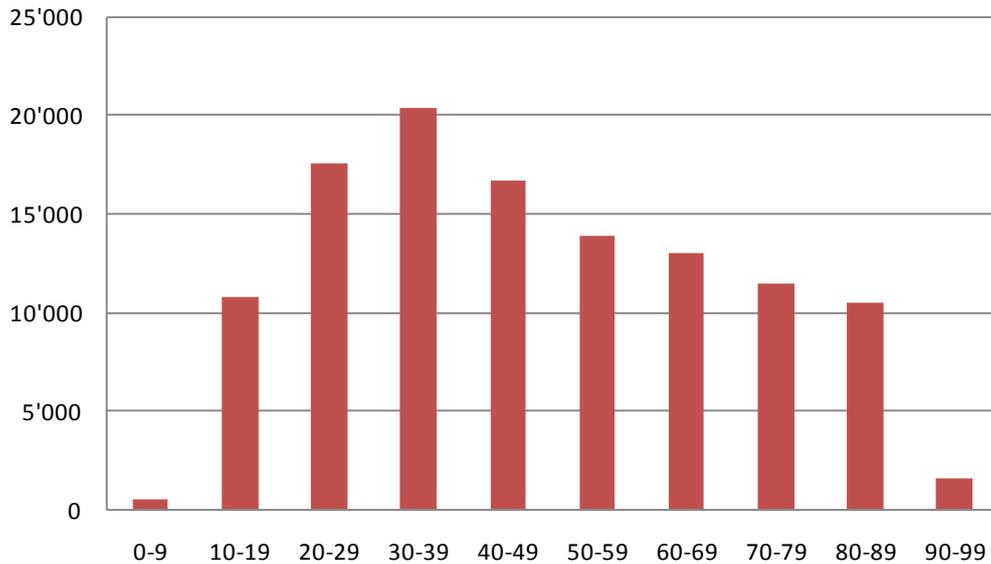
<sup>17</sup> Hors journées pénitentiaires : 104%.

**Figure 11 : Nombre de cas de psychiatrie en 2012, à Genève**  
(par tranche d'âges)



Source : HUG

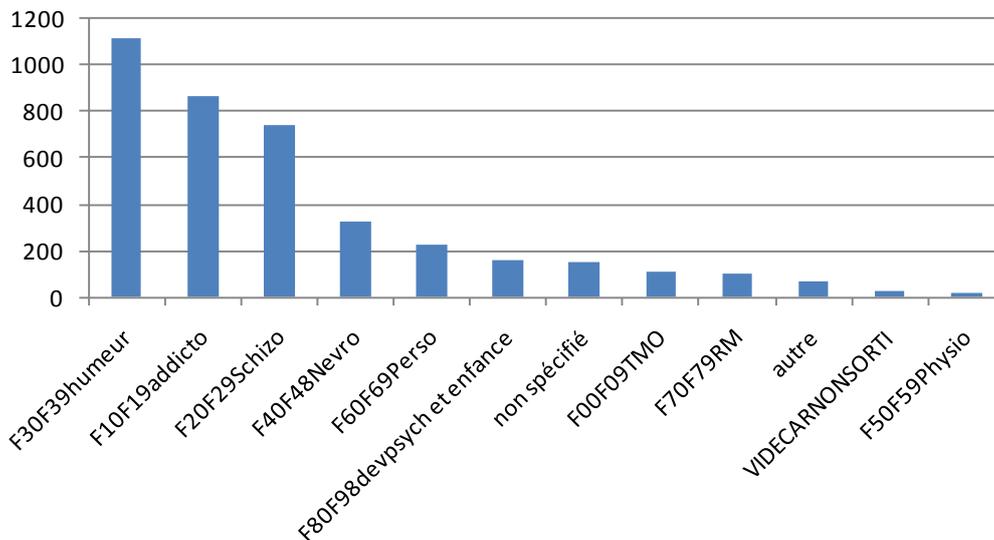
**Figure 12 : Nombre de journées psy en 2012**  
(par tranche d'âges)



Source : HUG

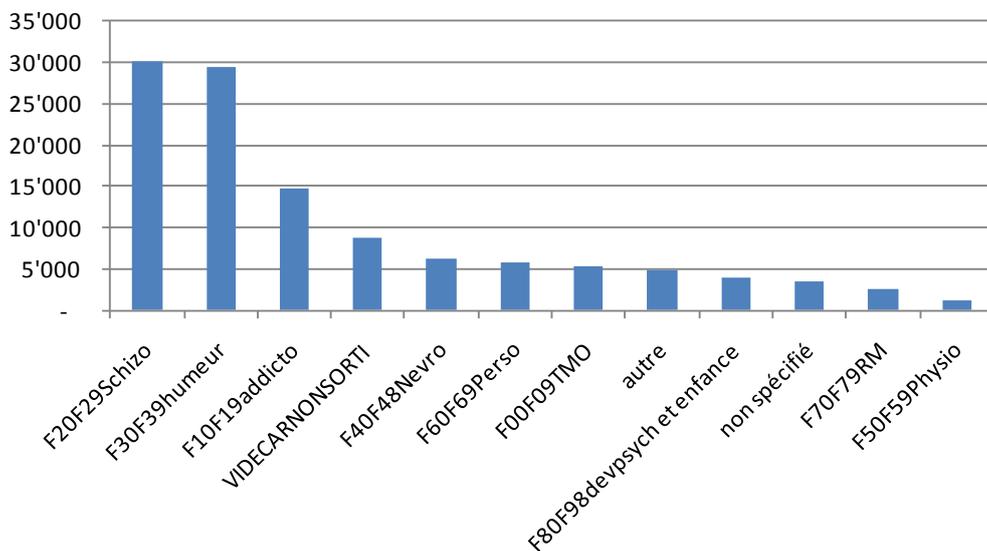
La grande majorité des cas et des journées est classée dans les groupes diagnostics troubles de l'humeur, abus de substance et schizophrénie (70 % des cas, 60 % des journées).

**Figure 13 : Nombre de cas psy en 2012**  
(par groupe diagnostique principal)



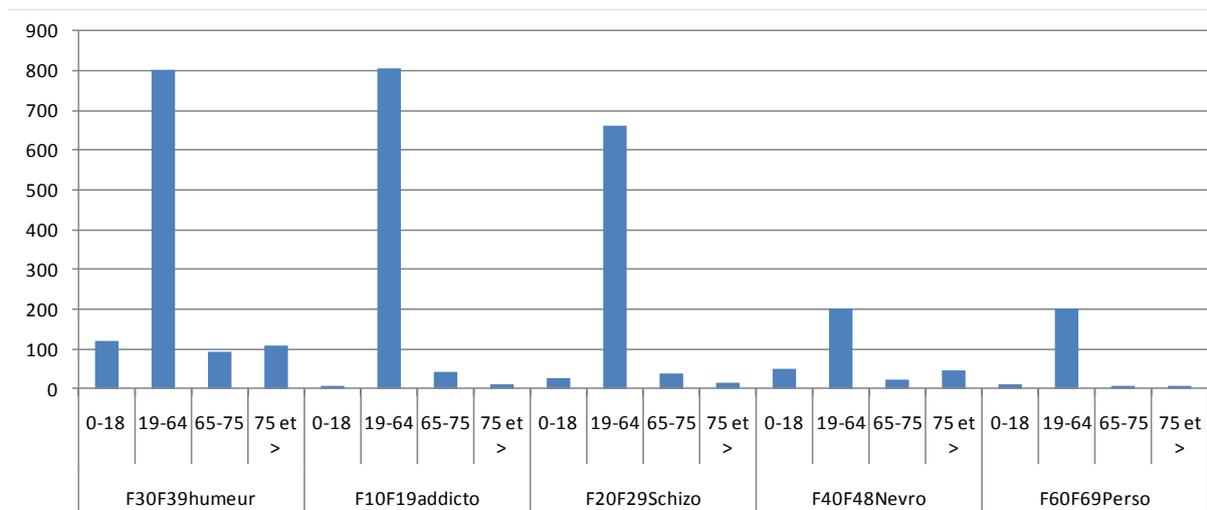
Source : HUG

**Figure 14 : Nombre de journées hospitalières psy en 2012**  
(par groupe diagnostique principal)



Source : HUG

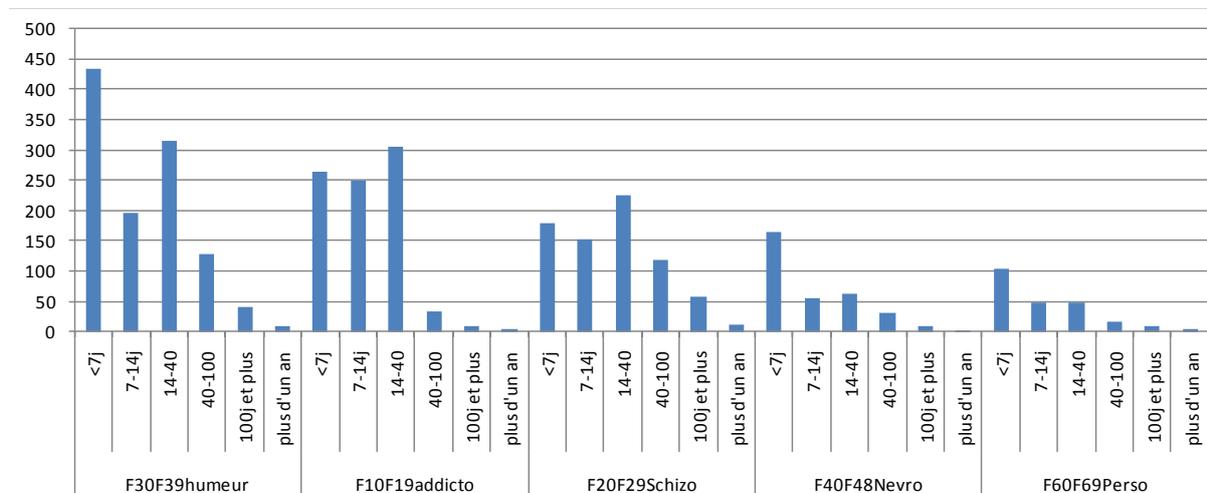
**Figure 15 : Nombre de cas psy en 2012**  
(par tranche d'âges pour les groupes diagnostics les plus représentés)



Source : HUG

Les durées de séjour varient beaucoup à l'intérieur des groupes de diagnostics, ceux-ci sont donc peu prédictifs de la durée des prises en charge.

**Figure 16 : Catégories de durée de séjours psy en 2012**  
(par groupe diagnostic, pour les groupes diagnostics les plus représentés)

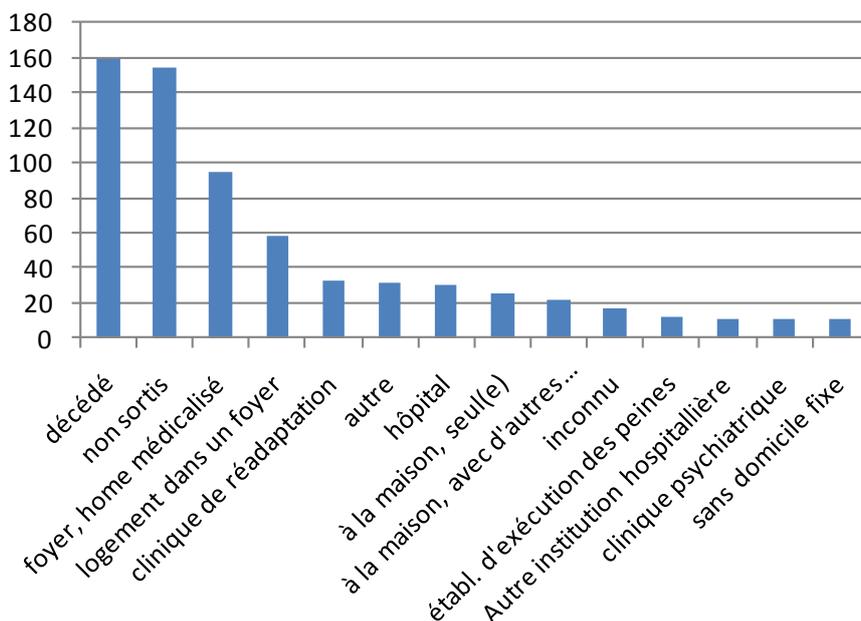


Source : HUG

Les patients qui décèdent à l'hôpital et ceux qui n'étaient pas sortis à la fin de l'année de référence 2012 ont logiquement les durées moyennes de séjour les plus longues, plus de 5 mois (28 cas sont restés hospitalisés pendant toute l'année 2012).

Les cas avec destination de sortie foyer/home médicalisé ont une DMS de 90 jours. Les cas qui rentrent à domicile ont une DMS d'environ 20 jours. Ces DMS sont relativement longues, ce qui semble confirmer un manque de solution à la sortie (nombre de places en EMS et en structures intermédiaires et prise en charge à domicile).

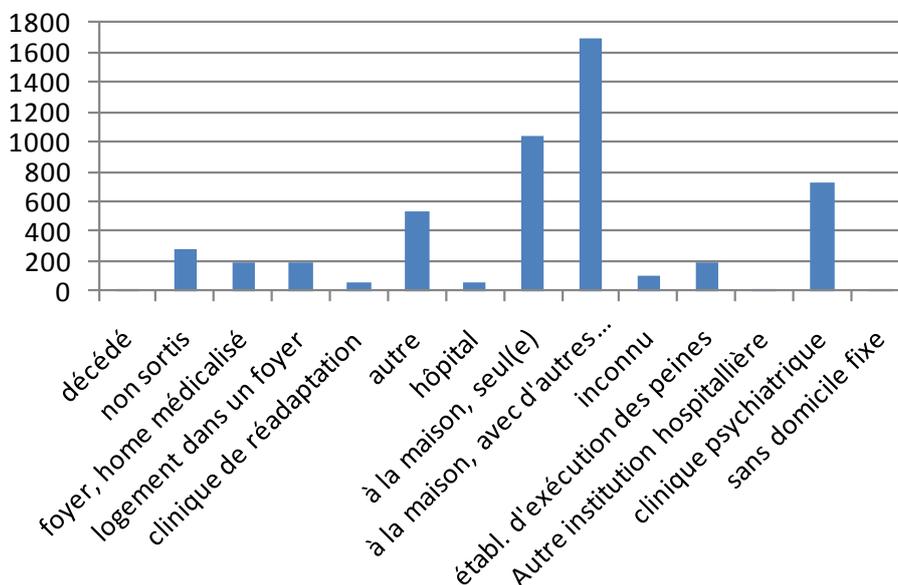
**Figure 17 : Durée moyenne de séjour (DMS) psy en 2012**  
(en fonction de la destination)



(1) Pour les cas avec séjours de plus de 365 jours, seuls 365 jours sont comptabilisés.  
Les « non sortis » sont les cas non sortis au 31.12.2012.

Source : HUG

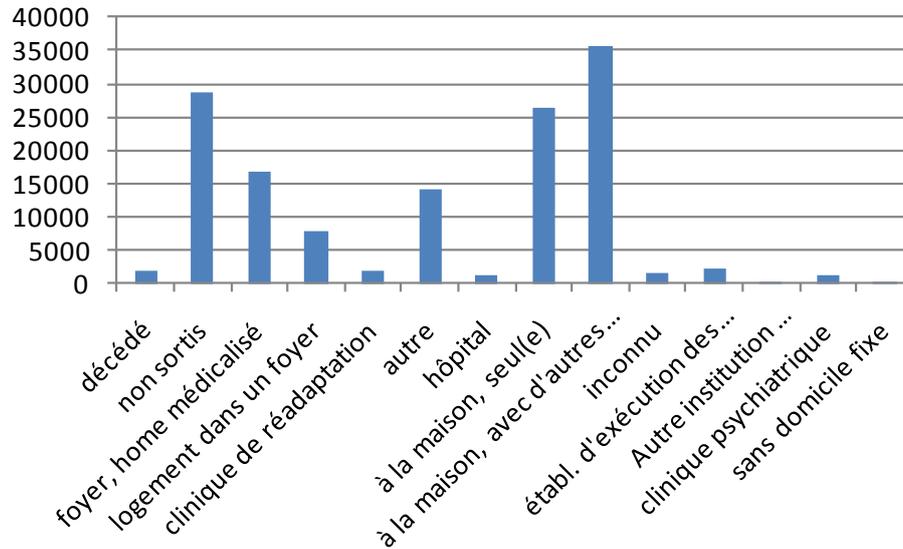
**Figure 18 : Nombre de cas psy en 2012**  
(en fonction de la destination)



(1) Pour les cas avec séjours de plus de 365 jours, seuls 365 jours sont comptabilisés.  
Les « non sortis » sont les cas non sortis au 31.12.2012.

Source : HUG

**Figure 19 : Nombre de journées psy en 2012**  
(en fonction de la destination) (1)

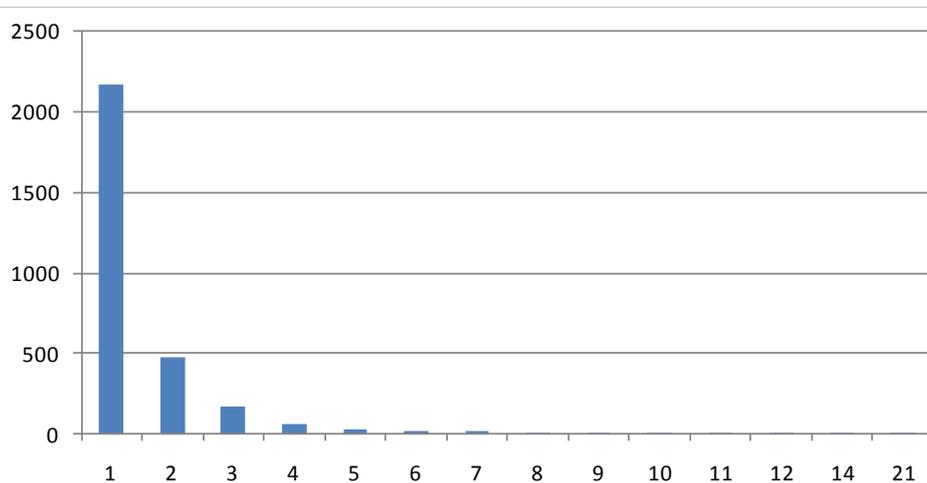


(1) Pour les cas avec séjours de plus de 365 jours, seuls 365 jours sont comptabilisés.  
Les « non sortis » sont les cas non sortis au 31.12.2012.

Source : HUG

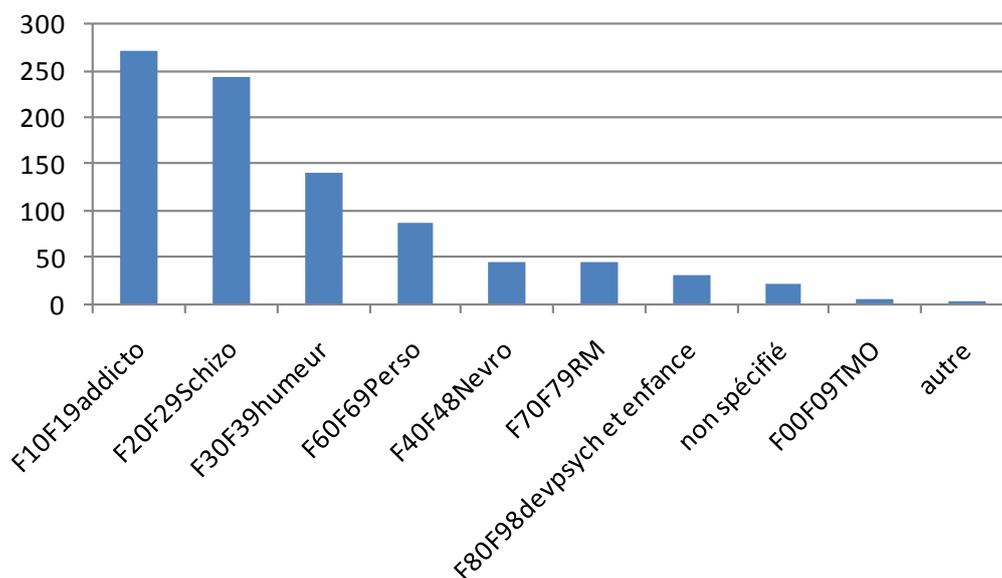
Les patients ont été répartis selon le nombre de séjours dans l'année. La majorité des patients ne font qu'un seul séjour dans l'année. Les patients des groupes abus de substance et schizophrénie sont les plus sujets à des hospitalisations répétées.

**Figure 20 : Nombre de patients psy en 2012**  
(par nombre de séjours par patient dans l'année)



Source : HUG

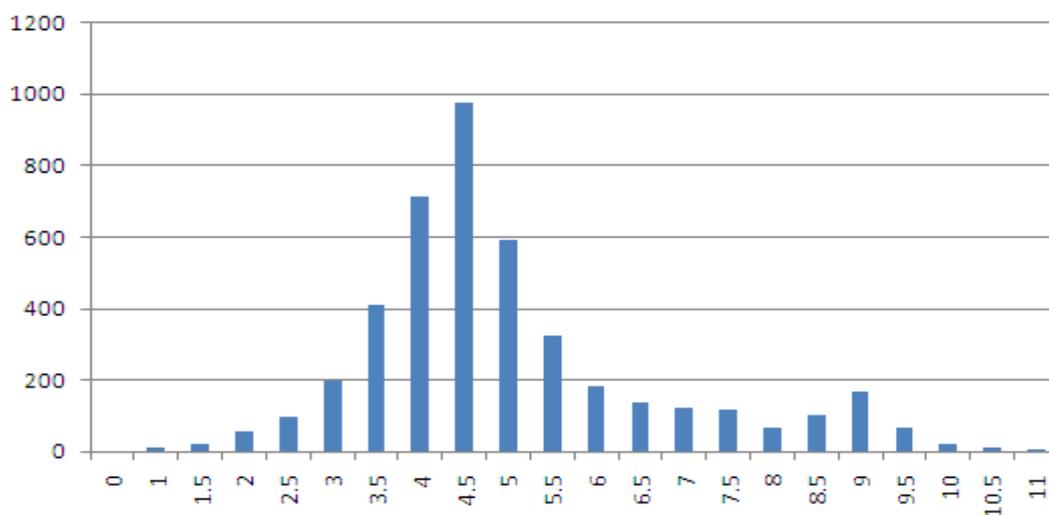
**Figure 21 : Nombre de cas psy en 2012 avec plus de 3 hospitalisations par an (par groupe de diagnostic) (1)**



(1) Tous les séjours dans l'année du patient sont comptabilisés.

Source : HUG

**Figure 22 : Nombre d'heures moyen de soins psy en 2012 (par jour selon PRN)**



Source : HUG

La mesure de la charge en soins (PRN) montre que l'intensité des soins varie beaucoup d'un patient à l'autre, de moins de 2 h de soins infirmiers journaliers à plus de 10 h (en moyenne sur le séjour).

**Tableau 14 : Moyenne d’heures de soins infirmiers psy en 2012**  
(par patient par jour, par groupe de diagnostic)

Groupe diagnostic	Moyenne d'heures de soins par jour
F50-F59 Perturbations physiologiques et facteurs physiques	6.7
F30-F39 Troubles de l humeur	5.8
F99 Trouble mental, sans précision	5.8
F40-F48Nevro	5.6
F70-F79 Retard mental	5.2
F60-F69 Troubles de la personnalité	5.1
autre	5.0
F00-F09 Troubles mentaux organiques	5.0
F80-F89 Troubles du développement	4.9
F90-F98 Troubles apparaissant durant l enfance	4.9
F20-F29 Schizophrénie	4.7
F10-F19 Utilisation de substances psychoactives	4.5
VIDE CAR NON SORTI	4.0
<b>Total général</b>	<b>5.2</b>

Source : HUG

Le groupe diagnostic dont l'intensité des soins est la plus importante est le F50-59 (perturbations physiologiques et facteurs physiques). En moyenne, tous groupes diagnostics confondus, 5.2 h de soins quotidiens sont requis en moyenne par séjour.

**b. Analyse de l'activité hospitalière – Autres hôpitaux**

Les HUG assurent la prise en charge de 95 % des cas et de 97 % des journées d'hospitalisation dans le canton, les cas restants étant pris en charge par la clinique privée Belmont.

En incluant également les hospitalisations hors du canton, les HUG totalisent 87 % du total des journées des patients genevois. Les principaux établissements hors canton dans lesquels se sont rendus les Genevois en 2012 étaient vaudois : la Clinique La Métairie SA, la Clinique La Lignière et le Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV).

**D.I.3.4. Modèles et méthode de projection**

Deux méthodes de projection ont été utilisées pour estimer les besoins. La première méthode ne tient pas compte d'une adaptation possible de l'offre en soins pendant la période de planification, alors que la seconde prévoit le développement d'alternatives à l'hospitalisation pendant cette même période. Étant donné qu'à Genève, les durées moyennes de séjour sont déjà relativement basses, en comparaison avec celles observées dans les autres cantons, l'accent a été mis sur les alternatives à l'hospitalisation (domicile, ambulatoire, structures communautaires).

## Méthode 1

Les projections des cas, des journées et des lits sont réalisées sur la base des projections démographiques, selon le scénario III établi par le canton de Genève pour l'année de base 2010 et réactualisées par l'OCSTAT pour l'année 2011. Des projections sont également réalisées pour la pédopsychiatrie (0 à 18 ans) et pour la psycho-gériatrie (plus de 65 ans).

Les hypothèses du modèle de projection sont les suivantes :

- les taux d'hospitalisation par âge demeurent constants ;
- les préférences de la population demeurent inchangées (la demande reste la même) ;
- les besoins en psychiatrie de l'année de base (2012) sont satisfaits sans sous- ni surconsommation ;
- les lits supplémentaires nécessaires ont été estimés pour un taux d'occupation cible de 95 %.

## Méthode 2

Deux scénarii alternatifs, avec modification de l'offre de prise en charge sont évalués :

- scénario alternatif 1 : offre accrue de services d'aide à domicile (SAD) et de structures communautaires ;
- scénario alternatif 2 : idem scénario 1, avec en plus une offre accrue de places en aval des soins hospitaliers.

## Caractéristiques des patients pouvant bénéficier d'une alternative à l'hospitalisation

Afin d'identifier les candidats à des alternatives à l'hospitalisation classique, des collectifs de cas ont été constitués en tenant compte, notamment, de leur durée de séjour et de leur PRN. Le tableau 15 ci-après présente les différents groupes de cas qui résultent de cette analyse.

Les candidats à des prises en charge alternatives à l'hospitalisation classique sont notamment les cas avec prises en charge légères et les courts séjours.

Les patients en attente de placement et les cas de longs séjours peu intensifs ont été identifiés comme des cas pour lesquels il manque des solutions à la sortie, c'est-à-dire des lieux de vie en aval des soins. Enfin, les hospitalisations d'un collectif de cas psycho-gériatriques ayant fait l'objet d'hospitalisations à répétition auraient pu être évitées grâce à des mesures préventives.

**Tableau 15 : Groupes de cas dont la prise en charge pourrait être adaptée par des actions concrètes et propositions d'alternative à l'hospitalisation**

Groupes : critère de sélection des cas	Alternative à l'hospitalisation
Cas avec minutes PRN (soins) < 2.5 h/jour	Soins à domicile et ambulatoire (hospitalisations potentiellement évitables)
Cas avec minutes PRN (soins) > 2.5 h et < 3.5 h/jour ET durée de séjour < 10 jours	Soins à domicile et ambulatoire (hospitalisations potentiellement évitables)
Patients psy-gériatrique, à domicile avec > 1 hosp/an	Soins à domicile et ambulatoire pour prévenir les hospitalisations
Cas avec PRN < 3.5 h et séjours > 10 j et < 100 jours	Structure communautaire

Patients en attente de placement et patients avec séjours > 100 jours	Structures en aval des soins/lieux de vie (structure intermédiaire)
---	---

À noter que les cas judiciaires qui entrent dans les critères ci-dessus ont été exclus. Pour les patients « en attente de placement », seule la partie du séjour correspondante a été exclue.

Les cas, les journées, les durées de séjour et les lits correspondant aux différentes alternatives à l'hospitalisation dont pourraient bénéficier les groupes présentés dans le tableau 15 ont ensuite été calculés.

Pour sortir ces cas de l'hôpital psychiatrique classique, il faudrait en conséquence adapter l'offre de la manière suivante :

- 32 lits dans des structures communautaires (hébergement protégé, avec un suivi ambulatoire pendant la journée) ;
- 33 lits de structure intermédiaire en aval (lieux de vie) pour patients avec difficultés de sortie ;
- 6 à 8 lits remplacés par des soins à domicile pour les cas du groupe « hospitalisation potentiellement évitable ». En multipliant le nombre d'heures de soins PRN moyen journalier (2.5 heures) de ces patients par le nombre de journées d'hospitalisation concernées (2'133), on obtient un volume de 5'432 heures de soins à domicile. Ce chiffre doit cependant être affiné, tant sur le plan des prestations que du volume requis.

### Autres groupes de cas

- judiciaire (psychiatrie pénitentiaire et articles 59-64 du code pénal suisse) ;
- patients chroniques (> 3 hosp par an) ;
- courts séjours (< 7 j), PRN > 3.5 h par jour, non chroniques ;
- autres séjours 7-14 j ;
- autres séjours 15-40 j ;
- autres séjours 40-100 j ;
- très longs séjours > 100 j PRN > 3.5 h par jour.

Ces groupes de cas ont été créés comme alternatives aux groupements par diagnostics. Ils ont pour objectif une meilleure compréhension des collectifs, mais aucun changement de pratique n'a été identifié ou simulé pour ces groupes.

Bien que les patients chroniques pourraient bénéficier d'une meilleure prise en charge, notamment grâce à des mesures de réhabilitation et de réinsertion, aucune hypothèse n'a pu être retenue pour faire des simulations.

En ce qui concerne les cas judiciaires, la décision d'hospitalisation n'est pas prise à l'hôpital. Cependant, vu l'augmentation du nombre de cas constatée depuis 2010 et afin de projeter adéquatement l'offre d'accueil de ces cas, ils devraient faire l'objet d'une analyse séparée dans les années à venir.

### D.1.3.5. Évaluation des besoins : résultats des projections

Les besoins estimés, en termes de cas, de journées et de lits, sont présentés dans les tableaux 16 à 18 par groupe de diagnostics.

### **Résultats de la méthode 1**

Pour faire face à l'augmentation des besoins liée à l'évolution démographique sur la période 2015-2019, l'ouverture progressive de 16 lits supplémentaires serait nécessaire (aucun lit en pédopsychiatrie, 7 lits en psycho-gériatrie et 9 lits en psychiatrie adulte).

Toutefois, le manque actuel pour une réponse optimale aux besoins peut être évalué à environ 25 lits. Ainsi, le nombre de lits nécessaires à l'horizon 2019 serait de 41 lits supplémentaires.

**Tableau 16 : Projection du nombre de cas, des journées et de lits psy entre 2015 et 2019**  
(pour tout le collectif de patients genevois)

	2012		2015		2019		JH vs 2015	Lits vs 2015
	Cas	JH	Cas	JH	Cas	JH		
<b>Total psychiatrie genevois</b>	<b>4'409</b>	<b>134'400</b>	<b>4'520</b>	<b>138'256</b>	<b>4'655</b>	<b>143'650</b>	4%	16
F30-F39 Troubles de l humeur	1'346	37'260	1'388	38'459	1'438	40'233	5%	5
F10-F19 Utilisation de substances psychoactives	933	16'296	951	16'703	975	17'178	3%	1
F20-F29 Schizophrénie	764	30'776	777	31'365	793	32'224	3%	2
F40-F48 Troubles névrotiques...	363	6'936	373	7'197	385	7'537	5%	1
F60-F69 Troubles de la personnalité	357	12'139	366	12'380	373	12'696	3%	1
F99 Trouble mental, sans précision	148	3'411	151	3'419	155	3'612	6%	1
Non renseigné car non sorti	24	8'760	25	9'008	25	9'251	3%	1
F90-F98 Troubles apparaissant durant l enfance	128	2'947	129	2'973	130	3'041	2%	0
F00-F09 Troubles mentaux organiques	116	5'529	124	5'978	135	6'475	8%	1
F70-F79 Retard mental	99	2'643	101	2'688	102	2'747	2%	0
autre	67	4'962	71	5'274	78	5'821	10%	2
F80-F89 Troubles du développement	37	1'030	37	1'051	38	1'060	1%	0
F50-F59 Perturbations physiologiques et facteurs physiques	27	1'711	27	1'761	28	1'776	1%	0

Les chiffres arrondis ne sont en principe pas ajustés, si bien que leur somme peut ne pas correspondre exactement au total ou aux totaux inscrits dans le tableau.

Source : HUG / DGS

Entre 2015 (138'256 journées) et 2019 (143'650 journées), on observe une augmentation de 5'394 journées. Ainsi, sur la période 2016-2019, l'accroissement annuel moyen sera de 0.96 %, soit 1'349 journées par an. Exprimée en lits occupés à 95%, cette augmentation représente 4 lits par an, comme c'était également le cas entre 2012 et 2015.

**Tableau 17 : Projection du nombre de cas, des journées et de lits psy entre 2015 et 2019**  
(pour tout le collectif de patients genevois 0-18 ans)

	2012		2015		2019		JH vs 2015	Lits vs 2015
	Cas	JH	Cas	JH	Cas	JH		
<b>Total psychiatrie genevois (&lt;18 ANS)</b>	<b>445</b>	<b>11'009</b>	<b>448</b>	<b>11'094</b>	<b>452</b>	<b>11'199</b>	1%	0
F30-F39 Troubles de l humeur	123	2'073	125	2'110	125	2'124	1%	0
F90-F98 Troubles apparaissant durant l enfance	122	2'491	122	2'492	124	2'532	2%	0
F40-F48 Troubles névrotiques...	51	649	52	656	51	652	-1%	0
F99 Trouble mental, sans précision	42	570	42	568	42	579	2%	0
F20-F29 Schizophrénie	26	1'125	26	1'127	27	1'134	1%	0
F80-F89 Troubles du développement	25	827	25	841	25	839	0%	0
F70-F79 Retard mental	14	401	14	401	14	409	2%	0
F60-F69 Troubles de la personnalité	20	1'578	20	1'578	20	1'597	1%	0
F50-F59 Perturbations physiologiques et facteurs physiques	10	899	10	928	10	930	0%	0
F10-F19 Utilisation de substances psychoactives	6	69	6	69	6	70	2%	0
autre	6	327	6	323	6	332	3%	0

Les chiffres arrondis ne sont en principe pas ajustés, si bien que leur somme peut ne pas correspondre exactement au total ou aux totaux inscrits dans le tableau.

Source : HUG / DGS

**Tableau 18 : Projection du nombre de cas, de journées et de lits psy entre 2015 et 2019**  
(pour tout le collectif de patients genevois >=65 ans)

	2012		2015		2019		JH vs 2015	Lits vs 2015
	Cas	JH	Cas	JH	Cas	JH		
<b>Total psychiatrie genevois</b>	<b>657</b>	<b>33'614</b>	<b>692</b>	<b>35'493</b>	<b>733</b>	<b>37'754</b>	6%	7
F30-F39 Troubles de l humeur	260	13'224	274	13'779	288	14'519	5%	2
F00-F09 Troubles mentaux organiques	97	5'201	104	5'641	115	6'134	9%	1
F40-F48 Troubles névrotiques...	81	2'672	85	2'825	91	3'046	8%	1
F10-F19 Utilisation de substances psychoactives	70	2'137	71	2'208	72	2'252	2%	0
F20-F29 Schizophrénie	57	2'544	59	2'714	60	2'812	4%	0
autre	44	4'067	48	4'404	54	4'939	12%	2
F99 Trouble mental, sans précision	24	1'147	25	1'150	27	1'255	9%	0
F60-F69 Troubles de la personnalité	17	657	18	692	19	709	2%	0
Non renseigné car non sorti	5	1'825	5	1'932	5	1'940	0%	0
F70-F79 Retard mental	1	78	1	79	1	71	-10%	0
F50-F59 Perturbations physiologiques et facteurs physiques	1	62	1	68	1	75	11%	0
F90-F98 Troubles apparaissant durant l enfance	-	-	-	-	-	-		0
F80-F89 Troubles du développement	-	-	-	-	-	-		0

Les chiffres arrondis ne sont en principe pas ajustés, si bien que leur somme peut ne pas correspondre exactement au total ou aux totaux inscrits dans le tableau.

**Source :** HUG / DGS

## Résultats de la méthode 2

### Scénario alternatif 1

Ce scénario, qui prévoit une augmentation des heures de soins à domicile (+5'543 heures) et des lits dans des « structures communautaires » (+32 lits), permettrait d'éviter la hausse de 16 lits liée à l'effet démographique, et en plus de réduire de 28 lits, occupés à 95 %, l'offre en lits hospitaliers classiques par rapport à l'année 2015 (voir tableau 19 ci-dessous). Compte tenu de la nécessité de garder 25 lits pour résoudre la surcharge du site de Belle-Idée, le besoin total diminuerait donc de 3 lits par rapport à 2015.

### Scénario alternatif 2

En sortant les patients en attente de placement et les longs séjours peu intenses, ce scénario permettrait d'éviter la hausse de 16 lits liée à l'effet démographique, et en plus de réduire de 63 lits, occupés à 95 %, l'offre en lits hospitaliers classiques par rapport à l'année 2015. Cependant, la nécessité de garder 25 lits pour résoudre la surcharge du site de Belle-Idée, implique que le besoin total diminuerait de 38 lits par rapport à 2015.

**Tableau 19 : Projections du nombre de cas, de journées et impact sur le nombre lits requis selon trois scénarii**

	Scénario de base			Scénario alternatif 1			Scénario alternatif 2		
	Cas	Jours	Lits	Cas	Jours	Lits	Cas	Jours	Lits
<b>2012</b>	4'409	134'400		4'409	134'400		4'409	134'400	
<b>2015</b>	4'520	138'256		4'520	138'256		4'520	138'256	
<b>2019</b>	4'655	143'650		3'999	128'611		3'911	116'513	
<b>2012-2019</b>	246	+9'250	+27	-410	-5'789	-17	-498	-17'888	-52
<b>2015-2019</b>	135	+5'394	+16	-521	-9'645	-28	-609	-21'744	-63

Source : HUG / DGS

### **D.1.3.6. Mesures permettant de réduire le besoin**

À court terme, il s'agirait de :

- développer les soins à domicile comme alternative à l'hospitalisation et aussi dans un objectif de prévention, sachant que le dispositif de maintien à domicile n'a pas encore pris le virage de la psychiatrie ambulatoire en termes de formation ;
- développer des prestations d'équipe mobile 24 h / 24 afin de mieux répondre à la demande des patients en crise et dans l'urgence pour prévenir des hospitalisations évitables et maintenir le patient dans son milieu communautaire ;
- travailler sur les processus de prise en charge à l'admission et coordonner les sorties au niveau du réseau communautaire existant ;
- favoriser les collaborations entre l'hôpital et les psychiatres de ville afin d'assurer la continuité des soins (transition ville-hôpital) ;
- créer un observatoire sous forme d'une commission réunissant les différents acteurs du canton, dont l'objectif sera de vérifier l'adéquation des dispositifs de soins et les tendances de recours de la population aux soins psychiatriques ;
- revoir les critères d'admission en EMS : éventuellement augmenter le prérequis d'une à deux classes PLAISIR (Planification informatisée des soins infirmiers requis) afin d'aider à mieux placer les patients dans des structures adaptées à leurs besoins

(garder les patients les plus légers à domicile). À l'heure actuelle, la classe minimale actuelle est la classe 2 ;

- traiter séparément la psychiatrie judiciaire : une analyse des besoins est nécessaire avant d'envisager la création d'une éventuelle unité pour cette population.

A plus long terme :

- ouvrir des lits dans des structures communautaires (offrant une surveillance soignante ou socio-éducative de nuit) qui pourraient se substituer aux lits hospitaliers (ouverture progressive de 30 lits et réévaluation périodique de leur impact) ;
- augmenter l'offre d'hébergements protégés et standards pour assurer un flux régulier des entrées et sorties de l'hôpital psychiatrique ;
- augmenter la proportion de lits d'EMS spécialisés dans la psycho-gériatrie, de type Méridienne (environ 30 lits). De plus, le système de facturation PLAISIR devrait être adapté afin d'augmenter l'intérêt pour les EMS de se spécialiser en psycho-gériatrie ;
- développer une offre intermédiaire entre l'EMS et le domicile, de type IEPA ;
- faire une analyse des besoins et une analyse du système de santé mentale genevois ainsi que de l'organisation des soins avec les outils de l'OMS, en particulier WHO-AIMS (Assessment Instrument for Mental Health Systems).

#### **D.1.3.7. Conclusion et mesures proposées**

La méthodologie utilisée permet de ressortir des informations quantitatives utiles pour la période de planification considérée. Cependant, l'évolution du nombre de cas psychiatriques dépend fortement de l'évolution du contexte social, surtout pour les enfants, et les changements restent difficiles à anticiper.

Sans modification de l'offre et des pratiques de prise en charge, il faudrait 41 lits supplémentaires d'ici 2019. Au-delà de ce scénario de référence, deux scénarii supplémentaires prévoyant des alternatives à l'hospitalisation permettraient au contraire de réduire, respectivement, de 3 ou 38 lits les besoins par rapport à 2015. Les mesures envisagées pour réduire le besoin en lits sont en cohérence avec les recommandations de l'OMS, qui plaident pour diminuer la psychiatrie hospitalière, développer des structures résidentielles communautaires et renforcer les dispositifs ambulatoires. En complément aux mesures proposées, le canton a également conclu un mandat de prestations avec la clinique privée vaudoise La Métairie afin de compléter l'offre genevoise.

Le champ de la planification de la psychiatrie doit être compris dans un continuum allant de la santé mentale à la psychiatrie hospitalière, en passant par les soins primaires et la psychiatrie ambulatoire. Les mesures décrites ci-dessus devraient permettre d'éviter l'ouverture de nouveaux lits d'hospitalisation classique et même d'en fermer. Il faudra cependant s'assurer de la mise en œuvre de ces mesures avant de fermer des lits.

## **D.I.4. Hospitalisations extra-cantoniales**

### **En bref**

#### **Projeté-réalisé**

L'activité réalisée en 2012 dépasse les prévisions de 1.5% pour les journées et de 9.3% pour les cas, des écarts qui peuvent s'expliquer par l'introduction du libre choix du patient en 2012.

#### **Données utilisées**

Les données utilisées sont celles de la statistique médicale des hôpitaux.

#### **Modèles et méthodes de projection**

La méthode de projection se base sur le scénario démographique de l'« engagement transfrontalier ».

#### **Projections**

Entre 2015 (3'339 cas) et 2019 (3'533 cas), une augmentation de 194 cas est projetée. L'accroissement annuel moyen sur la période de planification sera de 1.41 %, soit environ 48 cas par an.

La marge d'erreur est toutefois plus importante que pour les autres sections, en particulier dans les domaines de la psychiatrie et de la réadaptation, en raison de la surcharge de certaines structures hospitalières genevoises et de prestations non-disponibles dans le canton (réadaptation cardio-vasculaire hospitalière et prestations de la médecine hautement spécialisée).

#### **Mesures proposées pour augmenter l'efficacité de la réponse aux besoins**

Le canton de Genève souhaite poursuivre la collaboration avec le canton de Vaud, dans le cadre d'un partenariat visant à simplifier les modalités de financement et de gestion des flux de patients entre les deux cantons. Par ailleurs, un mandat de prestations a été confié à la Métairie en 2015 pour compléter l'offre genevoise.

### **D.I.4.1. Contexte**

En 2012, 95 % des patients genevois ont été soignés dans un établissement cantonal. Les 5 % restants ont été hospitalisés dans des établissements extra-cantonaux, soit pour des raisons médicales, soit en vertu du libre choix. Cela représente environ 3'200 cas et 38'000 journées d'hospitalisation.

La plupart des Genevois hospitalisés hors canton l'ont été dans des établissements géographiquement proches, comme le groupement hospitalier de l'ouest lémanique (GHOL de Nyon), le CHUV, les cliniques de La Lignière et de la Métairie.

Le principe du libre choix de l'hôpital a introduit une incertitude supplémentaire en matière de prévisions, puisque tout patient est susceptible de choisir un hôpital situé hors de son canton, pour autant que cet hôpital figure sur la liste hospitalière du canton où il est situé et

que la prestation entre dans le cadre du mandat octroyé par ce canton. Prédire l'évolution des flux extra-cantonaux dans les prochaines années constitue donc un exercice difficile.

Dans le domaine des soins somatiques aigus, le canton de Genève dispose d'une infrastructure suffisante et de qualité pour répondre au besoin. En principe, les effets du libre choix ne devraient pas bouleverser le recours observé ces dernières années et une augmentation linéaire devrait être observée, en lien avec l'évolution démographique de la population.

Dans les autres domaines (psychiatrie et surtout réadaptation et gériatrie), comme constaté dans les chapitres correspondants, les structures disponibles dans le canton sont saturées. Sans la mise en place de mesures pour remédier à ce problème, les patients concernés pourraient devoir faire appel de manière accrue à des structures hospitalières situées hors du canton de Genève en raison du manque de places disponibles. Le taux de recours à des établissements extra-cantonaux pourrait donc augmenter davantage que la simple évolution démographique de la population ne le laisse supposer.

#### D.1.4.2. Projeté-réalisé

Avec 3'260 cas et 38'000 journées d'hospitalisation extra-cantonaux, l'activité réalisée en 2012 est supérieure aux résultats des projections effectuées pour cette même année. En effet, les valeurs projetées 2012 étaient de 2'927 cas et de 37'456 journées.

Les écarts constatés sont donc de +9.3 % pour les cas et de +1.5 % pour les journées. Compte tenu des incertitudes liées à l'introduction du libre choix en 2012, ces différences sont acceptables. Il n'y a pas eu de bouleversements majeurs en termes de journées, mais les cas ont augmenté plus que prévu, tous domaines confondus (somatique, psychiatrique, réadaptation et gériatrie).

#### D.1.4.3. Données utilisées

Les données utilisées sont les mêmes que celles utilisées dans les précédents chapitres, à savoir celles de la statistique médicale des hôpitaux.

#### D.1.4.4. Modèles et méthode de projection

La méthode de projection est la même que celle utilisée dans les sections précédentes.

#### D.1.4.5. Évaluation des besoins : résultats des projections

**Tableau 20 : Besoins en soins extra-cantonaux, de 2012 à 2020**

Année		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Soins somatiques aigus</b>	<b>Cas</b>	2'097	2'128	2'106	2'123	2'173	2'195	2'225	2'245
<b>Soins de réadaptation et de gériatrie</b>	<b>Cas</b>	784	796	809	822	835	848	862	875
<b>Soins de psychiatrie</b>	<b>Cas</b>	382	386	390	395	399	403	408	412
<b>Total</b>	<b>Cas</b>	<b>3'263</b>	<b>3'311</b>	<b>3'305</b>	<b>3'339</b>	<b>3'407</b>	<b>3'447</b>	<b>3'495</b>	<b>3'533</b>
<b>Soins de réadaptation et de gériatrie</b>	<b>Jours</b>	16'177	16'282	16'388	16'495	16'602	16'710	16'818	16'928
<b>Soins de psychiatrie</b>	<b>Jours</b>	11'704	11'746	11'788	11'831	11'873	11'916	11'959	12'002

Source : HUG / DGS

Sur la base de l'évolution démographique, le calcul de l'accroissement moyen des besoins en soins extra-cantonaux donne des résultats comparables à ceux observés dans les parties précédentes de ce chapitre. Cela étant, la marge d'erreur de ces prévisions est plus importante. D'une part, le nombre de cas extra-cantonaux est faible et, d'autre part, il dépend de variables difficilement modélisables.

Entre 2015 (3'339 cas) et 2019 (3'533 cas), on observe une augmentation de 194 cas. Ainsi, sur la période 2016-2019, l'accroissement annuel moyen sera de 1.41 %, soit environ 48 cas par an.

#### D.I.4.6. Conclusion et mesures proposées

Compte tenu de ce qui précède, il faut apprécier avec prudence les projections réalisées, particulièrement dans les domaines de la psychiatrie et de la réadaptation. Des augmentations plus importantes que prévu pourraient y être enregistrées en raison de la surcharge de certaines structures hospitalières genevoises. Cela étant, l'offre genevoise a été complétée, dans le domaine de la psychiatrie, par un mandat de prestations confié à la clinique vaudoise La Métairie. La clinique vaudoise La Lignière et les établissements publics vaudois viennent également s'ajouter au dispositif de soins genevois. En effet, en vertu du libre choix et du fait de prestations non disponibles (réadaptation cardio-vasculaire hospitalière et prestations de la médecine hautement spécialisée) dans le canton, les patients genevois ont accès à ces hôpitaux. Par ailleurs, le canton de Genève souhaite poursuivre la collaboration avec son partenaire vaudois, dans le cadre d'un partenariat simplifiant la tarification ainsi que les flux de patients entre les deux cantons.

#### D.I.5. Récapitulatif chiffré de la planification hospitalière

Les augmentations projetées sans mesures additionnelles, par type de soins, sont résumées dans le tableau 21.

**Tableau 21 : Planification hospitalière : synthèse des besoins**

		2015	2019	Différence en nb	Différence en %	Accroissement annuel en %
<b>Somatiques aigus</b>	<b>Cas</b>	51'543	54'185	2'642	5.13%	<b>1.26%</b>
<b>Réadaptation et gériatrie</b>	<b>Jours</b>	353'757	385'906	32'149	9.09%	<b>2.20%</b>
<b>Psychiatrie</b>	<b>Jours</b>	138'256	143'650	5'394	3.90%	<b>0.96%</b>
<b>Extra-cantonal</b>	<b>Cas</b>	3'339	3'533	194	5.81%	<b>1.41%</b>

Source : HUG / DGS

## **D.II. Planification médico-sociale**



## **D.II.1. Établissements médico- sociaux**

## D.II. Planification médico-sociale

### D.II.1. Établissements médico-sociaux

#### En bref

#### Projeté-réalisé

A fin 2012, le canton comptait 3'745 lits, soit 2 % de moins (86 lits) que le nombre planifié (3'831 lits). Cela représente l'équivalent d'un EMS. L'ouverture prévue de plusieurs EMS dès fin 2017 devrait combler cette différence.

Globalement les listes d'attente pour l'admission en EMS, bien qu'importantes, se sont réduites au cours des années, et ce malgré le fait que tous les immeubles avec encadrement de personnes âgées (IEPA) n'ont pu être réalisés.

#### Données utilisées

Les données utilisées pour estimer les besoins en lits d'EMS sont les statistiques fédérales des institutions médico-sociales (SOMED) 2012 et les données de l'Enquête suisse sur la santé (ESS) 2007 (OFS, 2009), portant sur les cinq activités de la vie quotidienne permettant de mesurer la dépendance (Activity of Daily Living, ADL).

#### Modèles et méthodes de projection

La méthode de projection est le résultat de quatre estimations successives :

- le population cantonale de 65 ans ou plus, selon l'âge et le sexe ;
- le nombre de personnes dépendantes dans le canton, au moyen du taux de soins suisse, selon l'âge et le sexe ;
- la part des personnes âgées dépendantes en institution dans le canton pour l'année de référence ;
- le besoin en lits d'EMS dans le canton.

#### Projections

Selon le scénario 3 retenu (augmentation des soins ambulatoires et expansion de la morbidité) mis en évidence dans le tableau ci-dessous, le besoin en lits d'EMS devrait croître de 17.7 % sur la période 2012-2020, passant de 3'573 à 4'207 unités.

#### EMS : comparaison des projections ancien rapport et nouvelles estimations

Années démographiques	Ancien rapport		Nouvelles estimations				
	Besoins en lit (selon hypothèses)	Résultats ajustés avec effectif réseau de soins	Lits		Résultats (Scénario 3)	Différence 1	Besoin réel ajustés
			occupés / disponibles	occupés / disponibles			
1	2	3	3bis	4	4.2	4.3bis	
2012	3'831	3'831	3'745	3'745	3'573	-258	-72
2013	3'765	3'831	3'770	3'670	3'622	-288	-18
2014	3'863	3'831	3'822	3'722	3'732	-280	10
2015	3'979	3'831	3'815	3'715	3'811	-142	96
2016	4'094	3'831	3'873	3'873	3'880	-65	12
2017	4'225	3'831	4'101	4'001	3'969	11	-32
2018	4'363	3'831	4'101	4'001	4'049	88	48
2019	4'483	3'831	4'101	4'001	4'128	168	127
2020	4'621	3'831	4'101	4'001	4'207	242	206

Ces chiffres sont notamment le résultat de l'augmentation importante des personnes âgées de 80 ans ou plus, puisque près de 80 % des clients genevois en EMS appartiennent à cette classe d'âge.

### **Mesures proposées pour augmenter l'efficacité de la réponse aux besoins**

Intégrant l'évolution de la démographie et l'augmentation de la morbidité, la nouvelle estimation (+ 79 lits/an) indique un besoin en lits plus important que prévu lors du précédent exercice de planification. Cependant, jusqu'en 2019, le déficit projeté en lits d'EMS reste modéré et devrait être compensé par un renforcement du maintien à domicile. En tenant compte des lits disponibles et des constructions prévues, le besoin net est de 127 lits supplémentaires en 2019 et il augmente l'année suivante. Par conséquent, il faut envisager dès à présent la création de nouveaux lits d'EMS pour la prochaine décennie.

#### **D.II.1.1. Contexte**

Ce chapitre a pour but de fournir des bases statistiques à la planification du besoin en lits d'établissements médico-sociaux (EMS) dans le canton de Genève. Il comprend trois parties :

- une comparaison entre le besoin en lits estimé et l'offre dans le canton de Genève pour l'année de référence (2012) ;
- une partie méthodologique qui présente de façon détaillée la méthode utilisée pour estimer l'évolution du besoin en lits d'EMS pour le canton de Genève ;
- une partie empirique, qui regroupe une série de projections du besoin en lits d'EMS pour le canton, sur la période 2012-2020.

#### **D.II.1.2. Projeté-réalisé**

Fin 2012, on dénombrait 3'745 lits dans le canton, soit 2 % de moins (86 lits) que le nombre planifié<sup>18</sup> (3'831 lits). Cela représente l'équivalent d'un EMS.

Par rapport aux précédentes projections, cette différence devrait être comblée dès 2017 avec l'ouverture de plusieurs EMS (La Plaine, Coccinelle, Sécheron). Quand bien même le nombre de personnes hospitalisées et en attente d'un placement en EMS reste important, on relève que les listes d'attente des inscriptions en EMS se sont réduites.

Parallèlement, les immeubles avec encadrement pour personnes âgées (IEPA) prévus pour atténuer le besoin en lits d'EMS n'ont pas pu être tous réalisés, ces constructions dépendant souvent d'acteurs privés.

#### **D.II.1.3. Données utilisées**

Les données utilisées pour estimer les besoins en lits d'EMS sont les statistiques fédérales des institutions médico-sociales (SOMED) 2012 et les données de l'Enquête suisse sur la santé (ESS) 2007 (OFS, 2009) portant sur les cinq activités de la vie quotidienne permettant de mesurer la dépendance (Activity of Daily Living, ADL).

#### **D.II.1.4. Modèles et méthode de projection**

Pour déterminer les besoins en lits d'EMS, il faut préalablement connaître le nombre de personnes de plus de 65 ans dépendantes de soins. La méthode de projection comporte quatre étapes principales :

<sup>18</sup> **Source** : Rapport planification 2010-2020, novembre 2009 (avec effet réseau de soins).

- estimation de la population cantonale de 65 ans ou plus, selon l'âge et le sexe ;
- estimation du nombre de personnes dépendantes dans le canton, au moyen du taux de soins suisse, selon l'âge et le sexe ;
- estimation de la part des personnes âgées dépendantes en institution dans le canton pour l'année de référence ;
- estimation du besoin en lits d'EMS dans le canton.

**a. Estimation de la population cantonale de 65 ans ou plus, selon l'âge et le sexe**

Comme mentionné dans le chapitre concernant la démographie, la population du canton de Genève continuera d'augmenter ces prochaines années. Si les effets du vieillissement de la population se font déjà sentir, il faut noter que l'accroissement sur la période 2012-2035 des personnes de plus de 65 ans sera d'environ 50 %. Plus spécifiquement, la population des personnes âgées de 65 à 79 ans augmentera d'environ 40 %, alors que les personnes âgées de 80 ans ou plus connaîtront une croissance de plus de 80 %.

Le nombre de personnes de 80 ans va donc presque doubler d'ici 2035. Ce constat est central pour la planification du besoin en lits d'EMS, puisque près de 80 % des résidents d'EMS originaires du canton de Genève se situent dans cette catégorie d'âge. Cette évolution démographique aura donc un impact majeur sur la demande en matière de soins en institution. Les enjeux liés au vieillissement sont donc importants quel que soit le scénario démographique retenu.

**b. Estimation du taux de soins dans la population**

Le taux de soins exprime la proportion de personnes tributaires de soins âgées de 65 ans ou plus dans le canton de Genève. Cette proportion se calcule à partir de deux populations distinctes : la population vivant à domicile et la population résidant dans des institutions pour personnes âgées. En additionnant les personnes dépendantes au sein de ces deux populations et en divisant cette somme par la population totale du canton, il est alors possible d'estimer le taux de soins cantonal.

Personnes tributaires de soins dans la population vivant à domicile

La première étape de cette estimation consiste à calculer le nombre de personnes âgées tributaires de soins qui vivent à domicile. Pour apporter une réponse à cette question, le modèle s'appuie sur les données de l'ESS 2007. C'est grâce aux questions portant sur les cinq activités de la vie quotidienne (ADL), qu'il est possible d'estimer le nombre de personnes âgées qui éprouvent des difficultés à accomplir une ou plusieurs de ces activités, à savoir :

- manger ;
- se coucher, sortir du lit, se lever d'un fauteuil ;
- s'habiller et se déshabiller ;
- aller aux toilettes ;
- prendre un bain ou une douche.

Le besoin en soins a été transformé en variable binaire : aucun besoin ou besoins en soins dans l'une des activités ADL au moins. Les individus appartenant à ce second groupe sont alors considérés comme étant tributaires ou dépendants de soins. Grâce à cette classification, il est possible de connaître le taux de personnes dépendantes à domicile. À cause de l'échantillonnage de l'ESS, il n'est pas possible de calculer des taux cantonaux. Le taux suisse a donc été appliqué à la population cantonale genevoise afin d'estimer le nombre de personnes dépendantes à domicile dans le canton de Genève.

Personnes tributaires de soins en institution

Le tableau 22 indique comment les niveaux de soins des instruments présents dans la SOMED ont été convertis en une variable binaire (dépendant/autonome) pour les résidents des EMS. Cette classification nous permet alors d’obtenir le nombre de Genevois en institution, dépendants de soins.

**Tableau 22 : EMS : conversion des niveaux de soins en variable binaire**

	Instrument d'évaluation	Code SOMED	Variable binaire
Instruments OPAS	(Points BESA, Minutes BESA,	1 ou 2	autonome
(dès 2011)	RAI-RUG, PLAISIR)	3 à 12	dépendant

Équation du taux de soins :

En combinant l’effectif des personnes dépendantes à domicile et celui des personnes dépendantes en institution pour personnes âgées avec les données relatives à la population (STATPOP), il est possible de calculer le taux de soins dans la population des 65 ans ou plus, selon l’âge et le sexe.

Formellement, le taux de soins annuel dans la population s’obtient par l’équation [1].

$$TS_{i,t,s,a} = \frac{Rd_{i,t,s,a} + (DOM_{i,t,s,a} \times tx\_d_{t,s,a})}{P_{i,t,s,a}} = \frac{Rd_{i,t,s,a} + [(P_{i,t,s,a} - R_{i,t,s,a}) \times tx\_d_{t,s,a}]}{P_{i,t,s,a}} \quad [1]$$

Où

i : canton

t : année

s : sexe

a : âge

$Rd_{i,t,s,a}$  : nombre de personnes dépendantes résidant en EMS par canton d’origine, année, sexe, âge

$DOM_{i,t,s,a}$  : nombre de personnes vivant à domicile, par canton, année, sexe et âge

$tx\_d_{t,s,a}$  : taux suisse de personnes dépendantes vivant à domicile, par année, sexe et âge

$R_{i,t,s,a}$  : nombre de personnes résidant en EMS par canton d’origine, année, sexe et âge

$P_{i,t,s,a}$  : population totale, par canton, année, sexe et âge

Scenarii de l’évolution de l’espérance de vie sans incapacité

L’équation [1] permet d’estimer le nombre de personnes qui sont tributaires de soins dans une population, à l’année de référence (2012).

La question qui se pose maintenant pour les projections est de savoir si, dans un contexte d’allongement de l’espérance de vie, la dépendance apparaît à un âge plus élevé et si sa durée diminue, reste constante ou s’allonge. Les études étrangères retiennent essentiellement trois scenarii (Seematter-Bagnoud and Paccaud, 2008, Seematter-Bagnoud et al., 2009) :

- le scénario I (référence) admet que la dépendance apparaît à un âge plus avancé et que la durée de la dépendance reste identique, ce qui signifie que les années de vie gagnées sont des années en bonne santé (compression relative de la morbidité) ;

- le scénario II (pessimiste) part de l'hypothèse que la dépendance intervient en moyenne au même âge qu'aujourd'hui, de sorte que sa durée augmente du fait de l'allongement de l'espérance de vie (expansion de la morbidité) ;
- le scénario III (optimiste) considère que l'âge moyen auquel la dépendance apparaît est reporté et que la durée du report est plus grande que la hausse de l'espérance de vie. Par conséquent, la durée de la dépendance diminue (compression absolue de la morbidité). Ce scénario présente la limite inférieure théorique du nombre de personnes tributaires de soins.

Ces différents scénarii permettent d'obtenir une fourchette de l'évolution possible du nombre de personnes tributaires de soins dans le canton de Genève à l'horizon 2020.

### c. Estimation du recours aux soins en institution 2012-2020

#### Description des soins en institution

La description quantitative des soins en institution se base sur les données 2012 de la SOMED. Cette statistique distingue les maisons pour personnes âgées et les EMS. Contrairement aux maisons pour personnes âgées, les EMS sont autorisés à fournir des prestations de soins et à les facturer dans le cadre de la LAMal, article 39, al.3.

À noter, que le canton de Genève possède également de nombreux immeubles avec encadrement pour personnes âgées (IEPA), qui font partie du réseau de soins et contribuent au maintien à domicile de personnes âgées (voir chapitre D.II.6 Immeubles avec encadrement pour personnes âgées).

#### Estimation du taux de recours aux soins en institution

À l'aide de l'équation [1], nous avons estimé le taux de personnes tributaires de soins dans la population. Il est donc possible de connaître l'effectif total des personnes dépendantes de soins. Néanmoins, toutes les personnes dépendantes de soins ne se tournent pas obligatoirement vers des prises en charge en EMS. La clé de répartition entre soins en EMS et soins à domicile est estimée à partir des observations cantonales en 2012.

Le taux de recours aux soins en institution correspond au ratio entre le nombre de résidents dépendants en institution et le nombre total de personnes âgées dépendantes (tel qu'estimé précédemment). Un taux de recours aux soins en EMS spécifique est calculé par sexe et par groupe d'âges. Pour la suite de ce document et par souci de simplification, ce taux sera appelé « taux de recours aux soins en EMS ». Le taux annuel de recours aux soins en EMS se calcule comme suit :

$$TEMS_{i,t,s,a} = \frac{Rd_{i,t,s,a}}{Rd_{i,t,s,a} + (DOM_{i,t,s,a} \times tx_{d,t,s,a})} = \frac{Rd_{i,t,s,a}}{Rd_{i,t,s,a} + [(P_{i,t,s,a} - Rd_{i,t,s,a}) \times tx_{d,t,s,a}]} \quad [2]$$

Où

i : canton

t : année

s : sexe

a : âge

$Rd_{i,t,s,a}$  : N : Nombre de personnes dépendantes résidant en EMS par canton d'origine, année, sexe et âge

$DOM_{i,t,s,a}$  : Nombre de personnes vivant à domicile par canton, année, sexe et âge

$tx_{d,t,s,a}$  : Taux suisse de personnes dépendantes vivant à domicile, par année, sexe et âge

$R_{i,t,s,a}$  : Nombre de personnes résidant en EMS par canton d'origine, année, sexe et âge

$P_{i,t,s,a}$  : Population totale par canton, année, sexe et âge

### Scenarii de l'évolution du taux de recours aux soins en EMS, 2012-2020

Le modèle proposé comporte trois variantes concernant l'évolution du taux de recours aux soins en EMS pour la période 2012-2020 :

- la variante 1 (référence) part de l'hypothèse que le taux de recours aux soins en institution mesuré en 2012 dans le canton de Genève restera inchangé ;
- la variante 2 (optimiste) suppose que l'offre des services d'aide et de soins à domicile se développera entraînant une diminution du besoin en lits en EMS (diminution de 10 % de la part des personnes prises en charge en institution en 2020) ;
- la variante 3 (pessimiste) admet que la part des personnes dépendantes soignées en EMS augmentera (hausse de 10 % de la part des personnes prises en charge en institution en 2020).

#### **d. Estimation du besoin en lits d'EMS 2012-2020**

À ce stade de l'analyse, connaissant l'évolution démographique et celle du taux de soins, il est possible de calculer l'évolution du nombre de personnes tributaires de soins dans la population genevoise. Ensuite, en appliquant le taux de recours aux soins en EMS à cette population dépendante, il est possible d'estimer l'évolution du nombre de lits nécessaires dans les EMS genevois pour la période 2012-2020. En considérant tous les scenarii décrits précédemment (Évolution de l'espérance de vie sans incapacité et évolution du taux de recours aux soins en EMS), on obtient neuf projections différentes, qui sont toutes basées sur le même scénario démographique. En effet, chacun des trois scenarii liés à l'espérance de vie sans incapacité peut être combiné avec l'un des trois scenarii relatifs à l'évolution du taux de recours aux soins en EMS.

#### **e. Projection du nombre de personnes tributaires de soins dans le canton de Genève, 2012-2020**

Le nombre de personnes tributaires de soins au sein de la population genevoise est calculé, pour chaque année, en appliquant les taux de soins par sexe et âge (voir section b Estimation du taux de soins dans la population) à l'évolution attendue de la population. Pour l'année 2012, 6'226 personnes de 65 ans ou plus sont considérées comme tributaires de soins dans le canton de Genève.

Le tableau 23 présente l'évolution du nombre de personnes dépendantes, par classe d'âges et selon les trois scenarii décrits à la section 0 page 99.

**Tableau 23 : Évolution du nombre de personnes tributaires de soins dans la population genevoise de 65 ans ou plus, 2012-2020 (selon trois scénarii de l'évolution de l'espérance de vie sans incapacité)**

			2012		2015		2020	
				Index	Projection	Index	Projection	Index
Engagement transfrontalier	I Référence	65-79	1542	100	1422	92	1598	104
		80+	4684	100	4740	101	5517	118
		65+	6226	100	6162	99	7115	114
	II Pessimiste	65-79	1542	100	1654	107	1853	120
		80+	4684	100	5324	114	6173	132
		65+	6226	100	6978	112	8026	129
	III Optimiste	65-79	1542	100	1422	92	1342	87
		80+	4684	100	4740	101	5517	118
		65+	6226	100	6162	99	6860	110

© 2014 OBSAN  
Source : BFS, SOMED 2012; BFS, ESS 2012; BFS, STATPOP 2012

#### f. Taux de recours aux soins en EMS

Le tableau 24 présente le taux de recours aux soins en EMS. Il s'agit de la proportion de personnes tributaires de soins au sein de la population qui se tourne vers une prise en charge en EMS. Elle est calculée, pour 2012, en divisant le nombre de résidents genevois en EMS âgés de 65 ans ou plus par le nombre de personnes tributaires de soins de longue durée dans la population de 65 ans ou plus.

**Tableau 24 : EMS : taux de recours aux soins à Genève (par âge, sexe et selon trois scénarii d'évolution des taux de recours, en 2012)**

		Taux de recours aux soins en EMS (%)		
		Variante 1, taux constant	Variante 2, augmentation des soins ambulatoires	Variante 3, augmentation des soins en EMS
Homme	65-69	46.3	41.7	50.9
	70-74	31.7	28.6	34.9
	75-79	33.5	30.2	36.9
	80-84	67.3	60.5	74
	85-89	66.2	59.6	72.9
	90+	67.3	60.6	74
Femme	65-69	32.4	29.1	35.6
	70-74	57.5	51.8	63.3
	75-79	40.7	36.6	44.8
	80-84	49.7	44.7	54.7
	85-89	64.2	57.8	70.6
	90+	67.8	61.1	74.6

© 2014 OBSAN  
Source : BFS, SOMED 2012

L'analyse de ce tableau révèle une différence de taux de recours aux soins en EMS pour la variante 1 d'environ 14 points de pourcentage entre les hommes et les femmes de 65 à 69 ans, ce taux étant plus élevé chez les hommes. Cet écart s'inverse pour les classes d'âge 70-74 ans, 75-79 ans et 80-84 ans et a tendance à disparaître à partir de 85 ans.

Ainsi, il apparaît qu'un peu moins du tiers des personnes de 80 ans ou plus, tributaires de soins dans la population genevoise, trouvent l'aide dont elles ont besoin au sein des structures de soins ambulatoires disponibles (services d'aide et de soins à domicile, foyers de jour, etc.) ou ont recours à de l'aide informelle (conjoint, famille, proche aidant, etc.).

### **D.II.1.5. Évaluation des besoins : résultats des projections**

Ce chapitre présente les projections du besoin en lits d'EMS à l'horizon 2020 et une comparaison avec les projections réalisées en novembre 2009 dans le cadre de la précédente planification.

#### **a. Nouvelles estimations des besoins en lits d'EMS**

Les estimations se basent sur les scénarii suivants :

- 1 scénario d'évolution démographique, le scénario « engagement transfrontalier » ;
- 3 scénarii liés à l'évolution de l'espérance de vie et de la morbidité ;
- 3 variantes liées à l'évolution du taux de recours aux soins en institution.

Le tableau 25 présente l'évolution du besoin en lits en d'EMS selon les différentes combinaisons de scénarii évoquées ci-dessus. Selon les projections les plus favorables en termes de maîtrise des coûts du secteur des EMS, d'ici 2020, le nombre de lits nécessaires pour les clients originaires du canton de Genève augmenterait de 2 %, soit de 3'573 à 3'655 lits. En revanche, le scénario le plus défavorable aboutit à une augmentation de plus de 44 % du besoin en lits, ce qui signifie qu'en 2020, les Genevois seraient au nombre de 5'142 à nécessiter une prise en charge en EMS.

Cette évolution est à comparer avec l'offre genevoise en lits d'EMS. En 2012, ces institutions offraient 3'745 places destinées aux clients tributaires de soins. On constate une différence assez importante entre le nombre de lits issu de la statistique SOMED 2012 tel qu'il apparaît dans le tableau 25 (3'573) et le nombre de places d'hébergement des EMS cette même année (3'745). Cependant, il ne s'agit pas forcément de lits vides. En effet, les projections sont effectuées pour la population genevoise de 65 ans ou plus, et l'on sait qu'une partie des résidents genevois d'EMS a moins de 65 ans (60 personnes handicapées bénéficiant d'une dérogation d'âge). De plus, les EMS genevois accueillent - pour des raisons familiales - plus de 40 patients en provenance d'autres cantons. Par conséquent, un ajustement à la baisse, de l'ordre de 100 lits (60 + 40), sera effectué sur l'offre en lits, afin de pouvoir la comparer au besoin estimé.

Les résultats des nouvelles estimations sont présentés dans le tableau 25. Compte tenu de la politique genevoise favorable au maintien à domicile, ce sont les trois premiers scénarii, qui reposent sur une augmentation des soins ambulatoires, qui ont été retenus dans un premier temps.

En ce qui concerne les hypothèses liées à l'augmentation de l'espérance de vie sans incapacité, les experts considèrent que les problèmes de dépendance apparaîtront plus ou moins aux mêmes âges qu'aujourd'hui. Cependant, du fait de l'allongement de l'espérance de vie, la durée de la dépendance augmentera, les années de vie gagnées étant des années en mauvaise santé (expansion de la morbidité).

Sachant qu'un seul scénario démographique a été pris en compte, la combinaison de ces deux hypothèses conduit au scénario 3, augmentation des soins ambulatoires et scénario de morbidité pessimiste (voir tableau 26).

**Tableau 25 : EMS : besoin en lits de soins pour les Genevois de 65 ans ou plus, 2012-2020**

Type d'évolution des besoins de santé	Scénario de morbidité	Scénario numéro	2012		2020	
			Référence	Index	Projection	Index
Augmentation des soins ambulatoires	III Optimiste	1	3573	100	3655	102
	I Référence	2	3573	100	3744	105
	II Pessimiste	3	3573	100	4207	118
Pas de changement de répartition EMS - MAD	III Optimiste	4	3573	100	4061	114
	I Référence	5	3573	100	4160	116
	II Pessimiste	6	3573	100	4675	131
Augmentation des soins en EMS	III Optimiste	7	3573	100	4468	125
	I Référence	8	3573	100	4576	128
	II Pessimiste	9	3573	100	5142	144

**Tableau 26 : EMS : besoin en lits de soins pour les Genevois de 65 ans ou plus, 2012-2020 annuel, selon le scénario retenu**

Année	Résultats (Scénario 3) nombre de lits	Accroissement annuel du nombre de lits
2012	3'573	
2013	3'652	79
2014	3'732	79
2015	3'811	79
2016	3'890	79
2017	3'969	79
2018	4'049	79
2019	4'128	79
2020	4'207	79

Sur la période 2016-2019, l'accroissement annuel moyen du nombre de lits d'EMS sera de 79 lits, soit 2.02 %.

**b. Comparaison avec les précédentes projections**

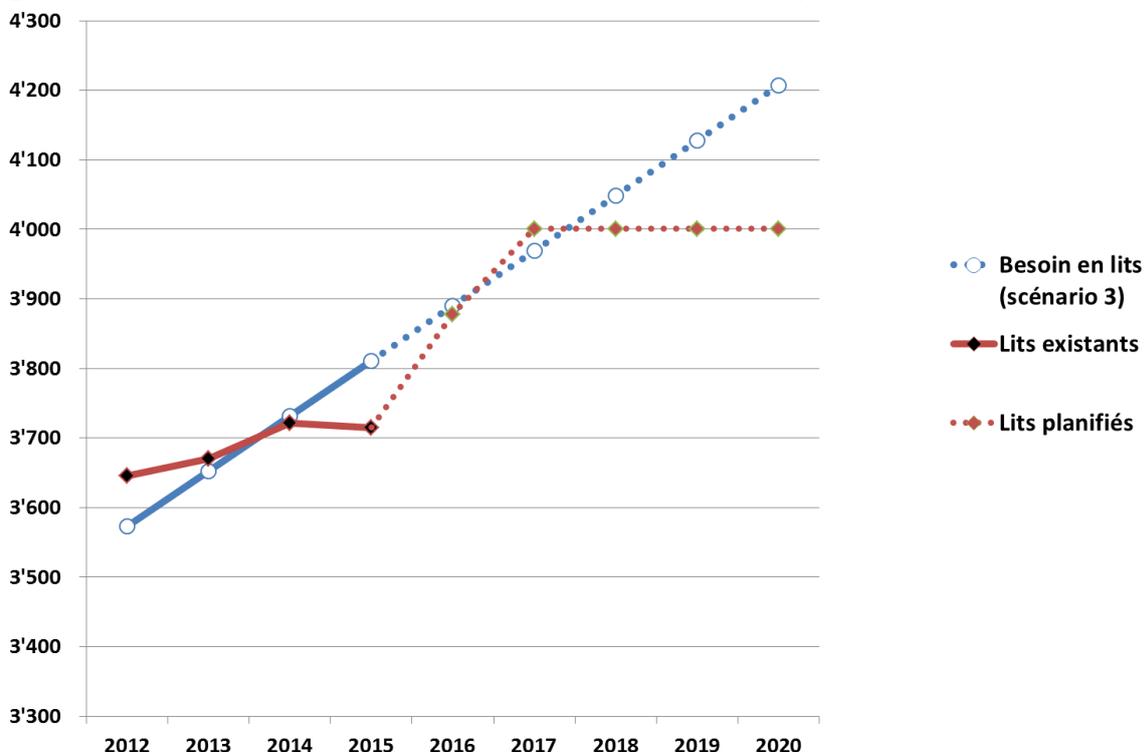
Le nombre de lits occupés en 2012 était de 3'745. Or, une centaine de ces lits n'étaient pas occupés par des Genevois âgés de 65 ans ou plus, mais par 60 personnes handicapées, ainsi que par 40 personnes en provenance d'autres cantons pour des raisons familiales. En conséquence, le nombre de lits disponibles dans les EMS a été diminué de 100 chaque année (colonne 3bis dans le tableau 27), afin d'obtenir une série de chiffres comparables aux besoins estimés pour les Genevois de 65 ans ou plus.

Le tableau 27 compare l'évolution du besoin en lits d'EMS sur la base de la précédente planification avec les nouvelles estimations (colonne « différence 1 »).

**Tableau 27 : EMS : comparaison des projections ancien rapport et nouvelles estimations**

Année	Ancien rapport			Nouvelles estimations			
	Besoins en lit (selon hypothèse démographique)	Résultats ajustés avec effet réseau de soins	Lits occupés / disponibles	Lit occupés/ disponibles ajustés	Résultats (Scénario 3)	Différence 1	Besoin réel ajusté
	1	2	3	3bis	4	4-2	4-3bis
2012	3'686	3'831	3'745	3'645	3'573	-258	-72
2013	3'765	3'951	3'770	3'670	3'652	-299	-18
2014	3'863	3'951	3'822	3'722	3'732	-220	10
2015	3'979	3'953	3'815	3'715	3'811	-142	96
2016	4'094	3'955	3'978	3'878	3'890	-65	12
2017	4'225	3'958	4'101	4'001	3'969	11	-32
2018	4'353	3'960	4'101	4'001	4'049	89	48
2019	4'483	3'963	4'101	4'001	4'128	165	127
2020	4'621	3'965	4'101	4'001	4'207	242	206

**Figure 23 : EMS, évolution du besoin en lits et des lits disponibles 2012-2020**



On peut faire les constats suivants :

- selon le scénario 3 retenu, le besoin en lits d'EMS augmenterait de 17.7 % entre 2012 et 2020, passant de 3'573 lits à 4'207 lits, soit +79 lits par année ;
- par rapport aux anciennes estimations des besoins, qui servaient de référence jusqu'ici pour la planification des lits de long séjour (colonne « résultats ajustés avec effet réseau de soins »), les nouvelles estimations traduisent un besoin en lits plus élevé à partir de 2017 (différence 1). En 2020, cette différence est de 242 lits ou 6 % ;
- compte tenu des projets de création de lits d'EMS déjà planifiés, le besoin net estimé est de 127 lits à l'horizon 2019 et de 206 lits à l'horizon 2020.

#### **D.II.1.6. Conclusion et mesures proposées**

Selon le scénario 3 (augmentation des soins ambulatoires et expansion de la morbidité), mis en évidence dans le tableau 27, le besoin en lits d'EMS devrait croître de 17.7 % sur la période 2012-2020, passant de 3'573 à 4'207 unités.

Ces chiffres sont très influencés par l'augmentation importante des personnes âgées de 80 ans ou plus tributaires de soins dans la population genevoise, puisque près de 80 % des clients genevois en EMS ont 80 ans ou plus.

Cependant, ce phénomène du vieillissement de la population ne se limite pas au canton de Genève, puisque c'est une évolution également constatée dans le reste du pays. Les chiffres présentés dans ce chapitre montrent que le canton de Genève réserve les places en EMS aux personnes les plus dépendantes, tout en développant un service d'aide et de soins à domicile permettant aux personnes tributaires de soins de rester à leur domicile le plus longtemps possible. En effet, le taux de personnes dites « autonomes » en EMS est particulièrement faible.

Les chiffres de la statistique fédérale de l'aide et des soins à domicile (SPITEX) confirment que l'offre en matière de soins à domicile est passablement développée dans le canton, permettant ainsi de limiter les prises en charge en institution. En conséquence, le taux de places d'hébergement en EMS est relativement faible en comparaison intercantonale. Néanmoins, il est prévu de poursuivre le développement des structures intermédiaires et d'augmenter les prestations d'aide et de soins à domicile afin de limiter l'augmentation du besoin en lits d'EMS dans les années à venir. Cette stratégie, qui consiste à favoriser le maintien à domicile des personnes âgées plutôt que leur institutionnalisation, est depuis longtemps privilégiée par le canton de Genève.

D'une manière générale, les nouvelles estimations des besoins sont supérieures aux estimations faites lors des travaux de planification 2012-2015. Ces écarts ne sont pas dramatiques et restent inférieurs à 200 lits (soit 5 % de l'offre en lits d'EMS) jusqu'en 2019. L'écart entre les nouvelles prévisions et l'offre en lits se creuse, dès cette date.

En conclusion, compte tenu des projets d'ouverture d'EMS déjà planifiés, le besoin net estimé à l'horizon 2019 est de 127 lits. Selon le scénario retenu et compte tenu du délai nécessaire, il faut prévoir, dès maintenant, la création de lits d'EMS supplémentaires pour couvrir les besoins d'une population vieillissante dans la prochaine décennie.

## **D.II.2 Soins et aide à domicile**

## D.II.2. Soins et aide à domicile

### En bref

#### Projeté-réalisé

Pour les soins et l'aide à domicile, la croissance annuelle mesurée en termes de clients, retenue dans le rapport de planification 2012-2015, était de 4 %.

#### Soins à domicile

Les heures prestées ont été supérieures de 10.5% au prévisionnel. Le nombre de clients de l'imad a par contre été plus faible de 9.8%. La charge moyenne par client a par conséquent augmenté (+22.5%).

#### Aide à domicile

C'est principalement l'introduction par l'imad d'une évaluation formelle de la perte d'indépendance qui a conduit à un nombre inférieur de clients (-15.8%) et d'heures prestées (-13.4%) par rapport aux chiffres projetés.

#### Repas à domicile

Les valeurs prévues pour 2012 sont basées sur une croissance annuelle moyenne projetée de 2.2 %. La croissance anticipée n'a pas eu lieu puisque le nombre de clients recevant un repas délivré à domicile (-9.7 %) et le nombre de repas servis (-7.4 %) sont tous deux inférieurs aux chiffres projetés. Les causes en sont probablement multiples : évolution de la situation concurrentielle, d'éventuels délais d'attente ou une entrée en EMS.

#### Sécurité

La croissance annuelle projetée pour 2012 était estimée à quelques centaines d'appareils d'alarme ou dispositifs de sécurité, soit une centaine par année. Le nombre de clients réels, hors IEPA, est inférieur de 7.2 % au chiffre projeté.

### Données utilisées

#### Soins à domicile

Ont été utilisées principalement les données de l'imad de 2013, complétées au besoin par celles de Sitex ainsi que par des relevés statistiques de l'OCSTAT et de la statistique fédérale SPITEX.

La présente planification est basée sur les heures prestées de l'imad car plus fines que celles facturées.

#### Aide, repas et sécurité à domicile

Les estimations des besoins se basent uniquement sur les données fournies par l'imad. Pour la sécurité, elles intègrent les équipements dans les IEPA.

## **Modèles et méthodes de projection**

### Soins et aide à domicile

Le modèle multiplie la consommation de prestations des clients de l'imad à un âge donné par l'effectif projeté du même âge, pour chaque année de la période 2016 à 2019.

Les résultats ainsi obtenus pour les clients de l'imad sont ensuite extrapolés à l'ensemble des services de soins à domicile avec un facteur constant.

Les hypothèses utilisées pour la projection sont les suivantes :

- les taux de recours futurs sont constants ;
- la part du secteur public (imad) par rapport à l'ensemble des heures prestées à domicile est constante et comparable à celle de 2013 ;
- la population évolue selon le scénario démographique III retenu ;
- il n'y a pas de modification significative de la prise en charge des autres prestataires de soins.

### Repas à domicile

Le nombre de clients bénéficiant de la prestation repas étant trop faible pour une projection par classes d'âge, le taux de croissance annuel moyen observé sur la période de 2009 à 2014, soit 1.3 %, a été utilisé.

### Sécurité

Le nombre de clients étant également trop faible pour une projection détaillée, seule la croissance annuelle des abonnements a été utilisée, en l'occurrence le taux observé pour la période 2009-2014, soit 1.2%.

## **Projections**

### Soins à domicile

En effectuant les projections selon les hypothèses ci-dessus, l'imad devrait augmenter son offre de soins (de base et infirmiers) de +15.7 % (+2.5 % annuel) à 638'500 heures prestées sur la période 2014-2019.

La planification hospitalière prévoit une palette de mesures pour réduire le besoin en lits que ce soit dans les soins aigus, la réadaptation et gériatrie ou la psychiatrie. Bien qu'il soit difficile d'objectiver aujourd'hui l'impact de ces mesures sur le besoin en soins à domicile, on peut faire les hypothèses suivantes :

- poursuite de la diminution des durées de séjour dans le domaine des soins somatiques aigus : +1 % ;
- mesures volontaires pour réduire le besoin en lits de réadaptation et gériatrie ainsi qu'en psychiatrie : +1 %.

En définitive, l'augmentation annuelle des besoins en soins à domicile serait de 4.5 % (2.5 % + 1 % + 1 %) ou 29.9 % sur la période 2014-2019.

En ajoutant le secteur privé, qui fournit actuellement environ un tiers des prestations, on obtient une augmentation totale annuelle de +4.5% soit 43'481 heures (dont 28'941 heures

pour l'imad).

### Aide à domicile

Le besoin d'aide pratique devrait augmenter de 14.3 % (2.3 % annuel) sur la période 2014-2019. La part du secteur privé étant actuellement d'environ un quart, le nombre total d'heures nécessaires pour couvrir le besoin à l'horizon 2019 est estimé à 588'086 heures. Comme l'imad prévoit de fournir annuellement seulement 1 % d'heures supplémentaires, d'autres prestataires devront fournir les heures manquantes. Par conséquent la part des autres prestataires devra augmenter significativement à raison d'un taux de croissance annuel moyen de 5.6 %.

### Repas à domicile

Avec un taux de croissance de 1.3% le nombre de clients recevant des repas s'établirait à 4'647 correspondant à 462'780 repas en 2019, soit un accroissement prévisible de 282 clients et 28'471 repas. A noter qu'une offre alternative privée de prestataires, qui n'appartiennent pas au domaine santé-social, peut avoir un effet sur ces prévisions.

### Sécurité

A fin 2019, le nombre total d'équipements devrait se monter à 6'238, dont plus de 70% installés au domicile (4'445).

## **Mesures proposées pour augmenter l'efficacité de la réponse aux besoins**

L'objectif du canton de privilégier le maintien à domicile sera poursuivi, car il permet de contenir l'augmentation du nombre de lits d'EMS nécessaires et d'éviter ou de retarder une hospitalisation. L'accroissement des capacités de réponse en termes de soins à domicile est au cœur du nouveau contrat de prestations de l'imad 2016-2019. L'accroissement pourrait être plus important que prévu, notamment en fonction de la mise en œuvre des mesures visant à contenir l'évolution des besoins dans les domaines de la psychiatrie et de la réadaptation, qui consistent, en partie, à recourir de manière plus importante aux soins à domicile. Le département prévoit de suivre étroitement l'évolution des activités dans le domaine médico-social en particulier. Un mécanisme de régulation est prévu dans le contrat de prestations 2016-2019 de l'imad, afin d'adapter la subvention à une variation d'activité en cours de contrat.

### **D.II.2.1. Contexte**

Le Conseil d'État, dans son rapport sur la politique publique cantonale en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie d'octobre 2012 (RD 952), entend poursuivre le développement de la politique genevoise de maintien à domicile (MAD) et fonde son action autour de cinq axes stratégiques complémentaires. Un de ces cinq axes a pour objectif de permettre aux personnes en perte d'autonomie de rester à domicile aussi longtemps que possible. Ce défi peut être relevé, notamment, grâce à une offre de prestations diversifiées, permettant de s'adapter aux besoins, comprenant l'aide et les soins à domicile et le recours à des structures dites intermédiaires.

Ce chapitre évalue les besoins dans les domaines suivants :

- les soins à domicile ;
- l'aide à domicile ;
- les repas ;
- la sécurité.

Dans les chapitres suivants, les foyers de jour et de jour/nuit, les unités d'accueil temporaire de répit, les unités d'accueil temporaire médicalisées et les immeubles avec encadrement pour personnes âgées seront traités.

Chacune de ces huit prestations peut être nécessaire indépendamment des autres ou en combinaison. Elles contribuent toutes au maintien à domicile de personnes en perte d'autonomie et font l'objet d'une planification et d'un soutien public, sous la forme de contrats de prestations.

Dans son récent programme de législature, conscient du vieillissement de la population ainsi que des défis qu'il pose, le Conseil d'État a indiqué qu'il entendait développer avec les communes « un concept d'accueil intermédiaire entre l'aide à domicile et l'EMS, à travers des foyers de jour, des immeubles avec encadrement et des prestations de soutien aux proches aidants ».

Dans ce domaine, il faut relever que le nouveau financement des soins entré en vigueur en 2011 a fixé une limite au financement des coûts des soins par les assureurs-maladie. Il en a résulté un transfert de charge sur le patient. Le canton de Genève a limité ce transfert à la moitié du maximum prévu par la législation fédérale. Il prend en charge le reste de cette participation ainsi que l'entier du financement résiduel au moyen de contrats de prestations conclus avec l'imad et deux entités privées (Sitex et CSI).



## D.II.2.2. Soins à domicile

### a. Contexte

Dans le rapport de planification médico-sociale et sanitaire 2012-2015, l'impact de l'accroissement démographique seul sur l'évolution des besoins en soins, mesurés en termes de clients supplémentaires, était estimé à 3.1 % par an. Toutefois, en raison des changements liés à l'entrée en vigueur de la LAMal révisée (nouveau financement hospitalier en 2012, réforme du financement des soins en 2011, etc.), susceptibles de provoquer un déplacement de clientèle du système hospitalier vers le système ambulatoire (mise sous pression du dispositif de maintien à domicile), une croissance annuelle approximative de 4 % avait été retenue.

Par ailleurs, les estimations réalisées partaient du principe que la part des clients suivis par les entreprises privées d'aide et de soins à domicile et les infirmières indépendantes s'élevait à 10 %, alors qu'elle s'est révélée être de 18 % en 2010, et d'environ 30 % les années suivantes (tableau 30). Cet élément doit toutefois être mis en regard du nombre d'heures effectuées qui ne suit pas la même logique d'accroissement puisque la part de marché reste stable entre les acteurs publics et privés depuis 2011.

Dans le cadre des nouvelles estimations des besoins, l'évolution du nombre de clients a été remplacée par l'évolution du nombre d'heures des soins. En effet, le nombre d'heures reflète mieux la charge en soins que le nombre de clients.

Après une analyse de l'activité projetée par rapport à l'activité réalisée en 2012, ce chapitre décrit l'évolution 2010-2014 de l'activité réalisée et présente les résultats de l'estimation des besoins en soins à domicile pour la période 2016-2019.

### b. Projeté-réalisé

En 2012, le nombre de clients de l'institution genevoise de maintien à domicile (imad) qui bénéficient uniquement de soins ou d'une combinaison de soins et d'aide pratique est inférieur de 9.8 % au nombre qui avait été projeté. À l'inverse, les heures de soins à domicile prestées<sup>19</sup> sont supérieures de 10.5 % par rapport à la cible. Cela signifie que la charge en soins par client a augmenté (voir tableau 31).

**Tableau 28 : imad : clients suivis durant l'année et heures LAMal des soins de base et infirmiers à domicile, à Genève**

	Réalisé en 2012	Prévu pour 2012	Écart absolu	Écart relatif (%)
<b>Clients (1)</b>	10'407	11'538	-1'131	-9.8
<b>Heures prestées</b>	537'253	486'117	+51'136	<b>+10.5</b>

(1) Clients « soins » suivis durant l'année. Une personne bénéficiant de plusieurs types de prestations (soins, aide pratique, etc.) est comptée plusieurs fois ; ainsi, le total des clients de l'imad ne correspond pas à l'addition des clients des différentes prestations.

**Source :** imad (anciennement : FSASD) – données détaillées du 30.03.2015 transmises à la direction générale de la santé (DGS) / DGS

Au regard de ces résultats, l'utilisation du nombre d'heures plutôt que du nombre de clients pour estimer les besoins s'avère être totalement justifiée.

### c. Données utilisées

Les données utilisées pour la planification des activités d'aide et de soins à domicile sont principalement celles fournies par l'imad. Elles ont été complétées par des données de Sitex et par des relevés statistiques de l'OCSTAT et de la statistique fédérale SPITEX. De légères différences entre les chiffres diffusés par l'OCSTAT et les rapports annuels de l'imad et ceux

<sup>19</sup> Il s'agit du temps de prestations auprès du client.

qui sont présentés dans ce chapitre sont dues à la mise à jour continue des données de l'imad. Les chiffres publiés sont arrêtés en février, alors que ceux qui ont été exploités à partir des données détaillées sont arrêtés au 30 mars 2015. Le fichier figé en février ne contient pas certaines informations exploitées dans le fichier détaillé du mois de mars.

Les heures qu'imad - et dans une moindre mesure la CSI et les infirmières indépendantes - réalise en collaboration avec la pharmacie d'hospitalisation à domicile Proximos lors d'une hospitalisation à domicile sont comprises dans les chiffres présentés au tableau 29. Cette activité d'hospitalisation à domicile correspond à un peu moins de 1'000 clients par année. Les heures d'hospitalisation à domicile réalisées par Sitex SA sont comprises dans les chiffres de la colonne "organismes privés" du tableau 29.

Pour les besoins de la planification, ce sont les heures prestées de l'imad, et non pas les heures facturées, qui sont prises en considération : il s'agit du temps de prestations auprès du client. Les heures facturées sont un arrondi supérieur du temps de soins effectif par tranches de 5 minutes ; elles surestiment le besoin et ne sont donc pas retenues. On constate que sur la base des données de l'année 2013, le temps facturé est supérieur de 6.7 % au temps presté.

L'analyse des prestations de soins de base (hygiène corporelle, habillage, bandage des jambes, etc.) et de soins infirmiers utilise uniquement les données des prestations de soins classées conformément à l'AOS.

De fortes variations relatives annuelles des heures de soins à domicile sont globalement observées dans le tableau 29 ; c'est également le cas du nombre de clients bénéficiant de ces prestations (voir tableau 30). Notons que les infirmières et infirmiers indépendants ne participent au relevé de la statistique fédérale SPITEX qu'à partir de 2011 (représentant environ 2000 heures); toutefois, celles et ceux qui effectuent moins de 250 heures de soins durant l'année n'y sont pas soumis (estimation de leur volume d'heures fournies dans le tableau 32).

#### **d. Analyse de l'activité**

Sur la période 2010-2013, le taux de croissance annuel moyen des heures de soins de l'imad est de 7.5 %. Il est de 0.7 % pour les organismes privés. Le taux de croissance annuel moyen des clients est de 0.4 % pour les deux organismes. La part de marché des prestataires privés est d'environ 30%.

L'examen de la structure par âge de la clientèle de l'imad montre qu'elle a évolué au cours des années. La proportion de personnes de 80 ans ou plus augmente, alors que l'effectif de la classe d'âges 65-79 ans a tendance à diminuer.

**Tableau 29 : SAD : heures de soins à domicile à Genève (selon le prestataire) (1)**

	Chiffres annuels												Canton de Genève
	Heures (2)				Répartition (%)				Variation relative (%)				
	imad	Organismes privés	Infirmières et infirmiers indépendants	Total	imad (3)	Organismes privés	Infirmières et infirmiers indépendants	Total	imad (3)	Organismes privés	Infirmières et infirmiers indépendants	Total	
2010	443'947	209'858	...	653'805	67.9%	32.1%	...	100.0%	...	...	...	...	
2011 (3)	457'137	181'939	31'152	670'228	68.2%	27.1%	4.6%	100.0%	3.0%	-13.3%	...	2.5%	
2012	537'253	236'674	43'673	817'600	65.7%	28.9%	5.3%	100.0%	17.5%	30.1%	40.2%	22.0%	
2013	551'967	214'559	49'181	815'707	67.7%	26.3%	6.0%	100.0%	2.7%	-9.3%	12.6%	-0.2%	
2014	595'954	...	...	...	...	...	...	...	8.0%	...	...	...	
2010-13									24.3%	2.2%	...	24.8%	
2010-14									34.2%	...	...	...	

**Tableau 30 : SAD : clients bénéficiant de soins à domicile à Genève (selon le prestataire) (1)**

	Chiffres annuels												Canton de Genève
	Clients				Répartition (%)				Variation relative (%)				
	imad	Organismes privés	Infirmières et infirmiers indépendants	Total	imad (3)	Organismes privés	Infirmières et infirmiers indépendants	Total	imad (3)	Organismes privés	Infirmières et infirmiers indépendants	Total	
2010	10'373	2'266	...	12'639	82.1%	17.9%	...	100.0%	...	...	...	...	
2011 (2)	10'315	2'458	1'960	14'733	70.0%	16.7%	13.3%	100.0%	-0.6%	8.5%	...	16.6%	
2012	10'407	2'159	3'062	15'628	66.6%	13.8%	19.6%	100.0%	0.9%	-12.2%	56.2%	6.1%	
2013	10'487	2'292	2'941	15'720	66.7%	14.6%	18.7%	100.0%	0.8%	6.2%	-4.0%	0.6%	
2014	10'773	...	...	...	...	...	...	...	2.7%	...	...	...	
2010-13									1.1%	1.1%	...	24.4%	
2010-14									3.9%	...	...	...	

(1) Prestations selon l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS). Les infirmières et infirmiers indépendants fournissant moins de 250 heures de soins durant l'année ne sont pas soumis à la statistique fédérale de l'aide et des soins à domicile.

(2) Dès 2011, y compris les soins aigus et de transition (SAT) ; non compris les unités d'accueil temporaire de répit (UATR).

(3) Dès 2011, y compris les soins aigus et de transition (SAT) ; non compris les unités d'accueil temporaire de répit (UATR).

**Sources :** imad (anciennement : FSASD) – données détaillées du 30.03.2015 transmises à la DGS / OCSTAT, T 14.02.3.1.16 - Statistique de l'aide et des soins à domicile / DGS

**Tableau 31 : SAD : charge par client bénéficiant de soins à domicile à Genève (selon le prestataire) (1)**

Chiffres annuels	Canton de Genève							
	Heures de soins par clients				Variation relative (%)			
	imad	Organismes privés	Infirmières et infirmiers indépendants	Total	imad (3)	Organismes privés	Infirmières et infirmiers indépendants	Total
2010	42.8	92.6	...	51.7	...	...	...	...
2011 (2)	44.3	74.0	15.9	45.5	3.6%	-20.1%	...	-12.1%
2012	51.6	109.6	14.3	52.3	16.5%	48.1%	-10.3%	15.0%
2013	52.6	93.6	16.7	51.9	2.0%	-14.6%	17.2%	-0.8%
2014	55.3	...	...	...	5.1%	...	...	...
2010-13					23.0%	1.1%	...	0.3%
2010-14					29.3%	...	...	...

(1) Prestations selon l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS). Les infirmières et infirmiers indépendants fournissant moins de 250 heures de soins durant l'année ne sont pas soumis à la statistique fédérale de l'aide et des soins à domicile.

(2) Dès 2011, y compris les soins aigus et de transition (SAT) ; non compris les unités d'accueil temporaire de répit (UATR).

**Source** : imad (anciennement : FSASD) – données détaillées du 30.03.2015 transmises à la DGS / OCSTAT, T 14.02.3.1.16 - Statistique de l'aide et des soins à domicile / DGS

Le tableau 31 montre l'évolution du nombre d'heures de soins fournies par client, soit la charge par client. Pour l'imad, cette charge augmente de 5.1 % entre 2013 et 2014, parce que le nombre d'heures prestées augmente plus vite (+8.0 %) que le nombre de clients (+2.7 %).

Pour la période 2010-2013, les données montrent un taux de croissance annuel moyen de 7.1 % pour l'imad et de 0.4 % pour les organismes privés.

**Tableau 32 : SAD : heures de soins à domicile à Genève (selon le prestataire et le type de prestation, en 2013) (1)**

Chiffres annuels, en heures (2)	Canton de Genève
	Soins de base et infirmiers (3)
imad	551'967
Groupement des services privés d'aide et de soins à domicile (GSPASD)	252'132
dont Assistance à domicile pour la ville et la campagne SA (ADVC)	110'087
Coopérative de soins infirmiers (CSI)	36'777
Lien des gardes-malades (LGM)	18'832
Permed	10'830
Presté-service	54'070
Sitex	21'536
Groupe d'intérêts communs de l'ASI (GiiGe)	11'063
Inconnu (4)	16'528
<b>Total</b>	<b>831'690</b>

(1) Soins LAMal et non-LAMal.

(2) Heures facturées, à l'exception d'imad dont les données sont basées sur les heures prestées (- 6.3% par rapport aux heures facturées).

(3) Y compris les soins aigus et de transition (SAT) ; non compris les unités d'accueil temporaire de répit (UATR).

(4) Les infirmières et infirmiers indépendants fournissant moins de 250 heures de soins durant l'année ne sont pas soumis à la statistique fédérale de l'aide et des soins à domicile (SPITEX) ; leur volume d'heures a été estimé à 2% des heures totales de cette statistique.

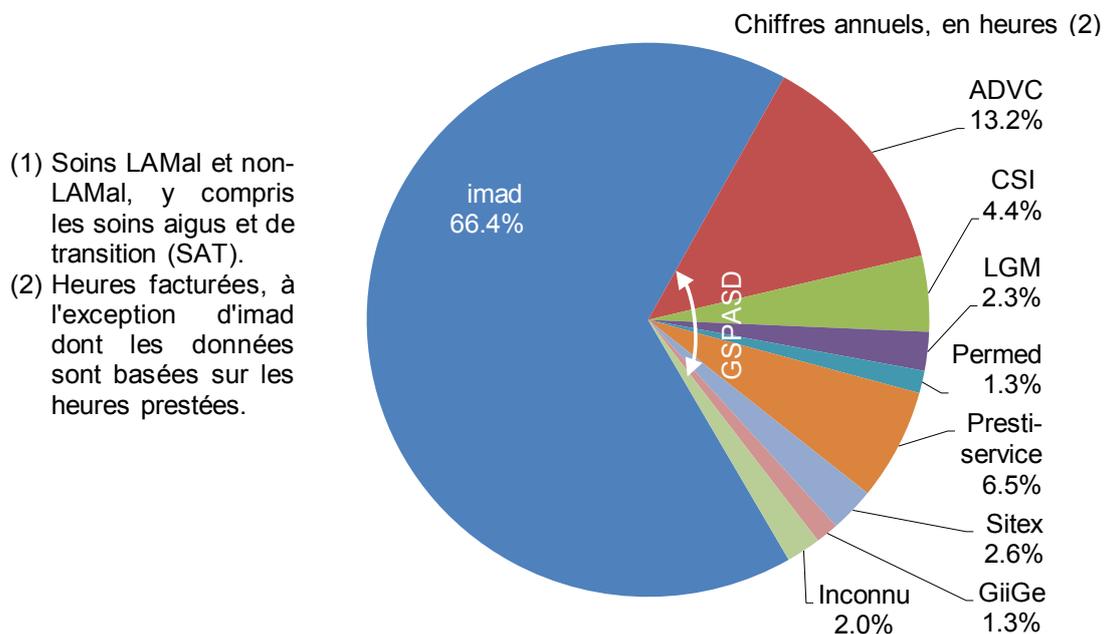
**Source** : imad (anciennement : FSASD) – données détaillées du 30.03.2015 transmises à la DGS / OCSTAT, T 14.02.3.2.01, T 14.02.3.1.16 / GSPASD / GiiGe / DGS

Par rapport aux données SPITEX (tableau 29), les heures fournies par les infirmières et infirmiers indépendants fournissant moins de 250 heures de soins ont été ajoutées dans le

tableau 32. Ainsi, en 2013, l'imad a fourni les deux tiers (66.4 %) des heures de soins à domicile réalisées dans le canton, ce qui signifie que les autres organisations de soins à domicile (OSAD) et les infirmières et infirmiers indépendants ont fourni plus de 30 % du total des heures de soins réalisées (voir figure 24). Il faut rappeler ici que la mission d'intérêt public de l'imad l'oblige à accepter tout type de client, 24 h / 24 et 7j / 7 quel que soit le lieu de délivrance de la prestation, alors que les autres prestataires n'ont pas cette obligation.

Les heures de soins réalisées par l'imad dans les UATR (12'736 heures en 2013) n'apparaissent pas dans le tableau 32, car ces prestations ne sont pas réalisées au domicile du client<sup>20</sup>. En les prenant en compte, le nombre d'heures réalisées par l'imad passe à 564'703 heures en 2013.

**Figure 24 : SAD : heures de soins de base et infirmiers à Genève (selon le prestataire, en 2013)**

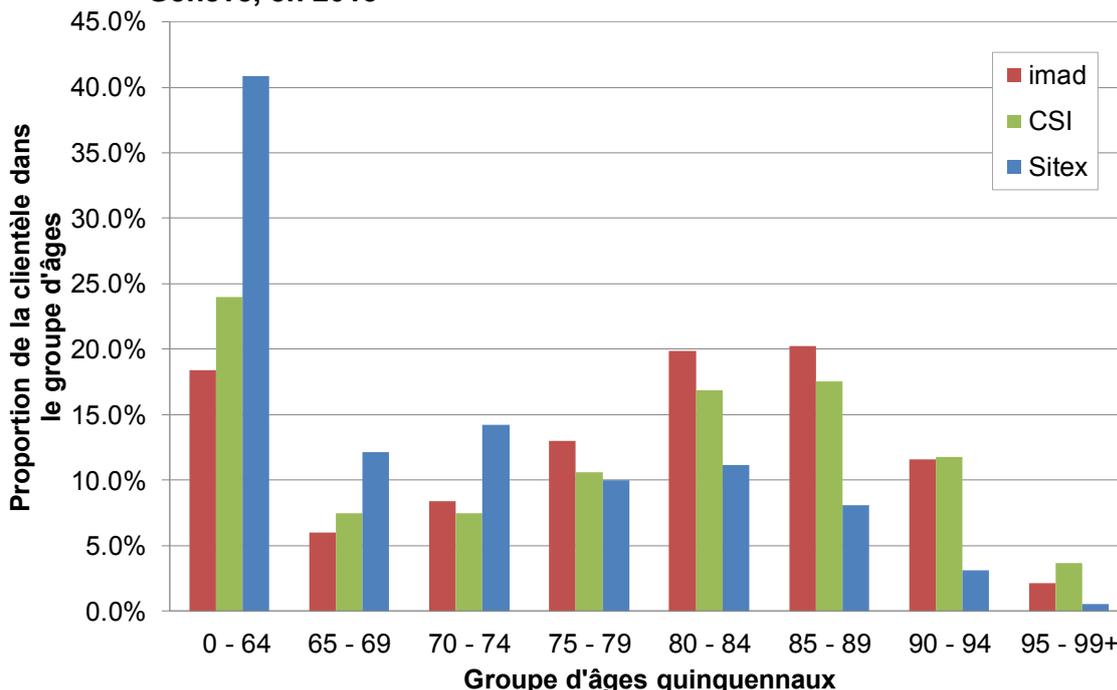


Source : imad (anciennement : FSASD) – données détaillées du 30.03.2015 transmises à la DGS / OCSTAT, T 14.02.3.2.01 / GSPASD / GiiGe / DGS.

La figure 25 compare la structure par âge des clientèles de l'imad, de la CSI et de Sitex, toutes trois subventionnées par l'État. La CSI et Sitex ont une clientèle plus jeune que celle de l'imad (groupe 0-64 ans).

<sup>20</sup> L'activité de l'imad dans les UATR est traitée dans le chapitre correspondant (chapitre D.II.5, p. 117).

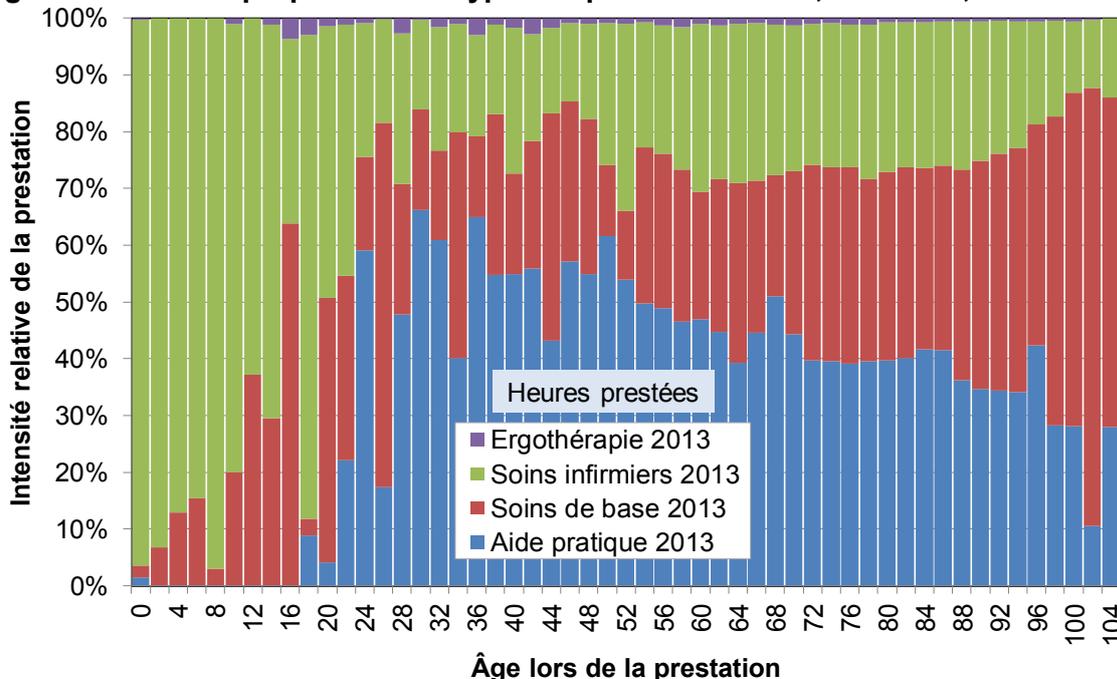
**Figure 25 : imad, CSI, Sitex : clientèle selon le groupe d'âges et le prestataire, à Genève, en 2013**



Source : OCSAT / imad (anciennement : FSASD) / CSI / DGS

La figure 26 met en évidence la proportion des prestations consommées par âge pour les clients de l'imad. Les prestations délivrées jusqu'à 20 ans sont principalement des soins infirmiers. Ensuite, cette proportion diminue pour s'établir à environ 30 % jusque vers 90 ans puis diminue régulièrement.

**Figure 26 : imad : proportion des types de prestations SAD, à Genève, en 2013**



Source : imad (anciennement : FSASD) – données détaillées du 30.03.2015 transmises à la DGS / DGS

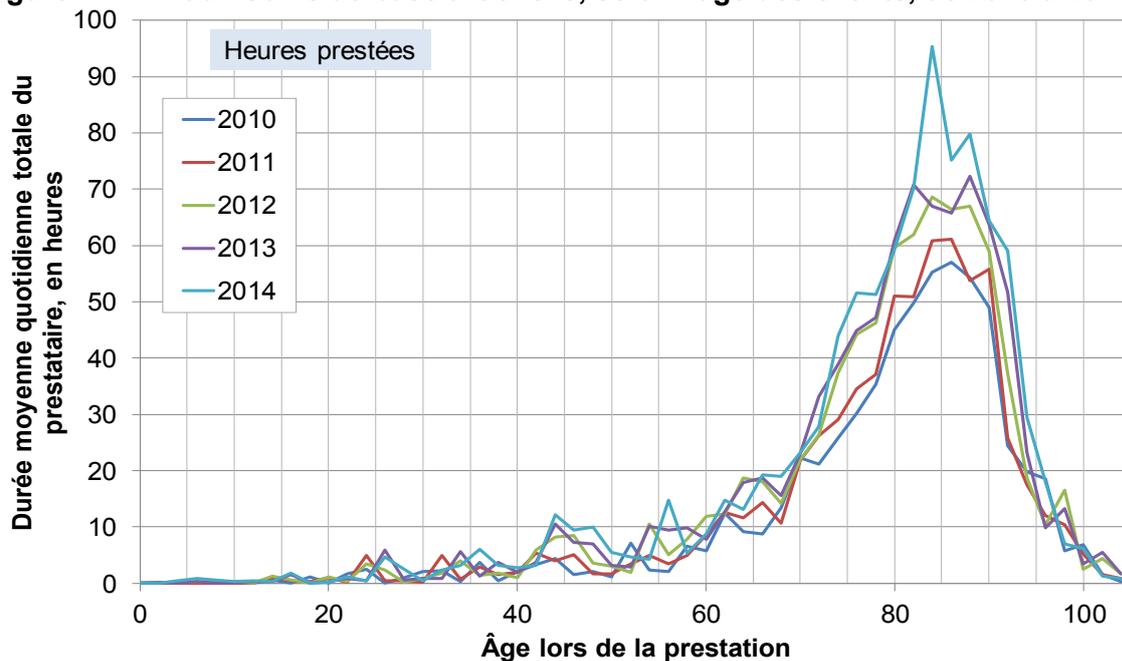
La proportion d'aide pratique, par rapport aux autres prestations, augmente rapidement à partir de 20 ans et reste à un niveau élevé jusqu'à 50 ans.

À partir de 50 ans, la proportion d'aide pratique et celle des soins infirmiers décroissent au profit des soins de base qui s'accroissent progressivement pour atteindre environ 60 % des prestations aux âges très avancés.

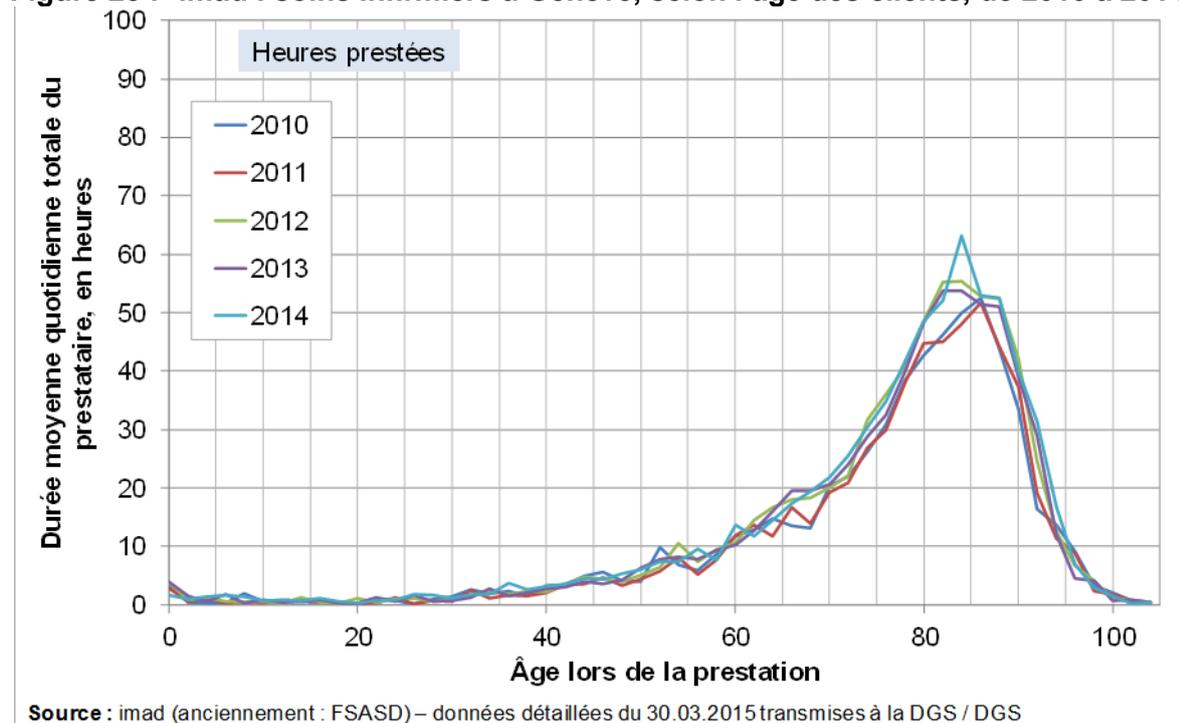
**e. Évolution des types de prestations 2010-2013**

Les figures 27 et 28 comparent, pour les clients de l'imad et pour la période allant de 2010 à 2013, les distributions de la quantité d'heures de chaque prestation de soins, en moyenne journalière, par âge du client. On constate que le nombre d'heures de soins par âge s'accroît, surtout pour les 80 ans ou plus. Ce déplacement de la distribution est plus marqué pour les soins de base que pour les soins infirmiers. Le taux de recours par âge pour chaque prestation reste donc globalement constant.

**Figure 27 : imad : soins de base à Genève, selon l'âge des clients, de 2010 à 2014**



Source : imad (anciennement : FSASD) – données détaillées du 30.03.2015 transmises à la DGS / DGS

**Figure 28 : imad : soins infirmiers à Genève, selon l'âge des clients, de 2010 à 2014**

#### f. Modèles et méthode de projection

Les besoins d'aide et de soins à domicile sont estimés à l'horizon 2019 en tenant compte du taux de recours aux prestations observé en 2013, année utilisée pour les projections. C'est ainsi la consommation de soins calculée par tranche d'âges de deux ans qui permet d'estimer les heures de prestations. La durée moyenne quotidienne de prestations fournies par l'imad est calculée par habitant, qu'il ait reçu ou non des prestations. On observe de très faibles variations de cette consommation entre 2010 et 2013, hormis dans les groupes d'âges supérieurs à 86 ans, où l'effectif des cohortes est faible et influence notablement les résultats.

Le modèle multiplie donc la consommation de prestations des clients de l'imad à un âge donné par l'effectif projeté du même âge, pour chaque année de la période 2016 à 2019.

L'évolution projetée du besoin tient compte du changement d'effectif des cohortes (vieillesse de la population), de l'accroissement de la lourdeur des cas en fonction de l'âge et d'autres modifications démographiques (effets de genre, par exemple).

Le résultat n'intègre pas l'évolution possible des techniques de prise en charge, ni l'impact de la pratique des autres partenaires de soins du réseau. Le modèle suppose aussi que l'offre équilibre la demande à l'année de base (2013).

Les résultats obtenus sur la base des données de l'imad sont ensuite extrapolés à l'ensemble des services de soins à domicile, en supposant que la contribution des services privés à la production d'heures de soins est constante dans le temps.

Les hypothèses utilisées pour le calcul sont les suivantes :

- les taux de recours futurs sont constants ;
- la part du secteur public (imad) par rapport au secteur privé est constante et comparable à celle de 2013 ;

- la population évolue selon le scénario démographique III retenu ;
- il n'y a pas de modification significative de la prise en charge des autres prestataires de soins.

La première hypothèse suppose des taux de recours qui restent constants. Le taux de recours fait référence à une multitude de paramètres (présence d'un proche aidant, état de santé de la nouvelle génération, désir plus ou moins grand d'indépendance, attentes de la population par rapport aux soins de base, etc.). Inclure d'autres hypothèses dans la projection, telle qu'une modification des taux de recours dans le temps, reviendrait à introduire des éléments spéculatifs qui dépasseraient le cadre des prévisions sanitaires. La méthode retenue en vue de projeter les besoins correspond à la pratique et est adaptée aux données disponibles. Les projections sont pertinentes pour du court terme (jusqu'en 2019).

### g. Évaluation des besoins : résultats des projections

**Tableau 33 : imad : soins à domicile à Genève, selon le type de prestation, projection 2019 (heures prestées, prestations LAMal)**

	Chiffres annuels, en heures prestées, prestations LAMal		Canton de Genève		
	2013	2019	Variation 2019-2013, en nb	Variation 2019-2013, en %	Accroissem ent annuel, en %
Soins de base et infirmiers (1)	551'967	638'500	86'533	15.7%	2.5%

(1) Y compris les soins aigus et de transition (SAT).

Source : imad (anciennement : FSASD) – données détaillées du 30.03.2015 transmises à la DGS / DGS

Pour l'imad, sur la base de l'accroissement démographique, les résultats montrent une augmentation des soins (de base et infirmiers) de 15.7 % (2.5 % annuel) à 638'500 heures prestées sur la période 2014-2019. (En 2013, l'imad a également réalisé 12'736 heures de soins en UATR, qui ne sont pas pris en compte dans la projection.)

Compte tenu des hypothèses ci-dessus, l'accroissement du nombre d'heures de soins serait de 2.5 % annuellement. Ce résultat suppose notamment qu'il n'y a pas de modification significative de la prise en charge des autres prestataires de soins.

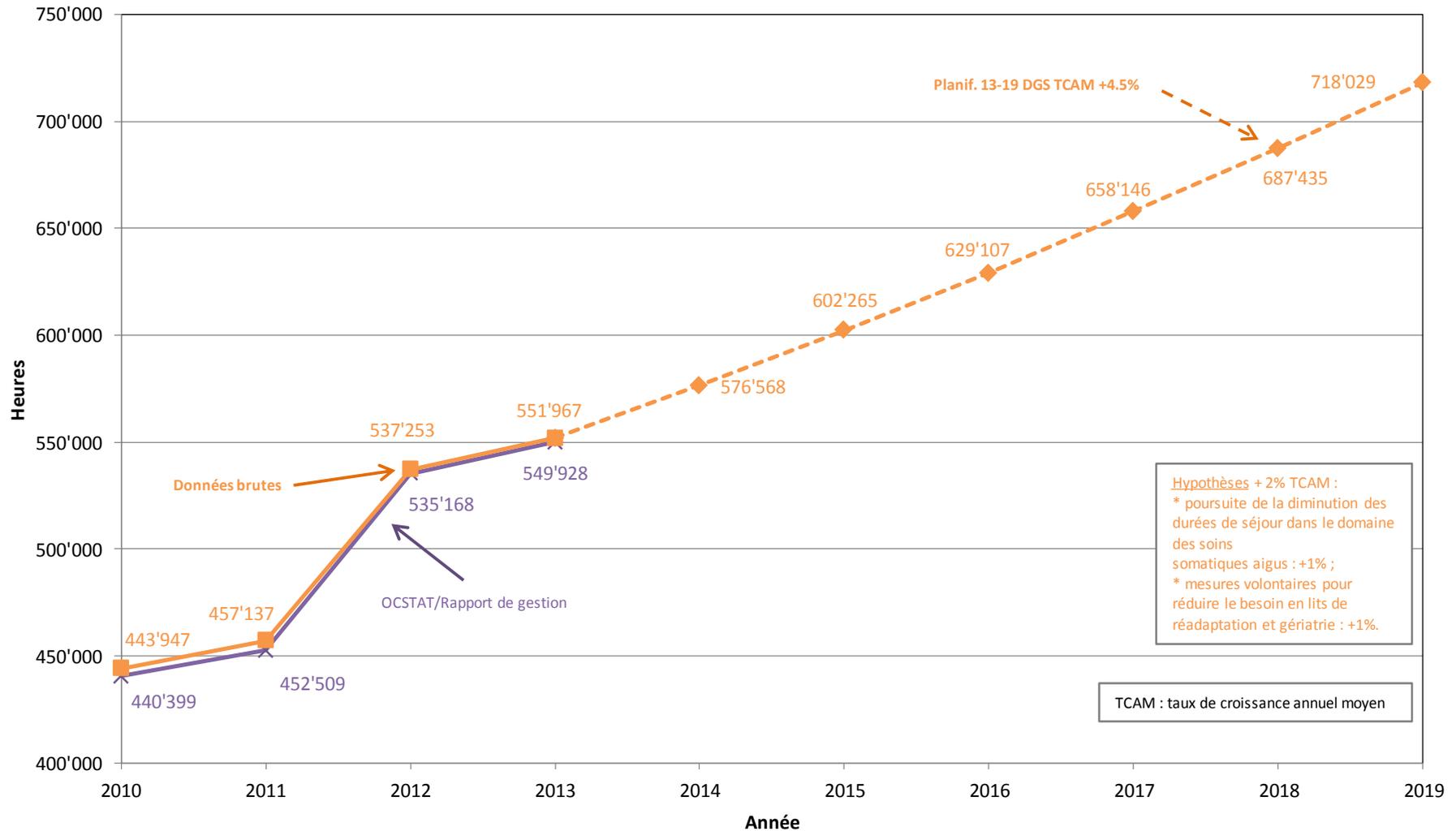
Or, afin de continuer à s'adapter aux contraintes financières (pression sur les budgets et les tarifs) et faire face à l'évolution démographique, les hôpitaux ont identifié des mesures susceptibles de conduire à une diminution du besoin en soins hospitaliers. Ainsi, il est probable que les durées de séjour continuent de baisser dans le domaine des soins somatiques aigus. Plusieurs mesures permettant de réduire le besoin en lits de psychiatrie et de réadaptation sont décrites dans le chapitre relatif à l'hospitalisation. Les services de soins à domicile continueront également d'être sollicités ces prochaines années dans le cadre de la mise en œuvre des programmes de santé publique cantonaux (soins palliatifs, Alzheimer, proches aidants). Bien qu'il soit difficile d'objectiver aujourd'hui l'impact de ces différentes mesures sur le besoin en soins à domicile, on peut faire les hypothèses suivantes :

- poursuite de la diminution des durées de séjour dans le domaine des soins somatiques aigus : +1 % ;
- mesures volontaires pour réduire le besoin en lits de réadaptation et gériatrie ainsi qu'en psychiatrie : +1 %.

En définitive, l'augmentation annuelle des besoins en soins à domicile serait de 4.5 % (2.5 % + 1 % + 1 %) ou 29.9 % sur la période 2014-2019.

La figure 29 présente, pour l'imad, l'évolution prévue du nombre d'heures de soins à l'horizon 2019, en intégrant les effets prévisibles sur les soins à domicile de certaines mesures prises par les autres prestataires de soins du réseau pour atténuer la croissance de leurs propres besoins.

**Figure 29 : imad : évolution des prestations de soins de base et infirmiers à Genève (1)**



(1) Non compris l'ergothérapie ni les unités d'accueil temporaire et de répit (UATR). Dès 2011, y compris les soins aigus et de transition (SAT).

Source : OCSTAT / imad (anciennement : FSASD) – données détaillées du 30.03.2015 transmises à la DGS / DGS

Pour l'imad, entre 2015 (602'265 heures) et 2019 (718'029 heures), on observe une augmentation de 115'764 heures. L'accroissement annuel moyen sera de 4.5 %, soit 28'941 heures par an.

En ajoutant le secteur privé, qui fournit actuellement environ un tiers des prestations, on obtient l'augmentation totale. Entre 2015 (907'477 heures) et 2019 (1'081'401 heures), l'augmentation totale calculée est de 173'924 heures. Ainsi, sur la période 2016-2019, l'accroissement annuel moyen sera de 4.5 %, soit 43'481 heures par an.

### D.II.2.3. Aide à domicile

#### a. Contexte

L'aide pratique seule, non accompagnée de prestations de soins, est importante pour prévenir l'évolution vers un besoin de soins plus conséquent.

#### b. Projeté-réalisé

Comme pour les soins, la croissance annuelle du besoin d'aide pratique, mesurée en termes de clients, retenue dans le rapport de planification 2012-2015 était de 4 %.

**Tableau 34 : imad : clients et heures d'aide pratique à domicile, à Genève**

	Réalisé en 2012	Prévu pour 2012	Écart absolu	Écart relatif (%)
Clients (1)	7'749	9'208	-1'459	-15.8
Heures	380'115	438'707	-58'592	-13.4

(1) Clients « aide pratique » suivis durant l'année. Une personne bénéficiant de plusieurs types de prestations (soins, aide pratique, etc.) est comptée plusieurs fois ; ainsi, le total des clients de l'imad ne correspond pas à l'addition des clients des différentes prestations.

**Source** : imad (anciennement : FSASD) – données détaillées du 30.03.2015 transmises à la DGS / DGS

Le nombre de clients (-15.8 %) qui bénéficient uniquement d'aide pratique ou d'une combinaison d'aide pratique et de soins, et les heures d'aide pratique à domicile (-13.4 %) sont inférieurs aux chiffres projetés.

Cette évolution s'explique principalement par la politique suivie par l'imad qui ne délivre plus ce type de prestations sur simple demande des personnes arrivées à l'âge AVS, mais requiert une perte d'indépendance avérée, déterminée au moyen d'une évaluation formelle et de critères standards. L'évolution des besoins réels des populations concernées, une augmentation des contributions des bénévoles et proches aidants ou le recours à d'autres prestataires pourraient aussi constituer des explications partielles.

#### c. Données utilisées

Seules les données fournies par l'imad sont utilisées pour estimer les besoins en prestations d'aide à domicile.

**Tableau 35 : SAD : heures d'aide pratique à domicile à Genève, selon le prestataire (1)**

	Chiffres annuels			Canton de Genève					
	Heures facturées			Répartition (%)			Variation relative (%)		
	Organismes imad	Organismes privés	Total	Organismes imad (3)	Organismes privés	Total	Organismes imad (3)	Organismes privés	Total
2010	390'581	84'936	475'517	82.1%	17.9%	100.0%	...	...	...
2011	380'370	132'485	512'855	74.2%	25.8%	100.0%	-2.6%	56.0%	7.9%
2012	380'115	149'696	529'811	71.7%	28.3%	100.0%	-0.1%	13.0%	3.3%
2013	384'786	129'690	514'476	74.8%	25.2%	100.0%	1.2%	-13.4%	-2.9%
2014	386'246	...	...	...	...	...	0.4%	...	...
2010-13							-1.5%	52.7%	8.2%
2010-14							-1.1%	...	...

(1) Prestations d'aide à domicile (trav aux ménagers et encadrement social).

**Source** : imad (anciennement : FSASD) – données détaillées du 30.03.2015 transmises à la DGS / OCSTAT, T 14.02.3.1.16 - Statistique de l'aide et des soins à domicile / DGS

Sur la période 2010-2013, le taux de croissance annuel moyen est de -0.5 % pour l'imad et 15.2 % pour les heures fournies par les organismes privés (tableau 35) ; il est de -2.4 % et -0.3 %, respectivement, pour le nombre de clients bénéficiant d'aide pratique (tableau 36).

La part de marché de l'imad à la fin de cette période est de 74.8 % en termes d'heures fournies (tableau 35) et de 95.7 % en termes de clients pris en charge (tableau 36).

**Tableau 36 : SAD : clients bénéficiant d'aide pratique à domicile à Genève, selon le prestataire (1)**

Chiffres annuels		Canton de Genève							
Clients			Répartition (%)			Variation relative (%)			
	Organismes imad	Organismes privés	Total	Organismes imad (3)	Organismes privés	Total	Organismes imad (3)	Organismes privés	Total
2010	8'175	342	8'517	96.0%	4.0%	100.0%	...	...	...
2011	7'902	387	8'289	95.3%	4.7%	100.0%	-3.3%	13.2%	-2.7%
2012	7'749	342	8'091	95.8%	4.2%	100.0%	-1.9%	-11.6%	-2.4%
2013	7'607	339	7'946	95.7%	4.3%	100.0%	-1.8%	-0.9%	-1.8%
2014	7'461	...	...	...	...	...	-1.9%	...	...
2010-13							-6.9%	-0.9%	-6.7%
2010-14							-8.7%	...	...

(1) Prestations d'aide à domicile (travaux ménagers et encadrement social).

**Source** : imad (anciennement : FSASD) – données détaillées du 30.03.2015 transmises à la DGS / OCSTAT, T 14.02.3.1.16 - Statistique de l'aide et des soins à domicile / DGS

Le tableau 37 montre l'évolution du nombre d'heures d'aide pratique fournies par client, soit la charge par client. Pour la période 2010-2013, les données des organismes privés montrent un taux de croissance annuel moyen de 15.5 %, bien plus élevé que celui de l'imad (1.9 %).

Pour l'imad, la charge en aide pratique par client augmente de 2.3 % entre 2013 et 2014, alors que le nombre d'heures est stable. Cette évolution s'explique par une prise en charge mieux ciblée et donc par la diminution du nombre de clients (-1.9 %).

**Tableau 37 : SAD : charge par client bénéficiant d'aide pratique à domicile à Genève, selon le prestataire (1)**

Chiffres annuels		Canton de Genève				
Heures d'aide pratique par clients			Variation relative (%)			
	Organismes imad	Organismes privés	Total	Organismes imad (3)	Organismes privés	Total
2010	47.8	248.4	55.8	...	...	...
2011	48.1	342.3	61.9	0.8%	37.8%	10.8%
2012	49.1	437.7	65.5	1.9%	27.9%	5.8%
2013	50.6	382.6	64.7	3.1%	-12.6%	-1.1%
2014	51.8	...	...	2.3%	...	...
2010-13				5.9%	54.0%	16.0%
2010-14				8.4%	...	...

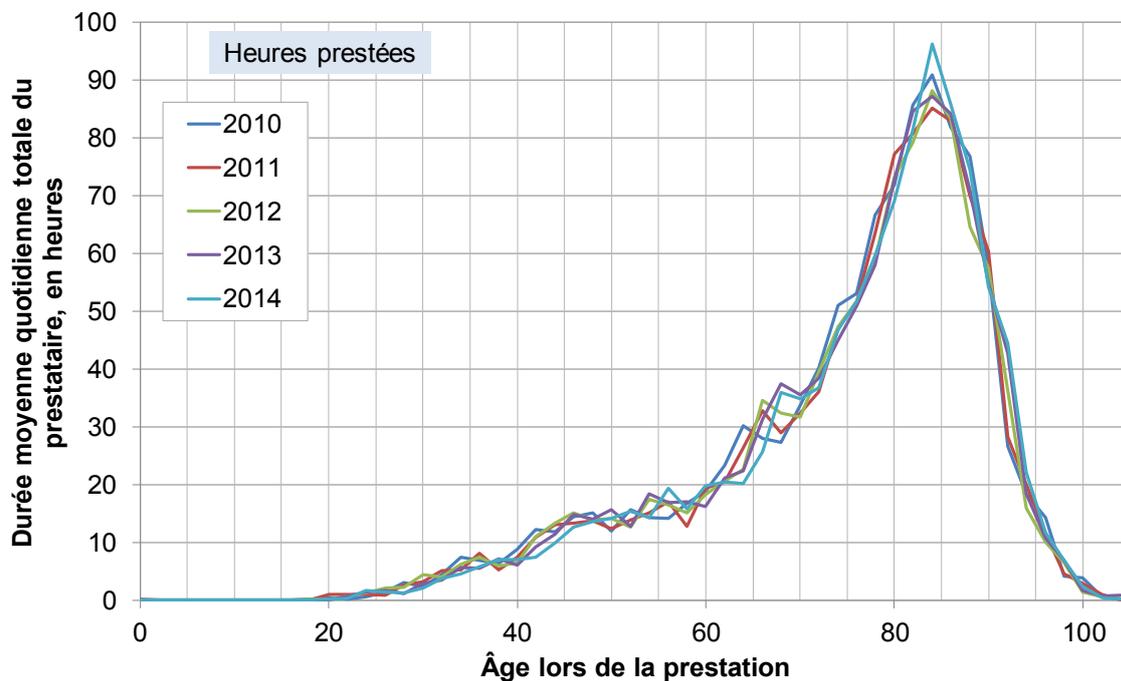
(1) Prestations d'aide à domicile (travaux ménagers et encadrement social).

**Source** : imad (anciennement : FSASD) – données détaillées du 30.03.2015 transmises à la DGS / OCSTAT, T 14.02.3.1.16 - Statistique de l'aide et des soins à domicile / DGS

La figure 30 compare, pour les clients de l'imad et pour la période allant de 2010 à 2014, les distributions de la durée moyenne quotidienne totale des prestations d'aide pratique par âge

du client. On observe une assez bonne superposition des courbes, avec des différences aux alentours de 65 ans, respectivement 80 ans, où le besoin a tendance à augmenter.

**Figure 30 : imad : aide pratique à Genève, selon l'âge des clients, de 2010 à 2014**



Source : imad (anciennement : FSASD) – données détaillées du 30.03.2015 transmises à la DGS / DGS

**d. Modèles et méthode de projection**

La méthode de projection est décrite dans le chapitre D.II.2.2.f Modèles et méthode de projection, à la page 118.

**e. Évaluation des besoins : résultats des projections**

**Tableau 38 : imad : aide à domicile à Genève, projection 2019**

Chiffres annuels, en heures		Canton de Genève			
	2013	2019	Variation 2019-2013, en nb	Variation 2019-2013, en %	Accroissement annuel, en %
Aide pratique	384'786	439'840	55'054	14.3%	2.3%

Source : imad (anciennement : FSASD) / DGS / OCSTAT, T 14.02.3.2.01

Sur la base des données de l'imad, les résultats des projections montrent une augmentation du besoin d'aide pratique de 14.3 % (2.3 % annuel) sur la période 2014-2019.

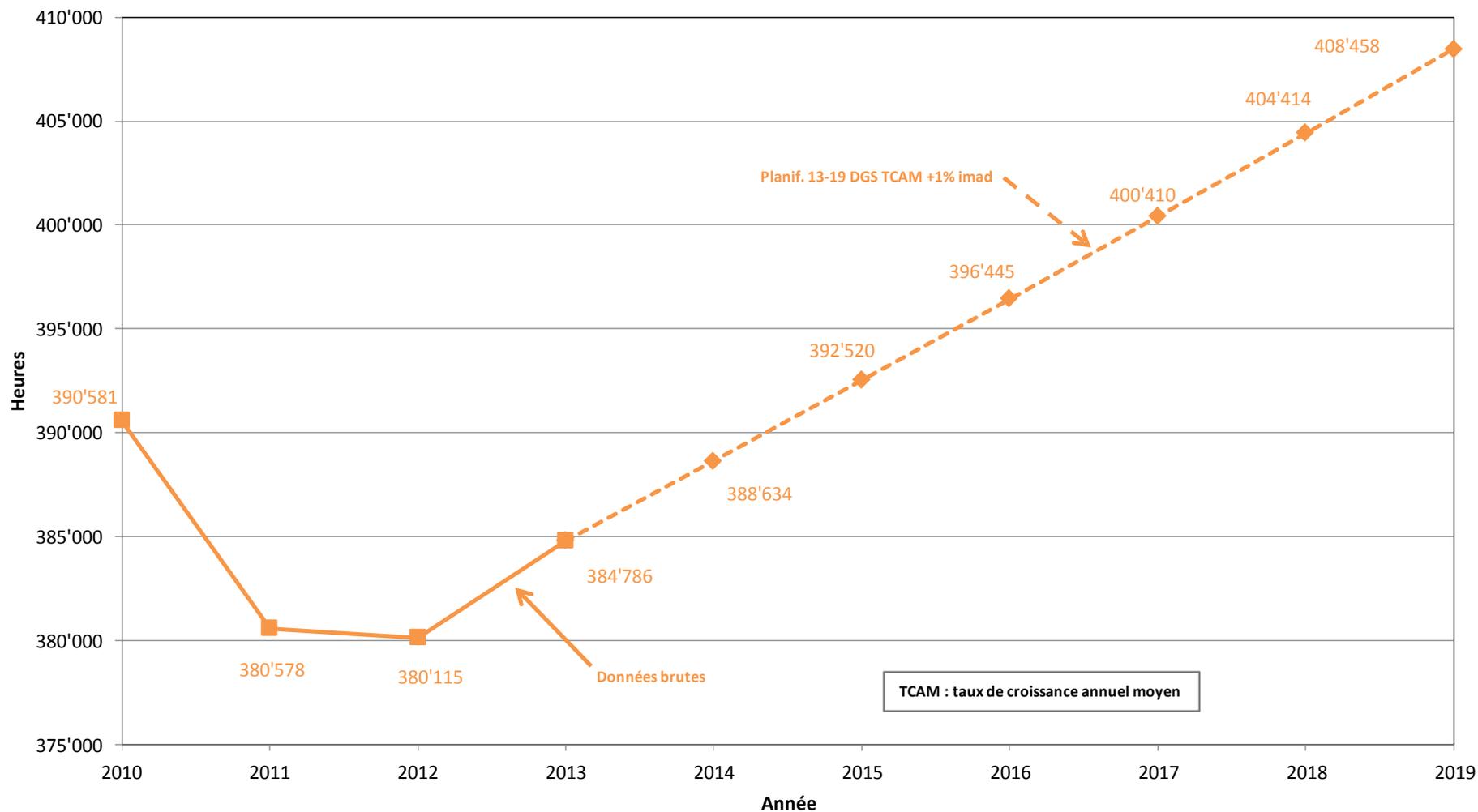
En tenant compte de cet accroissement annuel de 2,3% et en sachant que le secteur privé réalise actuellement environ ¼ des prestations d'aide à domicile, le nombre d'heures total nécessaire pour couvrir le besoin à l'horizon 2019 est estimé à 588'086 heures.

Or, l'imad prévoit de fournir annuellement 1% supplémentaire d'heures d'aide. A l'horizon 2019, son volume d'activité sera donc de 408'458 heures au maximum.

Ainsi, pour répondre au besoin total de 588'086, d'autres prestataires devront fournir les heures d'aide manquantes. Par rapport à la situation actuelle, la part des autres prestataires augmentera donc significativement dans ce domaine et passera de 129'690 heures en 2013 à 179'628 en 2019, soit un taux de croissance annuel moyen de 5.6 %.

La figure 31 présente, pour l'imad, l'évolution prévue de la quantité de prestations d'aide pratique à l'horizon 2019, en retenant l'objectif que s'est fixé l'imad.

**Figure 31 : imad : évolution des prestations d'aide pratique à Genève**



Source : OCSTAT / imad (anciennement : FSASD) – données détaillées du 30.03.2015 transmises à la DGS / DGS

#### D.II.2.4. Repas

##### a. Contexte

L'accès aux repas est un élément essentiel d'une stratégie de maintien à domicile. En dehors de l'imad, d'autres prestataires fournissent des repas à domicile, mais leurs données d'activité ne sont pas disponibles.

##### b. Projeté-réalisé

Les valeurs prévues pour 2012 sont issues du précédent rapport de planification. Elles sont basées sur une croissance annuelle moyenne projetée de 2.2 %.

**Tableau 39 : imad : clients à Genève recevant un repas délivré à domicile et nombre de repas servis**

	Réalisé en 2012	Prévu pour 2012	Écart absolu	Écart relatif (%)
Clients (1)	4'183	4'631	-448	-9.7
Repas servis	420'121	453'624	-33'503	-7.4

(1) Clients bénéficiant d'un repas suivis durant l'année. Une personne bénéficiant de plusieurs types de prestations (soins, aide pratique, etc.) est comptée plusieurs fois ; ainsi, le total des clients de l'imad ne correspond pas à l'addition des clients des différentes prestations.

Source : OCSTAT, T 14.02.3.2.01 / DGS

Le nombre de clients recevant un repas délivré à domicile (-9.7 %) et le nombre de repas servis (-7.4 %) sont tous les deux inférieurs aux chiffres projetés.

La croissance anticipée n'a pas eu lieu. Il est difficile d'en déterminer les causes qui peuvent être liées par exemple à une évolution de la situation concurrentielle avec d'autres prestataires. Des informations sur l'évolution de la demande, d'éventuels délais d'attente ou encore des abandons de cette prestation dus à l'entrée en EMS des bénéficiaires seraient nécessaires pour affiner la compréhension de la situation à partir de laquelle les projections de la planification 2016-2019 se construisent.

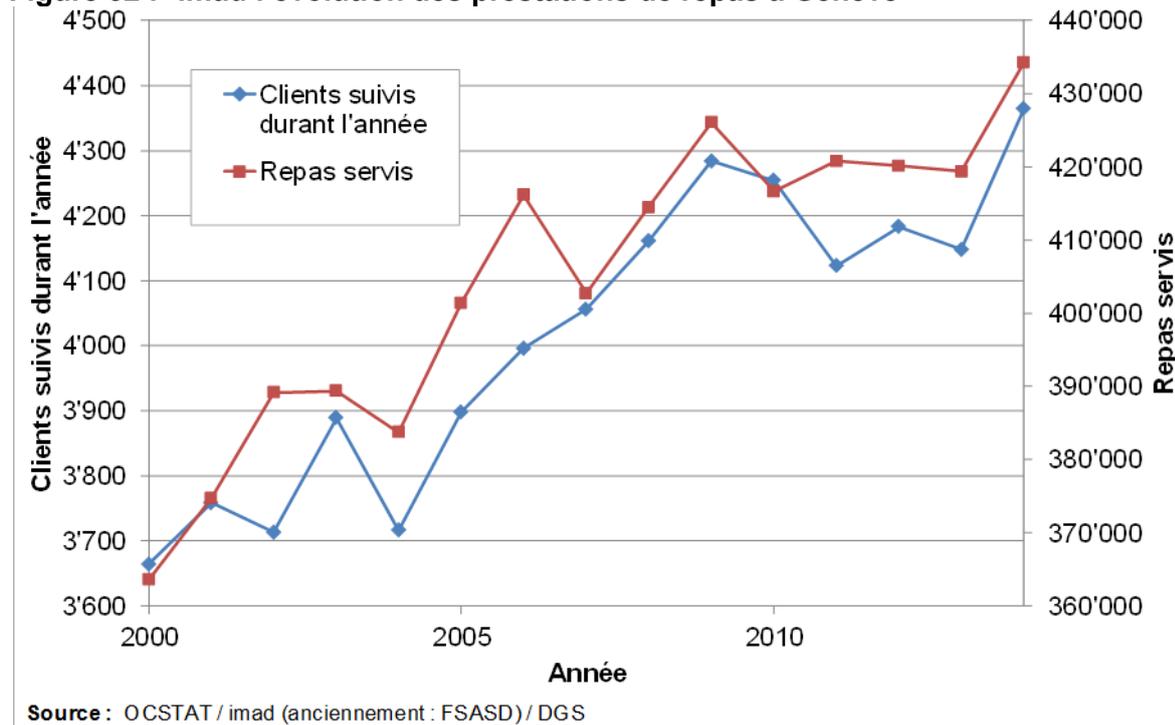
##### c. Données utilisées

Seules les données fournies par l'imad sont utilisées pour estimer les besoins en repas.

Tous les repas fournis par l'imad sont inclus dans les statistiques, qu'ils soient fournis en IEPA ou au domicile habituel du client. En 2013, sur les 4'148 clients recevant des repas, 408 vivent dans un IEPA. Il n'existe aucune information sur d'éventuels autres fournisseurs de repas à domicile, quel que soit le lieu de livraison.

La figure 32 montre une légère augmentation du nombre de clients bénéficiant d'un repas fourni par l'imad sur la période 2000-2014, soit un taux de croissance annuel moyen de 1.3 % (pour le nombre de clients ou le nombre de repas). Cela étant, les variations d'une année à l'autre sont importantes.

**Figure 32 : imad : évolution des prestations de repas à Genève**



**d. Modèles et méthode de projection**

Le nombre de clients bénéficiant de la prestation repas étant trop faible pour former des classes d'âges stables d'un ou deux ans, le chiffre de la croissance annuelle moyenne du nombre de clients ou du nombre de repas a été utilisé pour estimer les besoins futurs.

On applique donc le taux de croissance annuel moyen observé sur la période de 2009 à 2014, soit 1.3 %.

**e. Évaluation des besoins : résultats des projections**

Le nombre de clients recevant des repas est de 4'365 pour 434'309 repas en 2014 et s'établirait à 4'647 et 462'780 repas en 2019, soit un accroissement prévisible de 282 clients et 28'471 repas.

Il existe une offre alternative privée de prestataires qui n'appartiennent pas au domaine santé-social et qui peuvent avoir un effet sur ces prévisions.

## D.II.2.5. Sécurité

### a. Contexte

L'accès au dispositif de sécurité est également un composant important du dispositif de prise en charge à domicile. En effet, il permet aux clients qui en bénéficient de joindre rapidement le service d'aide ou une personne de contact en cas de nécessité.

### b. Projeté-réalisé

La croissance annuelle projetée pour la sécurité était estimée, dans le rapport de planification 2012-2015, à quelques centaines d'appareils d'alarme ou dispositifs de sécurité, soit une centaine par année.

**Tableau 40 : imad : clients à Genève utilisant un dispositif d'alarme-santé (sécurité) à domicile (1)**

Réalisé en 2012	Prévu pour 2012	Écart absolu	Écart relatif (%)
3'971	4'280	-309	-7.2

(1) Clients bénéficiant d'un dispositif d'alarme-santé à leur domicile habituel (hors IEPA), suivis durant l'année. Une personne bénéficiant de plusieurs types de prestations (soins, aide pratique, etc.) est comptée plusieurs fois ; ainsi, le total des clients de l'imad ne correspond pas à l'addition des clients des différentes prestations.

**Source** : OCSTAT, T 14.02.3.2.01 / DGS

Le nombre de clients utilisant un dispositif d'alarme-santé (sécurité) à leur domicile habituel, hors IEPA, est inférieur de 7.2 % au chiffre projeté.

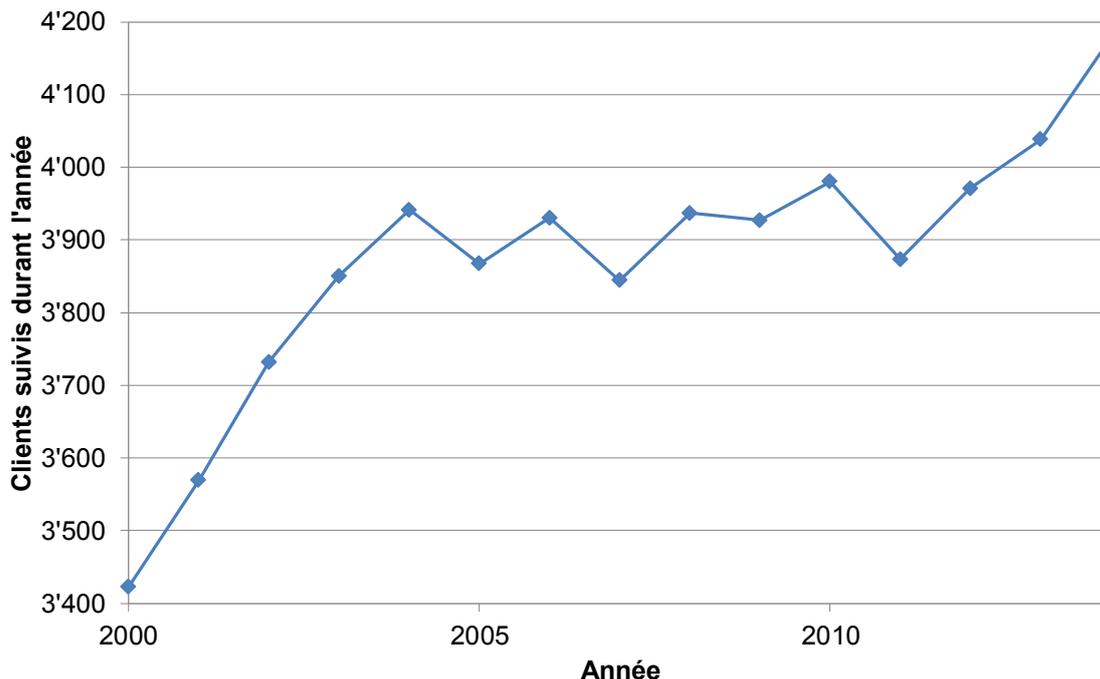
### c. Données utilisées

Seules les données fournies par l'imad sont utilisées pour estimer les besoins en systèmes d'alarme-santé (sécurité) à domicile exploités par l'imad au domicile de leurs clients.

Les prestations de sécurité se composent d'appareils installés au domicile habituel des clients, ainsi que d'équipements intégrés dans les IEPA. Dans le cadre de ces derniers, le client a l'option d'activer ou non les systèmes de sécurité. Les 91.2 % des équipements de sécurité sont activés.

La figure 33 indique que le nombre d'appareils de sécurité est constant de 2004 à 2011, malgré quelques variations annuelles observées, puis la croissance reprend avec un taux de croissance annuel moyen de 2.6 %, proche de celui de 2000 à 2004, soit 3.6 %. La croissance annuelle moyenne de 2000 à 2014 est de 1.4 %.

**Figure 33 : imad : évolution du nombre de clients recevant des prestations de sécurité à leur domicile habituel, à Genève**



Source : OCSTAT / imad (anciennement : FSASD) / DGS

**d. Modèles et méthode de projection**

Le nombre de clients bénéficiant de la prestation sécurité étant trop faible pour former des classes d'âges stables d'un ou deux ans, la croissance annuelle moyenne du nombre d'abonnements pour la sécurité a été utilisée pour estimer les besoins futurs.

On applique donc le taux de croissance annuel moyen observé sur la période de 2009 à 2014, soit 1.2 %.

**e. Évaluation des besoins : résultats des projections**

Les dispositifs d'alarme installés au domicile habituel des clients représentent 4'178 unités en 2014 et seraient ainsi au nombre de 4'445 en 2019, soit 267 dispositifs supplémentaires.

La prestation « Sécurité » est très fortement associée aux logements de type IEPA qui sont tous équipés. En 2013, cela représente 1'093 appareils actifs. L'ouverture de nouveaux IEPA doit donc être anticipée et le nombre d'équipements supplémentaires correspondra principalement au nombre de nouveaux logements.

D'ici 2019, on peut estimer à environ 774 le nombre de nouveaux logements en IEPA, ce qui correspond à un peu plus de 700 équipements de sécurité supplémentaires, sachant que tous les nouveaux projets ne vont pas forcément se réaliser.

En 2019, le nombre total d'équipements de sécurité actifs sera de 6'238 (4'445 + 1'093 + 700).

## **D.II.2.6. Conclusion et mesures proposées de l'aide et soins à domicile**

### **a. Les organisations d'aide et de soins à domicile sous pression**

L'augmentation des maladies chroniques, liée à l'évolution démographique, va continuer à se traduire par un besoin croissant en soins de longue durée. Pour les organisations d'aide et de soins à domicile, cette pression sera encore soutenue par la poursuite de la diminution des durées de séjour — encouragée par le système de financement des SwissDRG — entraînant des sorties encore plus rapides de l'hôpital. Dans une optique de maîtrise des coûts, les organisations de soins à domicile seront de plus en plus sollicitées pour retarder l'entrée en EMS ou éviter une hospitalisation. Cette volonté est exprimée dans la loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile (LSDom), qui met la priorité sur le maintien à domicile et l'optimisation du fonctionnement du réseau de soins. A cet égard, le réseau de soins, tel qu'il fut proposé lors de l'adoption de la LSDom (PL 10058) a introduit deux changements de paradigme : d'une part c'est le service rendu – les prestations aux personnes et leur continuité – qui est au cœur du système, et non plus les structures. D'autre part, la LSDom ancre le réseau de soins au maintien à domicile, qui lui-même est assuré par les prestations d'aide, de soins et d'accompagnement, à domicile, et/ou dans les structures intermédiaires<sup>21</sup>. Ainsi, le développement de ces dernières (foyers, UATR et IEPA), des mesures de soutien aux proches aidants et le renforcement de la coordination entre partenaires du réseau de soins par la définition de règles de fonctionnement communes figurent parmi les mesures susceptibles d'enrayer la progression des coûts.

### **b. Le nombre d'heures de soins augmentera de 4.5 % par an d'ici 2019**

En tenant compte uniquement de l'impact de l'évolution démographique, les résultats de l'estimation des besoins pour l'imad montrent une augmentation du nombre d'heures de soins de 2.5 % en moyenne annuelle sur la période 2013-2019. Cependant, une estimation plus réaliste des besoins futurs nécessite de prendre en compte d'autres facteurs : impact sur les soins à domicile de la diminution des durées de séjour des hôpitaux, mesures volontaires pour réduire le besoin en soins hospitaliers dans les domaines de la réadaptation, de la gériatrie et de la psychiatrie, etc. En conséquence, en intégrant, outre l'évolution démographique, les effets prévisibles sur les soins à domicile des facteurs précités, on estime à 4.5 % l'accroissement annuel des heures de soins sur la période 2013-2019.

Les besoins pour les autres prestations de base devraient cependant augmenter à un rythme moindre : 2.3 % pour l'aide pratique, 1.3 % pour le nombre de repas et 1.2 % pour le nombre de dispositifs d'alarme à domicile. Ces prévisions ne tiennent pas compte des éventuelles heures de soins spécifiquement liées à la mise en œuvre — le cas échéant — de programmes de santé publique cantonaux (Alzheimer, proches aidants, promotion de la santé et prévention, par exemple).

En appliquant la croissance estimée pour l'imad à l'ensemble des prestataires de soins à domicile, le volume global d'heures de soins devrait augmenter à 962'000 heures en 2019, dont 324'000 heures pour le secteur privé (34 %).

Le financement des prestations prévu dans le contrat de prestations 2016-2019 devrait permettre à l'imad de continuer à délivrer des prestations d'aide et de soins à domicile à un nombre croissant de clients, tout en assurant des sorties d'hôpital de plus en plus rapides et lourdes, en absorbant les effets des mesures volontaires prises par les hôpitaux pour atténuer l'évolution de leurs propres besoins dans différents domaines de soins (réadaptation, gériatrie, psychiatrie).

<sup>21</sup> Cf. Exposé des motifs du PL10058 du 13 juin 2007 (page 20/66)

Dans le cas où la demande d'heures de soins dépasserait le nombre d'heures prévu au contrat une année donnée (changement de pratique, progrès technique, etc.), un mécanisme de régulation, qui ne serait déclenché qu'à partir d'un certain seuil de dépassement, devrait permettre d'adapter les besoins en ressources humaines et la subvention à la variation d'activité en cours de contrat.

L'imad sera par ailleurs appelée à continuer de jouer un rôle central dans l'efficacité du réseau de soins et la mise en œuvre de la politique de maintien à domicile. Outre une obligation d'admettre tous les clients, l'imad se voit également confier des tâches en termes de soutien aux proches-aidants, de gestion de structures intermédiaires, de projets innovants pour éviter des hospitalisations, etc. Les principaux objectifs fixés à l'imad pour la période 2016 à 2019 sont les suivants :

- intégrer l'augmentation du volume de prestations tout en assurant la qualité des prestations;
- développer la coordination avec les hôpitaux pour des sorties fluides et facilitées le week-end ;
- former la relève pour lutter contre la pénurie de professionnels de la santé ;
- gérer les futurs nouveaux IEPA pour utiliser au mieux les pistes d'efficacité générées (proximité des clients, diminution des temps de déplacements, etc.).



## **D.II.3. Foyers de jour et de jour/nuit**

### D.II.3. Foyers de jour et de jour/nuit

#### En bref

#### Projeté-réalisé

Pour fin 2015, un besoin supplémentaire de 150 places en foyers de jour généralistes et de 50 places en foyers spécialisés de jour ou de jour/nuit avait été estimé.

A fin 2012, le nombre de places disponibles en foyers de jour était globalement inférieur de 80 places (60 généralistes, 20 spécialisés) au besoin estimé.

#### Foyers : places réalisées et prévues à Genève

	Réalisé en 2012	Prévu pour 2012	Écart absolu	Écart relatif (%)
Généralistes	90	150	-60	-40.0
Spécialisés	20	40	-20	-50.0
Total	110	190	-80	-42.1

Source : OCSTAT / DGS

À fin 2014, 67 personnes étaient en attente d'une place en foyer de jour, dont 53.7 % souhaitaient une place en foyer spécialisé.

#### Données utilisées

La planification des foyers s'effectue sur la base de places disponibles et offertes à des clients. Elles peuvent être occupées ou non, déterminant ainsi le taux d'occupation.

#### Modèles et méthodes de projection

Les principales étapes de la méthode de projection comprennent l'estimation du besoin non couvert par l'offre actuelle, traduit en termes de foyer. La liste d'attente et les contraintes de la fréquentation hebdomadaire variable sont incluses dans cette évaluation. Sont ensuite estimés, en fonction de l'évolution démographique, le nombre de clients et de journées attendus chaque année, d'ici 2019. Au-delà des effets de la démographie, on réalise ensuite des simulations du besoin supplémentaire en changeant la fréquentation hebdomadaire moyenne. Les résultats obtenus en nombre de places sont traduits en termes de foyers en respectant le taux d'occupation des places autorisées en 2014 de chaque catégorie de foyer.

#### Projections

En 2016, au minimum 3 foyers devraient être ouverts, dont 2 spécialisés jour. L'un de ces derniers pourrait être un foyer jour/nuit. D'ici 2019, 2 autres foyers seraient nécessaires.

Par ailleurs, pour permettre une activité plus efficiente en augmentant la fréquentation hebdomadaire moyenne à 2 jours, l'optimum serait d'ouvrir 3 foyers généralistes et 3 foyers spécialisés en 2016.

#### Mesures proposées pour augmenter l'efficacité de la réponse aux besoins

Il n'y a pas de projet précis d'ouverture d'un foyer planifié sur la période. Cependant, le financement de l'ouverture d'un 6<sup>ème</sup> jour dans quatre foyers a été prévu dans le plan financier quadriennal (PFQ) en 2016. Des projets d'ouverture sont à l'étude dans le cadre

de projets de construction d'IEPA (Les Vergers à Meyrin, par exemple), dans le but de bénéficier de synergies. Le PFQ prévoit encore le financement d'un foyer de jour en 2017-2018 et d'un foyer de jour/nuite en 2019.

### **D.II.3.1. Contexte**

#### **a. Rôle des foyers**

En complément des services d'aide et de soins à domicile, les foyers sont intégrés au réseau de soins et contribuent au maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. Ils offrent un accueil de jour principalement, excepté le Pavillon de la Rive qui accueille également des personnes pour la nuit, ainsi que pour des horaires particuliers (matin, soir).

Un foyer est un lieu d'écoute et de partage, qui permet au client de garder un lien social ; des repas sont pris en commun et différentes activités sont proposées aux clients. Il permet également de soutenir les proches aidants en leur offrant un répit. Par ailleurs, des soins peuvent être fournis, sur prescription médicale.

#### **b. Conditions d'admission**

Pour être admise en foyer, une personne âgée doit, notamment, être domiciliée dans le canton de Genève, avoir des difficultés liées au vieillissement, assorties ou non de problèmes de santé, ou des problèmes liés à l'isolement ; l'accueil en foyer peut aussi être justifié par une fonction de répit pour le proche aidant.

#### **c. Type de foyers**

En 2014, on dénombre 9 foyers classés en deux catégories, selon le profil de dépendance des clients ; la capacité d'accueil totale est de 132 places de jour et 4 places de nuit.

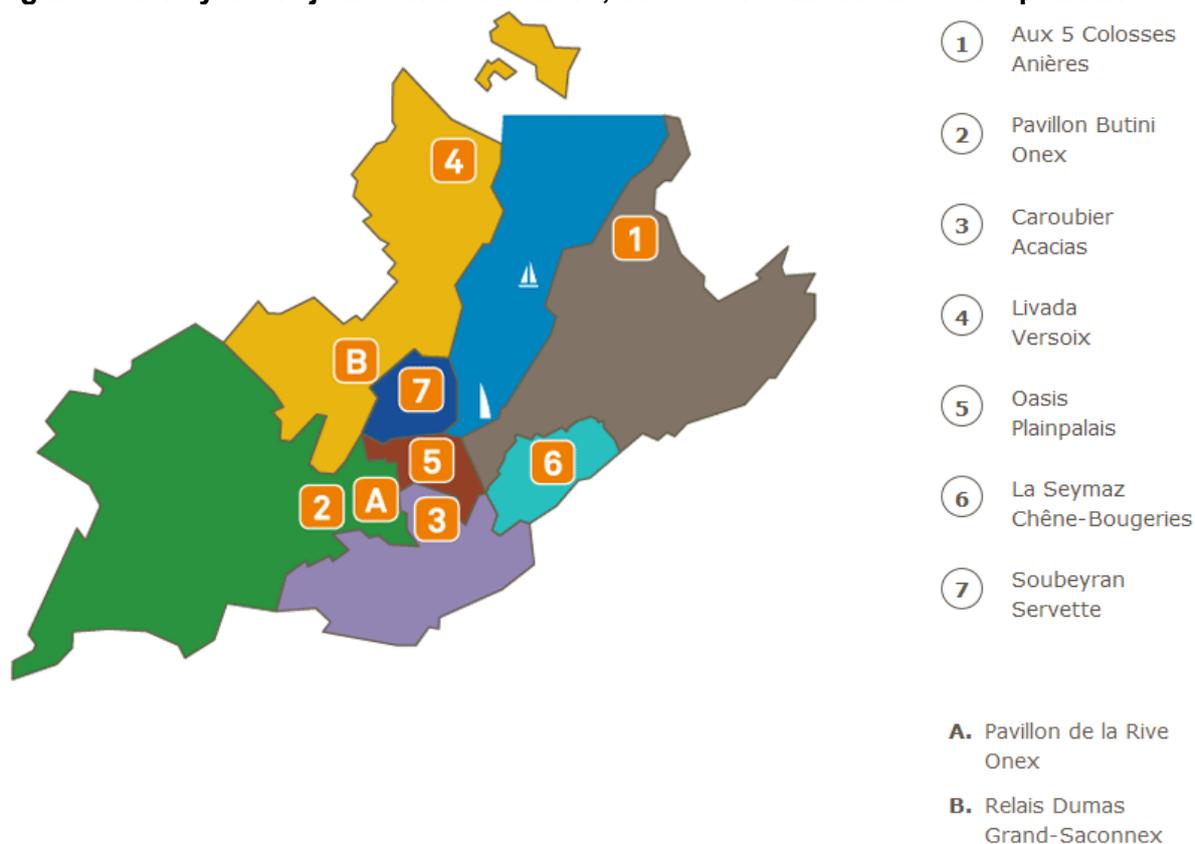
La première catégorie regroupe les 7 foyers de jour dénommés généralistes<sup>22</sup> dont la capacité d'accueil journalière (5 jours sur 7) est de 15 personnes (soit au total 105 places d'accueil durant l'année). Sur cette population, une personne sur deux présente des troubles cognitifs. La fréquentation des foyers généralistes est en moyenne de 1.6 jour par semaine et par client.

La deuxième catégorie dite spécialisée<sup>23</sup> s'adresse exclusivement à des personnes touchées par des troubles cognitifs et permet un accueil psychogériatrique adapté. L'offre est composée d'un foyer de jour de 14 places (ouvert 5 jours sur 7) et d'un foyer de jour/nuite pouvant accueillir 13 clients le jour (6 jours sur 7) et 4 clients la nuit (5 jours sur 7), soit au total 27 places-jour d'accueil durant l'année et 4 places-nuit. Il faut également signaler qu'un foyer généraliste réserve un jour par semaine à l'accueil de personnes avec troubles cognitifs ; ce jour-là, il fonctionne comme foyer spécialisé et il est considéré comme tel dans les calculs. La fréquentation des foyers spécialisés est en moyenne de 1.8 jour par semaine et par client.

L'accueil des clients des 7 foyers généralistes répond à une logique de sectorisation géographique (voir figure 34 ci-après), alors que les foyers spécialisés reçoivent des patients avec troubles cognitifs domiciliés sur l'ensemble du canton de Genève (le foyer de jour est localisé au Grand-Saconnex, celui de jour/nuite à Onex).

<sup>22</sup> A savoir, les foyers de jour généralistes suivants : Aux 5 Colosses, Pavillon Butini, Caroubier, Livada, Oasis, La Seymaz (ouvert le 1<sup>er</sup> septembre 2013) et Soubeyran.

<sup>23</sup> A savoir, le foyer spécialisé de jour Relais Dumas et spécialisé de jour-nuite Pavillon de la Rive.

**Figure 34 : Foyers de jour et nuit à Genève, avec les localisations correspondantes**

Source : Association genevoise des foyers pour personnes âgées - <http://www.foyers-jour-nuit.ch>

### D.II.3.2. Projeté-réalisé

La planification médico-sociale 2012-2015 évaluait, sur la base de l'offre de 8 foyers (110 places d'accueil<sup>24</sup>, dont 20 en foyer spécialisé) recensée en 2010, un besoin supplémentaire de 150 places en foyers de jour généralistes et de 50 places en foyers spécialisés de jour ou de jour/nuit d'ici 2015.

Le nombre de places prévues en 2012 (tableau 41) a été calculé en divisant l'accroissement global prévu entre 2010 et 2015 par 5 ans, ce qui détermine un accroissement de 30 places de foyers généralistes et de 10 places pour les spécialisés. En retenant pour 2012 deux années d'accroissement, soit 60 places supplémentaires pour les foyers généralistes et 20 pour les spécialisés, on obtient ainsi un résultat prévu total de 150 places de foyers généralistes et 40 places de foyers spécialisés pour 2012.

**Tableau 41 : Foyers : places réalisées et prévues à Genève**

	Réalisé en 2012	Prévu pour 2012	Écart absolu	Écart relatif (%)
Généralistes	90	150	-60	-40.0
Spécialisés	20	40	-20	-50.0
Total	110	190	-80	-42.1

Source : OCSTAT / DGS

Le nombre projeté (190 places) devait contribuer à l'optimisation de la prise en charge globale du réseau en retardant l'entrée en EMS. Globalement, le nombre de places

<sup>24</sup> En 2010, les 6 foyers généralistes offraient 15 places chacun et les 2 foyers spécialisés, 10 places chacun.

disponibles en foyers de jour à fin 2012 est inférieur au besoin estimé. Lors des travaux de planification 2012-2015, aucune donnée d'exploitation de durée suffisante (le projet de foyer de la Rive venait d'ouvrir) ne permettait des projections spécialisées pour les caractéristiques particulières d'un foyer de jour/nuite, et tout particulièrement pour son activité de foyer de nuit.

À fin 2014, 67 personnes étaient en attente d'une place en foyer de jour, dont 53.7 % souhaitaient une place en foyer spécialisé. Le manque de places est ainsi plus marqué pour la clientèle ayant des problèmes cognitifs importants.

**D.II.3.3. Données utilisées**

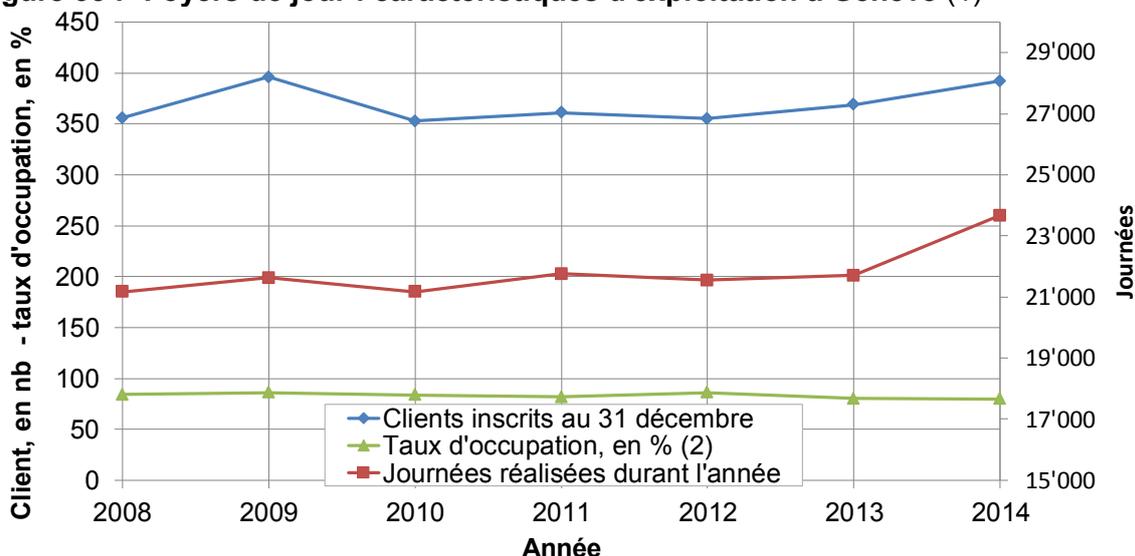
La planification des foyers s'effectue sur la base de places disponibles et offertes à des clients. Elles peuvent être occupées ou non, déterminant ainsi le taux d'occupation.

Le nombre de personnes fréquentant les foyers est inférieur au nombre de places, puisque, d'une part, certaines personnes fréquentent le foyer plusieurs jours par semaine et qu'un certain nombre sont absentes en raison de leur état de santé (réservation de la journée annulée). De plus, certaines personnes fréquentent deux foyers de type différent, sans que cette information ne soit disponible pour les analyses.

Le nombre de places d'un foyer correspond au nombre maximum de personnes qui peuvent théoriquement être reçues simultanément (places autorisées). Selon les données disponibles et afin d'obtenir la meilleure évaluation, l'offre de places autorisées ou l'offre de places exploitables sont utilisées dans ce chapitre.

Dans l'ensemble des foyers de jour, à l'exclusion du foyer spécialisé Pavillon de la Rive, après un maximum de près de 400 clients observé au 31 décembre 2009 (voir figure 35), suivi d'une diminution de 10.9 % de 2009 à 2010, leur nombre est stable jusqu'à fin 2013. Le nombre de clients des foyers de jour inscrits au 31 décembre 2014 retrouve le niveau atteint en 2009. C'est principalement l'augmentation de 37.1 % par rapport à fin 2013 de l'effectif du foyer de jour spécialisé qui explique cette évolution.

**Figure 35 : Foyers de jour : caractéristiques d'exploitation à Genève (1)**



(1) Ne concerne que 8 foyers sur 9, y compris La Seymaz (ouvert le 1er septembre 2013). En raison de sa spécificité (accueil de nuit également), le Pavillon de la Rive n'est pas pris en compte dans ces chiffres.

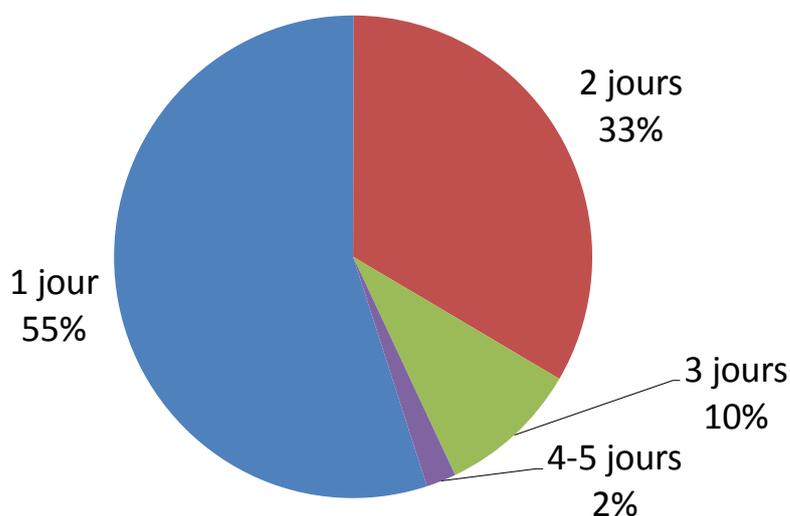
(2) Nombre de journées réalisées / capacité maximum des foyers.

Source : OCSTAT / DGS

Le nombre de journées réalisées en 2014 augmente de 9.0 % par rapport à 2013, alors que le nombre de clients augmente de 6.2 % dans la même période, ce qui dénote une augmentation modérée de la fréquentation. Cette variation est liée essentiellement à l'ouverture fin 2013 d'un nouveau foyer de jour généraliste (La Seymaz). Par ailleurs, le taux d'occupation oscille entre 80.0 % et 86.1 % sur la période de 6 ans et s'élève en 2014 à 80.0 %. Il faut souligner que le taux d'occupation dépend en partie du taux d'absence (maladie, hospitalisation, vacances ou autre) des clients, qui est estimé par les professionnels à 20 %. Pour cette raison, les foyers ont développé une stratégie de sur-réservation qui leur permet d'atteindre les taux d'occupation prévus dans les contrats de prestations.

La majorité des clients (55.0 %) ne fréquente leur foyer de jour, généraliste ou spécialiste, qu'une fois par semaine (voir figure 36), mais la fréquentation hebdomadaire moyenne est de 1.6 jour. Ils ne sont que 11.6 % à se rendre au foyer au moins trois fois par semaine. La flexibilité du nombre hebdomadaire de jours d'accueil demeure un critère important de succès des foyers dans leur contribution au maintien à domicile.

**Figure 36 : Foyers de jour : répartition des clients à Genève, selon la fréquentation hebdomadaire, en 2014 (1)**



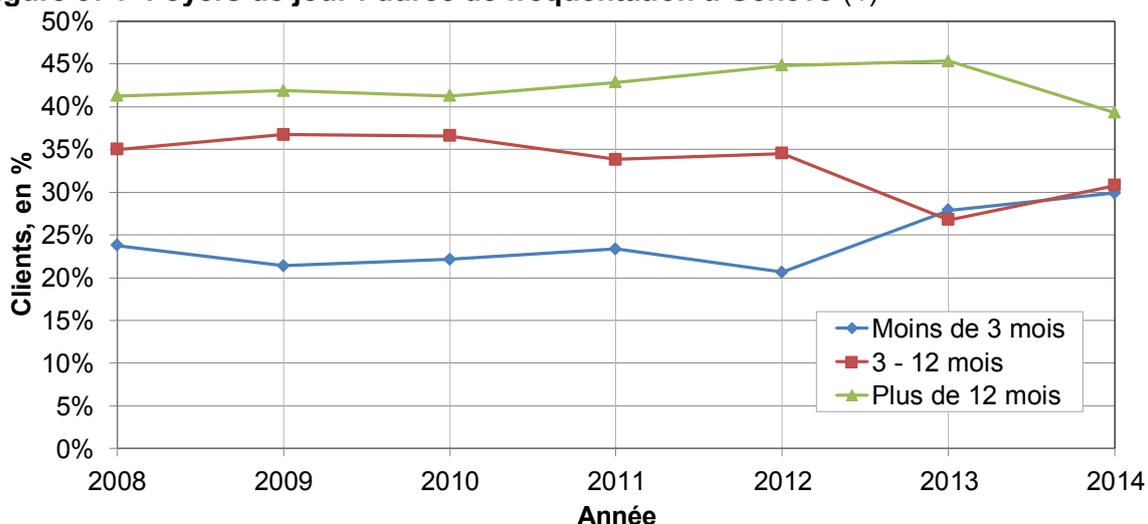
(1) Ne concerne que 8 foyers sur 9, y compris La Seymaz (ouvert le 1er septembre 2013). En raison de sa spécificité (accueil de nuit également), le Pavillon de la Rive n'est pas pris en compte dans ces chiffres.

Jours inscrits, sans tenir compte des journées réellement effectuées.

Source : OCSTAT / DGS

Il faut relever que les données ne permettent pas de distinguer les clients qui fréquentent au cours de la semaine plusieurs foyers ; aussi, le taux de fréquentation hebdomadaire à partir d'une fréquentation de deux jours pourrait être sous-estimé.

**Figure 37 : Foyers de jour : durée de fréquentation à Genève (1)**



(1) Ne concerne que 8 foyers sur 9, y compris La Seymaz (ouvert le 1er septembre 2013). Lors de transferts de clients entre foyers, la durée de fréquentation du foyer précédent n'est pas accumulée.

En raison de sa spécificité (accueil de nuit également), le Pavillon de la Rive n'est pas pris en compte dans ces chiffres.

Source : OCSTAT / DGS

En 2014, près de 30 % des clients (29.9 %) fréquentent leur foyer de jour pour une durée inférieure à 3 mois, alors qu'ils sont 39.3 % à s'y rendre durant au moins une année (figure 37). Ainsi, 60.7 % des places sont repourvues au moins une fois la même année.

La plupart des clients cessent de fréquenter leur foyer de jour en raison d'une dégradation de leur état de santé. En 2014, ils sont ainsi 27.2 % à avoir été hospitalisés pour une longue durée, alors que 29.9 % ont été admis dans un EMS. Les décès représentent 5.4 % des sorties.

#### D.II.3.4. Modèles et méthode de projection

Les catégories de foyers représentent des sous-prestations spécifiques. Chacune a été planifiée séparément (quatre catégories au total). En effet, leurs caractéristiques spécifiques de fréquentation, de nombre de places, de jours d'exploitation et de clientèle sont trop différentes pour les planifier en une seule opération. Le foyer jour/nuit exploite au moins quatre programmes complexes comportant des fréquentations mixtes jour/nuit sur un nombre de jours hebdomadaires variables, augmentant progressivement pour les clients qui sont en cours d'adaptation, nécessitée par leur pathologie.

Les principales étapes de la méthode de projection comprennent l'estimation du besoin non couvert par l'offre actuelle, traduit en termes de foyer. La liste d'attente et les contraintes de la fréquentation hebdomadaire variable sont incluses dans cette évaluation. Sont ensuite estimés, en fonction de l'évolution démographique (taux de croissance annuel moyen de 2.8 % sur la période 2010-2019), le nombre de clients et de journées attendus chaque année, d'ici 2019. Au-delà des effets de la démographie, on réalise ensuite des simulations du besoin supplémentaire en changeant la fréquentation hebdomadaire moyenne. Les résultats obtenus en nombre de places sont traduits en termes de foyers en respectant le taux d'occupation des places autorisées en 2014 de chaque catégorie de foyer.

En premier lieu, on définit la capacité des foyers en tant que capacité autorisée et capacité fonctionnelle ; cette dernière correspond à la réalité d'exploitation. La capacité fonctionnelle totale est formée par la somme des capacités fonctionnelles de chaque foyer.

Les caractéristiques de fonctionnement des foyers sont utilisées pour déterminer le nombre de places autorisées et de places exploitables en 2014, ces dernières étant calculées en tenant compte de l'absentéisme. Cela détermine la capacité fonctionnelle des foyers ; il s'agit du nombre de places réellement exploitables, inférieur au nombre de places autorisées. Si l'on ne tenait pas compte des places inoccupées, on introduirait une réduction d'environ 15 % du nombre de places utilisables.

Comme un des sept foyers généralistes exploités en 2014 consacre une journée hebdomadaire à une activité de spécialiste, le nombre moyen de jours d'ouverture par semaine est réduit proportionnellement à 4.86 jours par semaine, afin d'effectuer un calcul global pour l'ensemble de la prestation « foyers généralistes ». Simultanément, le nombre de jours hebdomadaires d'ouverture de l'activité du foyer spécialisé jour est augmenté de 5 à 6 jours dans les calculs, dès 2010.

Le tableau 42 présente les paramètres de base utilisés pour la planification. L'augmentation prévue en 2016 d'un jour hebdomadaire d'exploitation supplémentaire d'un foyer spécialisé n'est pas apparente dans le tableau 42, mais a été incluse dans les calculs, vu son impact.

Par exemple, la capacité fonctionnelle par foyer généraliste est égale au nombre de jours hebdomadaires d'ouverture (4.86) multiplié par les jours ouvrés exprimés en semaine (50.6), multiplié par le taux d'occupation du type de foyer (86.7 %), multiplié par le nombre de places autorisées (15), soit 3'195 journées pour un foyer. Ce résultat, ensuite multiplié par le nombre de foyers généralistes, donne la capacité fonctionnelle totale (CFT), soit le nombre de journées réellement délivrées aux clients pour l'ensemble de ce type de foyers (19'170 journées).

**Tableau 42 : Foyers : paramètres de base de la planification à Genève, en 2014**

Nbre jours d'ouverture par semaine	foyer généraliste	4.86
	foyer spécialisé jour	6
	foyer spécialisé <b>jour/nu</b> it	6
	foyer spécialisé <b>jour/nu</b> it	5
Nbre jours d'ouverture par an	foyer généraliste	246
	foyer spécialisé jour	304
	foyer spécialisé <b>jour/nu</b> it	304
	foyer spécialisé <b>jour/nu</b> it	253
Places autorisées	foyer généraliste	15
	foyer spécialisé jour	14
	foyer spécialisé <b>jour/nu</b> it	13
	foyer spécialisé <b>jour/nu</b> it	4
Nbre clients présents par jour	foyer généraliste	13
	foyer spécialisé jour	12
	foyer spécialisé <b>jour/nu</b> it	11
	foyer spécialisé <b>jour/nu</b> it	3
Taux d'occupation	foyer généraliste	86.7%
	foyer spécialisé jour	88.6%
	foyer spécialisé <b>jour/nu</b> it	84.0%
	foyer spécialisé <b>jour/nu</b> it	75.0%
<b>Capacité d'accueil</b>		
Capacité autorisée par foyer (places*jours/an)		
	foyer généraliste	3'687
	foyer spécialisé jour	4'250
	foyer spécialisé <b>jour/nu</b> it	3'947
	foyer spécialisé <b>jour/nu</b> it	1'012
Capacité fonctionnelle par foyer (places*jours/an)		
	foyer généraliste	3'195
	foyer spécialisé jour	3'765
	foyer spécialisé <b>jour/nu</b> it	3'315
	foyer spécialisé <b>jour/nu</b> it	759
<b>Capacité fonctionnelle totale [CFT] (places*jours/an)</b>		
	foyer généraliste	19'170
	foyer spécialisé jour	3'765
	foyer spécialisé <b>jour/nu</b> it	3'315
	foyer spécialisé <b>jour/nu</b> it	759

Étant donné le déficit de places constaté sur la base de la liste d'attente et de la fréquentation hebdomadaire limitée, une modélisation de l'effet d'une augmentation de la fréquentation hebdomadaire et de l'épuisement de la liste d'attente a été réalisée.

**Tableau 43 : Foyers : état des lieux à Genève et données prévisionnelles utilisées pour la planification**

	Observé					Projeté				
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Scénario III projection population 80+ (situation au 31.12)	20'806	21'466	22'143	22'766	23'374	24'037	24'631	25'277	25'967	26'649
Accroissement annuel successif		3.2%	3.2%	2.8%	2.7%	2.8%	2.5%	2.6%	2.7%	2.6%
Nbre de foyers observés/prévus	8	8	8	9	9	9	9	9	9	9
foyer généraliste	6	6	6	7	7	7	7	7	7	7
foyer spécialisé jour	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
foyer spécialisé <b>jour/nuit</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
foyer spécialisé <b>jour/nuit</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Nbre de jours de fréquentation hebd. moy. par client										
foyer généraliste	1.53	1.55	1.62	1.59	1.58	1.60	1.60	1.60	1.60	1.60
foyer spécialisé jour	1.98	1.90	1.74	1.82	1.70	1.80	1.80	1.80	1.80	1.80
foyer spécialisé <b>jour/nuit</b>	1.78	1.78	1.78	1.78	1.78	1.78	1.78	1.78	1.78	1.78
foyer spécialisé <b>jour/nuit</b>	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
Nombre de places autorisées par semaine										
foyer généraliste	73	73	73	73	73	73	73	73	73	73
foyer spécialisé jour	84	84	84	84	84	84	98	98	98	98
foyer spécialisé <b>jour/nuit</b>	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78
foyer spécialisé <b>jour/nuit</b>	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Nombre de places occupées par semaine										
foyer généraliste	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63
foyer spécialisé jour	74	74	74	74	74	74	87	87	87	87
foyer spécialisé <b>jour/nuit</b>	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66
foyer spécialisé <b>jour/nuit</b>	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
Nombre de clients distincts accueillis par semaine										
foyer généraliste	41.4	40.8	39.0	39.6	40.0	39.5	39.5	39.5	39.5	39.5
foyer spécialisé jour	37.5	39.1	42.8	40.9	43.9	41.3	48.2	48.2	48.2	48.2
foyer spécialisé <b>jour/nuit</b>	36.8	36.8	36.8	36.8	36.8	36.8	36.8	36.8	36.8	36.8
foyer spécialisé <b>jour/nuit</b>	7.5	7.5	7.5	7.5	7.5	7.5	7.5	7.5	7.5	7.5
Liste d'attente (nb personnes) au 31.12	73.0	91	83		67					
foyer généraliste	22.0	47	41		31					
foyer spécialisé jour	34.0	34	25		20					
foyer spécialisé <b>jour/nuit</b>	17.0	10	17		16					
foyer spécialisé <b>jour/nuit</b>										
Besoin suppl. de foyer (liste attente)										
foyer généraliste	0.5	1.2	1.1	0.0	0.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
foyer spécialisé jour	0.9	0.9	0.6	0.0	0.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
foyer spécialisé <b>jour/nuit</b>	0.5	0.3	0.5	0.0	0.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
foyer spécialisé <b>jour/nuit</b>	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

Le tableau 43 montre les informations de base disponibles. Comme les foyers peuvent faire varier la fréquentation hebdomadaire et la durée de prise en charge pour répondre à la demande, le besoin ne se mesure pas correctement avec les listes d'attente et les caractéristiques de fréquentation de la clientèle. De plus, la liste d'attente n'est pas nécessairement exhaustive, elle peut comprendre des personnes qui ne sont plus réellement candidates ou encore des inscriptions multiples dans différents foyers. Cette situation limite la qualité de la prévision, néanmoins elle demeure la seule information exploitable pour estimer le besoin.

La *fréquentation hebdomadaire moyenne par client* (tableau 43) projetée des places (années 2015 à 2019 - tableau 43) a été calculée sur la base des valeurs observées entre 2010 et 2014.

Pour le Pavillon de la Rive, quatre plages horaire d'accueil sont organisées (matin, jour, soir, nuit) avec des programmes multiplages, le plus lourd étant *3 jours / 2 nuits continus* et quelques exceptions. Seules les plages jour et nuit sont pertinentes pour l'estimation des besoins populationnels, bien que toutes les plages soient indispensables au maintien à domicile.

La liste d'attente, composée des personnes qui ont manifesté leur intérêt à fréquenter un foyer, a été intégrée aux besoins non couverts. Elle comprend des personnes qui sont

décidées à fréquenter le foyer et d'autres encore hésitantes. Cette liste surestime donc le nombre de personnes qui souhaitent vraiment une place en foyer.

Les valeurs disponibles pour la liste d'attente entre 2010 et 2014 sont utilisées pour définir une liste d'attente moyenne convertie en unité d'exploitation standard. Les listes d'attente fluctuent beaucoup sur la période de 2010 à 2014, c'est pourquoi, l'effectif de la liste d'attente de chaque année a été divisé par le nombre de clients qui peuvent être accueillis dans un foyer du type correspondant.

Le besoin conditionnel non couvert initial (2014) est une transformation de la liste d'attente en foyer. Les années suivantes, il intègre l'effet de la croissance de la population et de l'évolution programmée des stratégies d'exploitation (par exemple, un jour spécialisé dans un foyer généraliste et ouverture en 2016 d'un sixième jour pour un foyer). Ainsi, le besoin conditionnel non couvert initial a été calculé en divisant le nombre moyen de personnes inscrites sur la liste d'attente de 2010 à 2014<sup>25</sup> par le nombre de clients distincts accueillis par semaine, produisant le *besoin supplémentaire de foyers* (voir tableau 43). Ce résultat peut être un nombre entier ou une fraction de foyer, lorsque le besoin est inférieur au nombre de places requis pour ouvrir un foyer.

Comme les foyers sont fréquentés principalement par des personnes de 80 ans ou plus, la croissance globale de ce groupe d'âges dans la population (voir tableau 43) prévue par le scénario III des projections OCSTAT a été utilisée pour déterminer l'augmentation du nombre de places nécessaires au maintien de l'accessibilité actuelle des foyers pour les générations futures. Cette croissance a été appliquée aux effectifs des différents types de foyers (généraliste, spécialisé jour, spécialisé **jour/nuite** et spécialisé **jour/nuite**). Cette projection suppose donc un besoin de places de foyer constant à tout âge supérieur à 80 ans.

L'augmentation du nombre de jours de prise en charge nécessaire au maintien à domicile de personnes de plus en plus fragiles a donc été testée par simulation évaluant cinq hypothèses qui sont présentées dans les tableaux 44 à 47 autour des valeurs de fréquentation observées et projetées sans changement.

#### **D.II.3.5. Évaluation des besoins : résultats des projections**

La modélisation n'est pas effectuée sur la base d'hypothèses, mais en faisant varier la fréquentation par palier d'une demi-journée de 1 à 3 jours par semaine.

Le palier à 1.5 jour par semaine et les fréquences observées sont très proches.

Les professionnels estiment qu'un accroissement de la fréquentation hebdomadaire moyenne à 2 jours par semaine est raisonnable et doit être prévu pour améliorer l'efficacité générale du réseau, indépendamment du type de foyer. C'est l'hypothèse la plus vraisemblable à privilégier.

Dans le cadre de la modélisation, d'autres hypothèses plus pessimistes en termes d'augmentation du besoin de fréquentation hebdomadaire ont été évaluées.

Ainsi, une fréquentation moyenne de 2.5 jours par semaine a été testée ; elle est utilisée pour le foyer spécialisé **jour/nuite**. Par ailleurs, elle ne peut être exclue pour l'instant pour les autres types de foyers en raison du vieillissement de la population et de l'accroissement du nombre de personnes d'âges les plus élevés.

---

<sup>25</sup> Excepté 2013, année pour laquelle aucune donnée n'est disponible.

La modélisation de trois jours de fréquentation hebdomadaire correspond à une fréquentation extrême très rarement réalisée. Elle est donc peu probable d'ici 2019, sauf si une pression très forte imprévue s'exerce sur le secteur maintien à domicile du réseau.

**Tableau 44 : Foyer généraliste : besoins à l'horizon 2019, à Genève**

<b>Foyer généraliste</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
<b>Estimation du besoin (CFT y.c. liste d'attente) (places*jours/an)</b>					
<i>hyp. fréq. hebd. 1.6 j/sem (effet population)</i>	25'387	26'014	26'696	27'425	28'145
simulation avec fréq. hebd. 2.0 jours/sem	31'733	32'518	33'370	34'281	35'182
simulation avec fréq. hebd. 2.5 jours/sem	39'667	40'647	41'713	42'852	43'977
simulation avec fréq. hebd. 3.0 jours/sem	47'600	48'776	50'056	51'422	52'772
<b>Besoin supplémentaire conditionnel en foyers (projeté au 31.12)</b>					
<i>hyp. fréq. hebd. 1.6 j/sem (effet population)</i>	0.9	1.1	1.4	1.6	1.8
simulation avec fréq. hebd. 2.0 jours/sem	2.9	3.2	3.4	3.7	4.0
simulation avec fréq. hebd. 2.5 jours/sem	5.4	5.7	6.1	6.4	6.8
simulation avec fréq. hebd. 3.0 jours/sem	7.9	8.3	8.7	9.1	9.5

CFT : Capacité fonctionnelle totale.

Source : DGS

Le tableau 44 présente l'estimation du besoin de places nécessaires pour couvrir la capacité fonctionnelle totale de 2014 à 2019, sur la base de la fréquentation hebdomadaire observée. Le besoin supplémentaire correspondant seulement à l'effet populationnel est présenté en italique, puis sont décrits les résultats de la modélisation (simulation) en variant la fréquentation hebdomadaire, comme exposé ci-dessus. En regard de chaque hypothèse de fréquentation se trouvent l'estimation, d'une part, des journées à la fin de l'année et, d'autre part, des foyers supplémentaires pour la croissance de la population et l'augmentation de la fréquentation hebdomadaire.

De 2016 à 2019, le besoin en foyer généraliste (tableau 44) augmente progressivement. Pour accommoder la liste d'attente et la croissance de la population, un foyer supplémentaire est nécessaire dès 2016 puis un second entre 2018 et 2019, avec un impact et une utilisation de la flexibilité des foyers pour gérer la liste d'attente et la fréquentation hebdomadaire.

En augmentant la fréquentation moyenne de 1.6 à 2.0 jours par semaine, trois foyers supplémentaires sont à prévoir dès 2016 et un quatrième en 2018.

**Tableau 45 : Foyer spécialisé jour : besoins à l'horizon 2019, à Genève**

<b>Foyer spécialisé jour</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
<b>Estimation du besoin (CFT y.c. liste d'attente) (places*jours/an)</b>					
<i>hyp. fréq. hebd. 1.8 j/sem (effet population)</i>	7'411	8'784	9'015	9'261	9'504
simulation avec fréq. hebd. 2.0 jours/sem	8'234	9'760	10'016	10'290	10'560
simulation avec fréq. hebd. 2.5 jours/sem	10'293	12'200	12'520	12'862	13'200
simulation avec fréq. hebd. 3.0 jours/sem	12'351	14'640	15'024	15'434	15'840
<b>Besoin supplémentaire conditionnel en foyers (projeté au 31.12)</b>					
<i>hyp. fréq. hebd. 1.8 j/sem (effet population)</i>	1.0	1.3	1.4	1.5	1.5
simulation avec fréq. hebd. 2.0 jours/sem	1.2	1.6	1.7	1.7	1.8
simulation avec fréq. hebd. 2.5 jours/sem	1.7	2.2	2.3	2.4	2.5
simulation avec fréq. hebd. 3.0 jours/sem	2.3	2.9	3.0	3.1	3.2

CFT : Capacité fonctionnelle totale.

Source : DGS

**Tableau 46 : Foyer spécialisé jour/nuit : besoins à l’horizon 2019, à Genève**

Foyer spécialisé jour/nuit	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Estimation du besoin (CFT y.c. liste d'attente) (places*jours/an)</b>					
<i>hyp. fréq. hebd. 1.8 j/sem (effet population)</i>	5'391	5'524	5'669	5'824	5'977
simulation avec fréq. hebd. 2.0 jours/sem	6'057	6'207	6'370	6'544	6'715
simulation avec fréq. hebd. 2.5 jours/sem	7'572	7'759	7'962	8'180	8'394
simulation avec fréq. hebd. 3.0 jours/sem	9'086	9'310	9'555	9'815	10'073
<b>Besoin supplémentaire conditionnel en foyers (projeté au 31.12)</b>					
<i>hyp. fréq. hebd. 1.8 j/sem (effet population)</i>	0.6	0.7	0.7	0.8	0.8
simulation avec fréq. hebd. 2.0 jours/sem	0.8	0.9	0.9	1.0	1.0
simulation avec fréq. hebd. 2.5 jours/sem	1.3	1.3	1.4	1.5	1.5
simulation avec fréq. hebd. 3.0 jours/sem	1.7	1.8	1.9	2.0	2.0

CFT : Capacité fonctionnelle totale.

Source : DGS

Les tableaux portant sur les foyers spécialisés (tableaux 45 et 46 - jour et **jour/nuit**) sont construits comme le tableau 44 déjà expliqué. Ils peuvent être traités simultanément, parce qu'ils délivrent des prestations proches qui, moyennant une organisation appropriée, peuvent remplir les deux missions (accueil de jour et accueil de jour/nuit).

Ces deux tableaux indiquent un besoin total supplémentaire de 2 à 3 foyers sur la période 2016-2019 pour répondre à la croissance de la population et absorber la liste d'attente. Les mêmes remarques concernant la flexibilité des organisations sont valables.

À noter que leur fréquentation hebdomadaire est déjà supérieure ou égale à 1.8 jour en moyenne.

**Tableau 47 : Foyer spécialisé jour/nuit : besoins à l’horizon 2019, à Genève**

Foyer spécialisé jour/nuit	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Estimation du besoin (CFT y.c. liste d'attente) (places*jours/an)</b>					
<i>hyp. fréq. hebd. 2.0 j/sem (effet population)</i>	877	899	922	947	972
simulation avec fréq. hebd. 2.0 jours/sem	877	899	922	947	972
simulation avec fréq. hebd. 2.5 jours/sem	1'096	1'123	1'153	1'184	1'215
simulation avec fréq. hebd. 3.0 jours/sem	1'315	1'348	1'383	1'421	1'458
<b>Besoin supplémentaire conditionnel en foyers (projeté au 31.12)</b>					
<i>hyp. fréq. hebd. 2.0 j/sem (effet population)</i>	0.2	0.2	0.2	0.2	0.3
simulation avec fréq. hebd. 2.0 jours/sem	0.2	0.2	0.2	0.2	0.3
simulation avec fréq. hebd. 2.5 jours/sem	0.4	0.5	0.5	0.6	0.6
simulation avec fréq. hebd. 3.0 jours/sem	0.7	0.8	0.8	0.9	0.9

CFT : Capacité fonctionnelle totale.

Source : DGS

Le tableau portant sur le foyer spécialisé de nuit (tableau 47) est construit comme le tableau 44 expliqué plus haut. Les données de simulation concernant les 4 places de foyer de nuit ne montrent pas de besoin supplémentaire si la fréquentation moyenne hebdomadaire ne change pas (tableau 47).

**D.II.3.6. Conclusion et mesures proposées**

En 2016, au minimum 3 foyers devraient être ouverts, dont 2 spécialisés jour (tableau 48). L'un de ces derniers pourrait être un foyer jour/nuit. D'ici 2019, deux autres foyers seraient nécessaires.

**Tableau 48 : Foyers : synthèse des besoins 2016-2019 à Genève, selon le type de foyer et la fréquentation moyenne hebdomadaire observée**

Foyers	2016	2017	2018	2019	Total
généraliste	1	-	1	-	2
spécialisé jour <sup>1</sup>	1	-	-	1	2
spécialisé jour/nuît <sup>1</sup>	1	-	-	-	1
spécialisé jour/nuît	-	-	-	-	-

(1) Les domaines spécialisé jour et spécialisé jour/nuît ont un besoin cumulé d'accroissement ; cependant, aucun des deux types n'atteint l'unité seule.

Source : DGS

Par ailleurs, pour permettre une activité plus efficiente en augmentant la fréquentation hebdomadaire moyenne à 2 jours, l'optimum serait d'ouvrir 3 foyers généralistes et 3 foyers spécialisés (tableau 49) en 2016.

Une nouvelle ouverture d'un foyer jour/nuît (par exemple, 4 places) pourrait être nécessaire en 2017, ainsi que celle d'un foyer généraliste en 2018 pour disposer d'un nombre optimum.

**Tableau 49 : Foyers : synthèse des besoins 2016-2019 à Genève, selon le type de foyer et la fréquentation moyenne hebdomadaire optimisée**

Foyers	2016	2017	2018	2019	Total
généraliste	3	-	1	-	4
spécialisé jour <sup>1</sup>	2	-	-	-	2
spécialisé jour/nuît <sup>1</sup>	1	-	-	-	1
spécialisé jour/nuît	-	1	-	-	1

(1) Les domaines spécialisé jour et spécialisé jour/nuît ont un besoin cumulé d'accroissement ; cependant, aucun des deux types n'atteint l'unité seule.

Source : DGS

Il n'y a actuellement pas de projet précis d'ouverture d'un foyer planifié sur la période. Ces ouvertures demandent l'engagement de plusieurs acteurs qui ne dépendent pas du canton ainsi que des opportunités immobilières. En revanche, le financement de l'ouverture d'un 6<sup>ème</sup> jour dans quatre foyers a été prévu en 2016. Par ailleurs, des projets d'ouverture de foyers sont à l'étude dans le cadre de projets de construction d'IEPA.

## **D.II.4. Unités d'accueil temporaire de répit**

## D.II.4. Unités d'accueil temporaire de répit

### En bref

#### Projeté-réalisé

En 2012, les UATR comptaient 44 lits répartis sur quatre sites. La planification précédente préconisait d'augmenter l'offre totale à 100 places d'ici 2015. Cette cible n'a pas pu être atteinte, constat à mettre en regard du taux d'occupation des places qui reste à améliorer.

#### Données utilisées

Les données 2012 montrent que 385 clients ont séjourné 522 fois en UATR pendant une durée moyenne 18 jours.

#### Modèles et méthodes de projection

Un rapport d'évaluation externe sur la situation en 2012 a été remis au Conseil d'Etat en 2014. Ce document évalue les besoins en comparant la densité moyenne des UATR dans le canton avec celle du reste de la Suisse. Celle-ci était en moyenne de 1 lit pour 1'000 habitants âgés de 65 ans et plus en 2012.

#### Projections

Les besoins par rapport à la planification précédente sont inchangés. A fin 2015, 40 lits étaient exploités ; 60 lits supplémentaires devraient donc être créés d'ici le terme de la planification actuelle.

#### Mesures proposées pour augmenter l'efficacité de la réponse aux besoins

Il est prévu d'ouvrir la soixantaine de lits UATR nécessaires de manière échelonnée (20 lits en 2016, 15 lits en 2017 et 2018 et 10 lits en 2019). L'UATR de Villereuse exploitée par l'imad devrait avantageusement être remplacée à terme par deux structures plus petites et dans des bâtiments mieux adaptés. Enfin, pour mieux exploiter le potentiel des structures intermédiaires actuelles, il est prévu de diminuer le prix quotidien du séjour en UATR afin de baisser leur seuil d'accès et de faire bénéficier davantage la population de ces prestations de répit permettant de retarder l'entrée en EMS.

### D.II.4.1. Contexte

#### a. Rôle des unités d'accueil temporaire de répit (UATR<sup>26</sup>)

Les UATR ont pour but de favoriser le maintien à domicile en offrant, indirectement, un temps de répit aux proches aidants (ou aux soignants) des personnes qu'elles accueillent. L'objectif visé est donc le retour à domicile de la personne concernée, avec ou sans soins à domicile. En cas de péjoration de son état de santé pendant le séjour en UATR, la personne âgée en perte d'autonomie sera orientée à sa sortie vers une unité d'accueil temporaire

<sup>26</sup> La dénomination genevoise UAT (R ou M) diffère des autres cantons suisses. A Genève, il s'agit de courts séjours, alors que d'autres cantons utilisent cette abréviation pour parler des foyers de jour.

médicalisée (UATM) (si les critères d'admission sont respectés), un établissement hospitalier ou un EMS.

Les UATR sont destinées aux personnes qui présentent une situation médicale stable et dont 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 clients UATR sont suivis par leur médecin traitant ou son remplaçant, à défaut le médecin de garde est sollicité ou le client est transféré à l'hôpital.

#### **b. Caractéristiques de fonctionnement**

Pour être admis en UATR, le client doit être domicilié dans le canton de Genève, être à la retraite (âge AVS ou dérogation) et disposer d'une prescription médicale pour un séjour temporaire en UATR.

Pour les clients de l'imad, la demande d'admission s'effectue auprès de l'infirmière de liaison de l'UATR, qui vérifie que le motif du séjour correspond à l'un des critères suivants :

- besoin de répit de la part d'un proche aidant ;
- absence d'un proche aidant (hospitalisation, vacances) ;
- travaux d'aménagement du lieu d'habitation ;
- demande de répit des infirmiers à domicile.

Les admissions se font depuis le domicile ou le service des urgences des HUG. L'UATR peut refuser une admission si le patient nécessite des soins médicaux, une rééducation ou que le retour à domicile n'est pas envisageable.

La durée de prise en charge est au minimum de 5 jours et peut aller jusqu'à 45 jours par année (une fois cette limite atteinte, une dérogation est possible dans certains cas).

Les UATR offrent des soins dans le but de maintenir ou d'améliorer l'autonomie de leurs clients, ainsi que des activités telles que des animations, des promenades, des visites ou des repas en commun. Le séjour en UATR est aussi l'occasion de faire le point avec le client, et avec ses proches, sur son état de santé et l'adéquation de son environnement à son retour à domicile.

#### **D.II.4.2. Projeté-réalisé**

En 2012, les 44 lits d'UATR à la disposition des habitants du canton de Genève étaient répartis sur quatre sites : Les Jumelles à Thônex (9 lits), Villereuse en ville de Genève (29 lits), cliniques genevoises de Joli-Mont (5 lits) et de Montana (1 lit). Les UATR des Jumelles (ouverte en automne 2010) et de Villereuse (ouverte en automne 2011) sont gérées par l'imad.

Le rapport de planification sanitaire 2012-2015 préconisait d'augmenter à 100 places au total l'offre en lits d'UATR d'ici 2015. Soit la mise à disposition de 56 places de plus entre 2012 et 2015. Cette cible n'a pas pu être atteinte, constat à mettre en regard du taux d'occupation des places qui reste à améliorer.

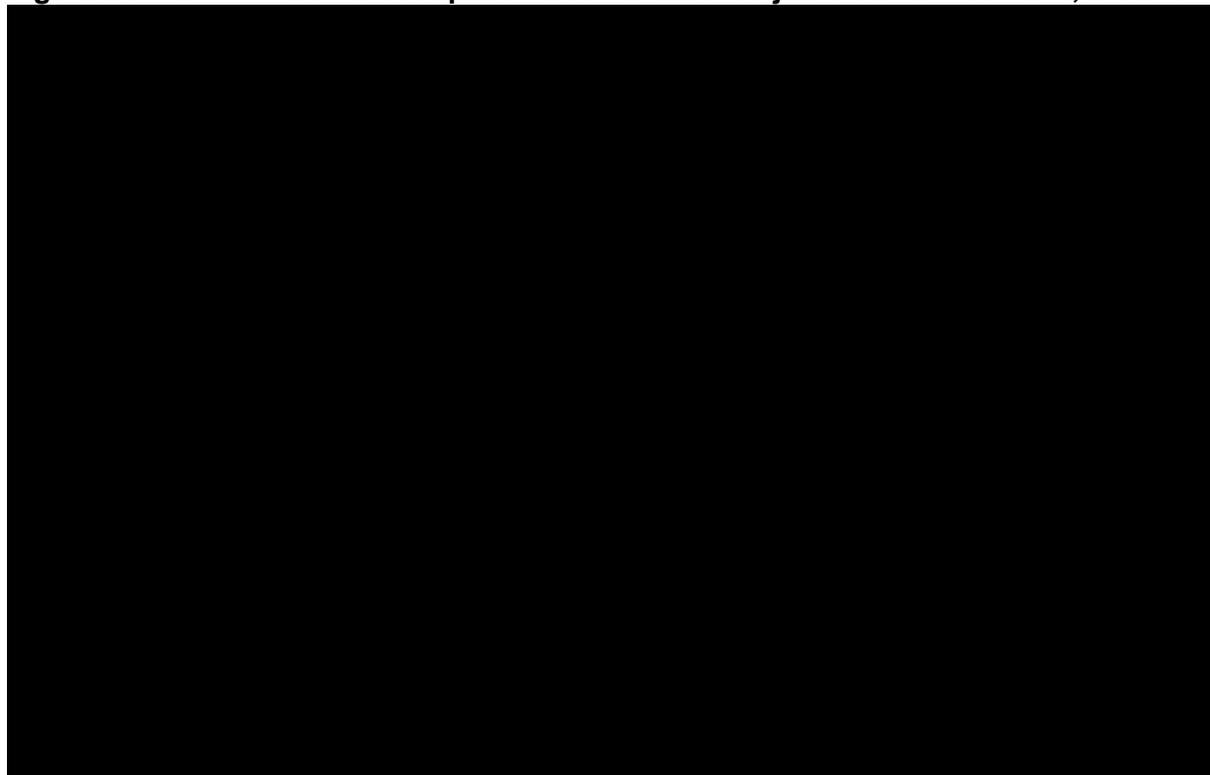
#### **D.II.4.3. Données utilisées**

Au total, ce sont 385 clients qui ont été admis pour un séjour au moins en UATR en 2012, toutes unités confondues, dont une majorité de personnes âgées de 80 ans ou plus (72 %). À ces 385 clients correspondent 522 séjours, un même client pouvant effectuer plusieurs séjours pendant l'année. Ainsi, les trois quarts des clients ont effectué un seul séjour pendant l'année 2012, alors que les autres clients ont effectué entre 2 et 6 séjours pendant l'année civile, soit 231 séjours ou 45 % du nombre total de séjours (522). La durée moyenne

de séjour a été d'environ 18 jours, alors que la durée moyenne de répit, calculée en groupant les séjours multiples, s'est élevée à environ 24 jours.

Le taux d'occupation des lits varie du simple au double selon les périodes de l'année, avec un maximum durant l'été, la période de février à mai étant plus calme (voir la figure 38). Les pics surviennent aux mêmes périodes pour tous les UATR, au moment des vacances scolaires.

**Figure 38 : UATR : taux d'occupation des lits tous les jours de l'année 2012, à Genève**



En 2012, l'occupation réelle moyenne des lits UATR (déduction faite des annulations, qui empêchent d'exploiter les lits à leur maximum) a été de 89 % à Joli-Mont et Montana et de 55 % aux Jumelles et à Villereuse. L'imad a dénombré 228 annulations en 2012.

#### **D.II.4.4. Modèles et méthode de projection**

Conformément à la demande du législateur<sup>27</sup>, un mandat d'évaluation du dispositif UATR a été confié à un expert externe, qui a rendu son rapport au début de l'année 2014. Il a notamment été demandé à cet expert d'évaluer si les besoins en places d'UATR répondant à une logique de maintien à domicile étaient couverts et s'il était pertinent de développer des UATR répondant à une logique médico-sociale (préparation à l'entrée en EMS).

#### **D.II.4.5. Évaluation des besoins : résultats des projections**

Selon le rapport de l'expert externe, le nombre de lits de courts séjours en EMS était en moyenne de 1 lit pour 1'000 habitants âgés de 65 ans ou plus (chiffres 2012 valables pour la Suisse). Certains cantons, comme le canton de Vaud (1.6 lit pour 1'000 habitants âgés de 65 ans ou plus), affichaient des densités plus élevées.

<sup>27</sup> La loi 10611 du 6 mai 2010 – modifiant la loi 10064, du 4 décembre 2008 accordant une indemnité et des aides financières annuelles de fonctionnement à des institutions d'aide et de soins à domicile pour les années 2008 à 2011 – prévoit à l'article 11A une évaluation externe du dispositif UATR.

Le nombre de lits nécessaires au canton de Genève se situerait ainsi entre 76 lits (moyenne suisse) et 122 lits (chiffre vaudois). Ces chiffres confortent le besoin en lits UATR estimé à 100 lits au total dans le rapport de planification sanitaire 2012-2015.

#### **D.II.4.6. Conclusion et mesures proposées**

Le besoin de 100 lits UATR au total est confirmé. L'offre actuelle est de 40 lits, les places disponibles à Joli-Mont et Montana ayant été réorientées vers l'hospitalier en 2014 comme expliqué ci-dessous. Il reste donc l'équivalent de 60 lits à créer.

Dans son rapport au Grand Conseil sur l'évaluation de l'exploitation des UATR (RD 1061), le Conseil d'État, s'appuyant sur le rapport de l'expert externe<sup>28</sup>, entend, notamment, optimiser l'offre en UATR, supprimer les lits UATR dans les cliniques genevoises de Joli-Mont et de Montana et ouvrir des lits UATR dans certains EMS, moyennant la définition de critères de financement et d'admission.

Les séjours en UATR sont rares à Montana, à cause de l'éloignement de cette clinique. Cette distance rend également impossible le suivi du patient par son médecin traitant.

La mixité des missions de l'UATR de la clinique de Joli-Mont pose un problème déontologique, car les clients bénéficiant du répit sont mélangés aux patients en réadaptation ; ces derniers bénéficient d'un suivi médical étroit, qui n'est pas offert aux clients de l'UATR. En effet, ces derniers se trouvent sous un autre régime (suivi par le médecin traitant et non par le médecin hospitalier). Cette situation est difficile à vivre pour les patients, les médecins et les soignants.

En conséquence, les 6 lits UATR de Joli-Mont et Montana ont été fermés au 31 décembre 2014. L'offre en places UATR est ainsi passée de 44 à 38 unités au début de l'année 2015 et le nombre de sites a été réduit de 4 à 2 (Jumelles et Villereuse).

Les deux UATR gérées par l'imad n'ont pas été conçues pour l'accueil temporaire. Leur concept architectural n'est pas adéquat. L'UATR des Jumelles souffre de sa petite taille, alors que les 29 lits dans les 25 chambres de Villereuse sont répartis sur 5 étages. Il serait souhaitable de fermer ces deux structures en fonction des opportunités qui se présenteront, afin d'en ouvrir deux autres de 20 à 25 lits chacune, de chaque côté du Rhône, conçues dès le départ pour assumer une mission d'UATR.

Les soins sont particulièrement compliqués pour les personnes avec troubles cognitifs, qui perdent parfois tout repère en quittant leur domicile. Pour ce type de clients, la faisabilité d'une solution de type « baluchonnage » (une personne formée s'installe pendant plusieurs jours chez le client pour donner du répit au proche aidant) devrait être étudiée. Au cas où les résultats de cette étude seraient défavorables, il faudrait dédier un nouveau bâtiment aux personnes avec troubles cognitifs, qui soit un lieu fermé, pour éviter les risques liés aux déambulations et aux fugues. Ce bâtiment devrait idéalement offrir des lieux communs accueillants et un moindre éparpillement des chambres que le site de Villereuse.

En outre, afin de mieux exploiter le potentiel des structures intermédiaires actuelles il est prévu de diminuer le prix quotidien du séjour en UATR afin de baisser leur seuil d'accès et de faire bénéficier davantage la population de ces prestations de répit permettant de retarder l'entrée en EMS.

Enfin, les EMS sont habitués à offrir des soins de qualité tout en portant une bonne attention à la qualité de vie (animation, accueil des proches, etc.). A ce titre, ils restent des lieux

---

<sup>28</sup> Unité d'accueil temporaire de répit (UATR), Evaluation de l'exercice 2012, Rapport final à la DGS de Monsieur Y. Egli, 7 avril 2014.

intéressants pour créer des lits UATR, à condition toutefois que le retour à domicile soit planifié d'emblée et que ces lits de court séjour ne se substituent pas à des lits de long séjour. C'est pourquoi il serait utile d'identifier les EMS susceptibles d'aménager de nouvelles chambres d'UATR dans le cadre de leur gabarit actuel.

Outre le répit donné au proche aidant, ces lits UATR permettraient aux personnes concernées de se préparer à entrer en EMS sans que cela ne soit encore le moment. Un EMS ayant d'ores et déjà annoncé son intérêt, un projet pilote consistant à ouvrir deux lits de court séjour dans cette structure a été lancé en 2015. Ces lits doivent toutefois être distingués des lits UATR exploités par l'imad dont l'objectif est de favoriser le maintien à domicile plutôt que de préparer une admission en EMS. La montée en puissance des places d'UATR en EMS est prévue dans le sillage de ce projet pilote destiné à fixer les règles de fonctionnement et les critères d'admission (20 lits en 2016, 15 lits en 2017 et 2018, et 10 lits en 2019).

## **D.II.5. Unités d'accueil temporaire médicalisées**

## D.II.5. Unités d'accueil temporaire médicalisées

### En bref

#### Projeté-réalisé

Les UATM n'existant pas à l'époque du précédent rapport de planification sanitaire, la mise en miroir du projeté-réalisé n'est ici pas possible.

#### Données utilisées

Les données suivantes ont servi de base pour les estimations :

- le projet pilote de Cité générations de 7 lits de mai à octobre 2013 à Onex, projet cofinancé par l'Etat de Genève dès septembre 2014 ;
- le nombre de séjours « non justifiés » aux HUG en 2012.

#### Modèles et méthodes de projection

La projection est le résultat de l'extrapolation des données du projet pilote et des séjours « non justifiés » des HUG sur le type de séjours visés au sein des UATM. L'objectif est une répartition à parts égales entre les séjours hospitaliers « non justifiés » et les séjours hospitaliers « justifiés ».

#### Projections

En appliquant une palette de critères adéquats (service hospitalier, âge, critères d'éligibilité en UATM) aux données des HUG, l'expert aboutit à un total de 615 séjours, correspondant à un besoin de 10 lits UATM (pour une durée moyenne de séjour de 5 jours et un taux d'occupation de 85 %).

Les UATM devant en plus pouvoir accueillir le même nombre de cas d'hospitalisations dites justifiées, le besoin total est de 20 lits à répartir de préférence entre les deux rives du Rhône.

#### Mesures proposées pour répondre aux besoins/remarques

L'UATM exploitée par la Clinique et Permanence d'Onex SA figure sur la liste hospitalière cantonale. À ce titre, ses 7 lits sont subventionnés par l'État. La seconde UATM devrait se situer dans une autre région du canton et être intégrée dans une structure disposant d'un plateau médico-technique complet. Il n'existe actuellement aucun projet précis d'ouverture de nouveaux lits UATM.

### D.II.5.1. Contexte

#### a. But des unités d'accueil temporaire médicalisées (UATM)

Les UATM ont pour but de favoriser le maintien à domicile et permettent d'éviter des hospitalisations inappropriées. Elles sont destinées à des personnes qui ne peuvent

momentanément pas rester à domicile en raison d'une situation médicale urgente et aiguë, mais qui n'ont pas besoin du plateau technique d'un hôpital universitaire.

L'objectif visé est un suivi médical de proximité (médecin traitant) et un retour à domicile rapide de la personne concernée, avec ou sans soins à domicile. Dans certaines situations (proches non disponibles ou retour à domicile en toute sécurité devant être préparé par les services de soins à domicile ou besoin de convalescence), un passage en UATR peut être indiqué après le séjour en UATM et avant le retour à domicile.

En cas de péjoration pendant le séjour en UATM, la personne âgée en perte d'autonomie sera transférée de l'UATM vers les HUG.

## **b. Mission**

La mission des UATM est de faire de l'hospitalisation aiguë. Seuls les cas de chirurgie ou de soins intensifs ne sont pas pris en charge. Les UATM accueillent des personnes qui présentent une situation médicale instable, qui souffrent de pathologies physiques ou psychiques décompensées et qui nécessitent une surveillance médicale rapprochée. Ces unités répondent aussi à un besoin d'évaluation, d'ajustement thérapeutique ou de bilan psycho-gériatrique.

Les problèmes ou pathologies ciblés par les UATM sont principalement les chutes à domicile sans fracture, les décompensations cardiorespiratoires, les gastro-entérites, les bronchopneumonies, les troubles métaboliques, les soins palliatifs en phase terminale, les crises psychiatriques modérées ou psycho-gériatriques. On observe cependant une grande diversité dans l'éventail des pathologies traitées.

## **c. Critères d'admission**

Pour être éligible à un séjour en UATM, il faut remplir l'une des conditions suivantes (critères d'inclusion) :

- adaptation d'un traitement nécessitant une surveillance (antalgie, insuline, insuffisance cardiaque, rotation des opiacés, traitement antibiotique IV, etc.) ;
- investigation et traitement court pour un retour rapide à domicile (impossibilité de se mobiliser suite à une chute, déshydratation, difficulté temporaire à s'alimenter, difficulté dans la prise de médicaments) ;
- traitement médical aigu demandant une surveillance rapprochée (insuffisance cardiaque) ;
- situation médicale aiguë en présence d'un patient qui refuse une hospitalisation aux HUG ou en gériatrie ;
- indisponibilité temporaire des proches aidants, situation d'isolement dans une situation nécessitant une étroite surveillance médicale ;
- mise en place et renforcement du réseau d'aide à domicile et de soutien social dans une situation complexe ne permettant pas le maintien à domicile immédiat.

Les critères suivants excluent une prise en charge en UATM :

- la situation peut être gérée avec une visite médicale à domicile et des soins à domicile ;
- la situation peut être prise en charge par une UATR, absence de nécessité d'une intervention médicale urgente durant le séjour ;
- pathologie aiguë nécessitant un séjour en milieu hospitalier avec plateau technique ;
- nécessité d'un milieu de prise en charge fermé ;
- impossibilité de retour à domicile prévisible dès l'admission ;

- attente de placement (EMS, foyer) ;
- patients dont la symptomatologie pourrait nécessiter une intervention chirurgicale : douleurs abdominales et thoraciques, nausées et vomissements, hématurie, torsion du testicule, corps étranger dans les voies digestives par exemple ;
- les troubles mentaux et du comportement liés à l'alcoolisme, tentatives de suicide, épisode dépressif qui nécessitent des lieux de soins fermés.

#### **d. Prestations**

Les UATM offrent un suivi médical continu de quelques jours (en principe 5 jours) principalement à des personnes âgées en perte d'autonomie. Ils permettent, notamment, de gérer des situations de crise.

Les principales prestations visant à préparer le retour à domicile consistent à stabiliser le patient au plan médical, rassurer le patient et ses proches, prévenir les chutes à domicile, mettre en place un système d'alerte à domicile ou ajuster le traitement médicamenteux (ajout ou suppression de médicaments, modification des doses prescrites).

#### **e. Fonctionnement**

Le médecin traitant et l'équipe soignante habituelle peuvent continuer à suivre leur patient pendant le séjour en UATM. Si le médecin traitant le souhaite, les médecins et infirmiers de l'UATM prennent le relais pendant le séjour tout en assurant avec lui la continuité des soins. Garder un lien avec le médecin traitant ou les proches aidants du patient favorise un retour rapide à domicile. Un médecin et un infirmier sont disponibles sur place à tout moment en cas d'urgence.

La présence d'un centre d'urgence ouvert 24 h / 24 et 7 j / 7 avec un plateau médico-technique complet (radiologie, laboratoire, médecins spécialistes), permettant des prises en charge lourdes, est un atout pour assurer un diagnostic rapide ; la connaissance du patient par le médecin traitant habituel permet également d'aller directement à l'essentiel sans déclencher des prestations inutiles. L'UATM organise d'emblée le retour à domicile par des prestations de liaison ambulatoire.

Chaque jour, le trieur qui se trouve aux urgences des HUG est informé des disponibilités en lits de l'UATM.

#### **D.II.5.2. Projeté-réalisé**

Comme les UATM ne sont pas mentionnées dans le rapport de planification sanitaire 2012-2015, il n'est pas possible de comparer le besoin prévu en 2012 en termes de lits avec la réalité.

#### **D.II.5.3. Données utilisées**

Une expérience pilote d'UATM a été conduite par la clinique et permanence d'Onex dans les locaux de Cité générations dès la fin du mois de mai 2013. Cité générations est une « maison de santé », qui regroupe sous un même toit différents professionnels ainsi que de nombreux services de santé. Ce regroupement favorise la coordination, la continuité et l'interdisciplinarité des soins.

Ainsi, de fin mai à fin octobre 2013, cette UATM a accueilli 44 patients, correspondant à 50 séjours et 300 journées. L'âge moyen à l'admission de ces patients était de 80 ans. La majorité des patients (80 %) pouvait compter sur un proche aidant à domicile durant la journée et les deux tiers des patients (64 %) disposaient d'un proche aidant en continu. La durée moyenne de séjour a été de 6 jours, soit un peu plus que prévu avant le démarrage de l'étude-pilote (cette durée est cependant plus courte qu'attendue si l'on tient compte de la lourdeur des cas).

Les patients ont reçu en moyenne 6.3 heures de soins infirmiers directs (hors temps de surveillance infirmier) par séjour (environ une heure par jour). Ce volume de prestations est relativement modeste en regard de ce qui est habituellement fourni en milieu hospitalier, mais c'est l'un des buts visés : ne pas entreprendre des investigations inutiles et centrer les efforts sur la stabilisation de l'état de santé du patient pour rendre son retour à domicile possible.

La plupart des patients (deux tiers des cas) ont été référés par leur médecin traitant. Dans les autres cas, c'est le médecin hospitalier qui a adressé le patient à l'UATM, souvent après l'avoir gardé dans le centre des urgences jusqu'au matin. La moitié des patients ont été suivis en UATM par leur médecin traitant habituel.

Ces patients souffraient pour la plupart de pathologies chroniques (hypertension, troubles psychiatriques, diabète, insuffisance cardiaque et respiratoire), mais aussi d'infections. En termes de déficiences, les deux problèmes les plus fréquents ont été la douleur et les troubles de l'équilibre. Les patients étaient souvent en perte d'autonomie ou plus de la moitié d'entre eux étaient déjà suivis par les services de soins à domicile avant leur admission.

La majorité des patients (82 %) ont été admis à l'UATM pour des pathologies nécessitant en principe des soins hospitaliers. Cette proportion est plus élevée qu'attendu au démarrage du projet, probablement pour les raisons suivantes :

- de nombreux patients préfèrent l'UATM plutôt qu'une hospitalisation (mauvaise expérience, éloignement des proches, etc.) ;
- la présence d'un centre d'urgence 24 h / 24 et 7 j / 7 avec un plateau technique complet, permettant des prises en charge lourdes ;
- la demande insistante de plusieurs EMS proches pour admettre des situations médicales complexes afin d'éviter une hospitalisation ;
- le nombre de patients sortis des HUG très récemment dont les médecins traitants ou l'imad considèrent qu'une nouvelle hospitalisation ne résoudra pas la situation clinique et préfèrent une autre solution ;
- un problème médical complexe sous-estimé ou révélé lors de l'hospitalisation ;
- des demandes de soins palliatifs de proximité.

Étant donné les conclusions favorables de l'évaluation de l'expérience-pilote, l'État de Genève a décidé de cofinancer l'activité de l'UATM, dès le mois de septembre 2014. Ainsi, 552 journées, correspondant à 87 patients, ont été cofinancées par l'État en 2014. Cette activité correspond à un taux d'occupation de 66 % des sept lits de l'UATM. Il convient de préciser que les lits ne peuvent pas être occupés à 100 %, car certains lits sont bloqués par des patients « déclassés » en UATR ou par des attentes de placement en EMS. L'âge à l'admission de ces patients a varié entre 18 et 100 ans (âge moyen = 78 ans ; âge médian = 82 ans). La durée de séjour a varié entre 1 et 17 jours (durée moyenne de séjour = 6.3 jours ; durée médiane = 6 jours). Seuls des assurés au bénéfice de la seule assurance de base ont été pris en charge.

Sur l'ensemble des séjours réalisés depuis l'ouverture de l'UATM, on observe que 50 % des séjours se soldent par un retour à domicile sans encadrement, 25 % par un retour à domicile avec des soins à domicile, 10 % par une hospitalisation, 9 % par un placement en EMS et enfin 1.4 % par des décès. Il est utile de rappeler que l'UATM est aussi conçue pour délivrer des soins palliatifs.

#### **D.II.5.4. Modèles et méthode de projection**

Un mandat d'évaluation du dispositif UATM a été confié à un expert externe, qui a rendu son rapport au début de l'année 2014<sup>29</sup>. Il a, notamment, été demandé à cet expert d'analyser la faisabilité et l'utilité de développer une telle structure. Il s'agissait également de préciser la mission des UATM et d'examiner leurs modalités de financement.

#### **D.II.5.5. Évaluation des besoins : résultats des projections**

Selon le rapport de l'expert externe, le nombre de patients susceptibles de bénéficier d'un séjour en UATM peut être estimé sur la base du nombre de séjours hospitaliers « non justifiés » (en 2012, 10 % des séjours HUG sont jugés inappropriés) et en excluant parmi ces derniers les « candidats à la chirurgie d'un jour ». En appliquant des critères supplémentaires (service hospitalier, âge, critères d'éligibilité en UATM), l'expert aboutit à un total de 615 séjours, correspondant à un besoin de 10 lits UATM (pour une durée moyenne de séjour de 5 jours et un taux d'occupation de 85 %).

Cependant, l'expérience-pilote et l'analyse ont mis en évidence la difficulté à savoir à l'avance si une hospitalisation sera justifiée ou non. Il paraît inévitable qu'une partie des patients pris en charge par l'UATM corresponde à de « vraies hospitalisations ». Selon l'expert, l'idéal serait de parvenir à une proportion de 50 % d'hospitalisations « non justifiées » prises en charge par l'UATM, les autres cas étant des « hospitalisations justifiées », où les médecins installés et ceux de la clinique et permanence d'Onex suivent leurs patients dans un souci de continuité des soins sans refaire toutes les investigations. La création d'une autre UATM sur la rive gauche du Rhône, intégrée dans une structure offrant notamment un plateau médico-technique complet, permettrait d'offrir le même type de prestations à la population âgée de cette partie du canton. L'avantage serait de préserver la proximité des soins et d'obtenir ainsi des coûts d'hospitalisation moins élevés.

#### **D.II.5.6. Conclusion et mesures proposées**

En conclusion, le besoin est estimé au total à deux UATM de 10 lits chacune, avec la répartition indicative des cas suivante : 50 % d'hospitalisations justifiées et 50 % d'hospitalisations non justifiées. La seconde UATM devrait être située dans une autre région du canton que celle d'Onex, afin de garantir la participation des médecins de cette région à la supervision des traitements et investigations.

Suite à l'expérience-pilote de 2013 et au vu de l'activité réalisée en 2014, le département chargé de la santé a considéré que le financement de la prise en charge en UATM de personnes âgées fragilisées, évitant ainsi leur hospitalisation dans une structure lourde, était pertinent et que cette nouvelle prestation venait compléter utilement le dispositif existant de maintien à domicile. En conséquence, le Conseil d'État a inscrit l'UATM exploité par la clinique et permanence d'Onex sur la liste hospitalière adoptée le 24 juin 2015 avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> janvier 2015. L'UATM d'Onex sera donc liée à l'État par un mandat de prestations portant sur sept lits ou l'équivalent en journées.

---

<sup>29</sup> Unité d'accueil temporaire médicalisée (UATM), Evaluation de l'expérience pilote de mai à octobre 2013, Rapport final à la DGS de Monsieur Y. Egli, 7 avril 2014.

## **D.II.6. Immeubles avec encadrement pour personnes âgées**

## D.II.6. Immeubles avec encadrement pour personnes âgées

### En bref

Les IEPA sont construits et financés, non pas directement par l'Etat, mais par des fondations immobilières de droit public (en particulier la Fondation René et Kate Block), ainsi que par des fondations privées et communales. A noter également que les critères d'admission ont été restreints depuis la précédente planification (article 32 ; RSDom ; entrée en vigueur 1<sup>er</sup> février 2010).

### Projeté-réalisé

#### IEPA : logements disponibles, à Genève

Réalisé en 2012	Prévu pour 2012	Écart absolu	Écart relatif (%)
1'212	1'327	-115	-8.7

Source : OCSTAT, T 14.02.3.4.03 / DGS : selon planification 2012-2015, p. 97, § 21.1.6 : 500 nouveaux logements en 4 ans

Fin 2012, 115 logements de moins que le besoin estimé sont disponibles dans 19 IEPA.

### Données utilisées

Ont servi de bases les chiffres de l'OCSTAT au 31 décembre 2013 qui dénombrait 1'216 appartements, répartis dans 20 IEPA, occupés par 1'264 locataires, enrichis par des informations exhaustives sur les caractéristiques des locataires collectées auprès des régies.

### Modèles et méthodes de projection

L'analyse de la distribution de l'âge prévalent des résidents des IEPA montre que l'on peut raisonnablement utiliser les informations dérivées des analyses de la planification 2012-2015 pour déterminer les besoins futurs.

Le nombre d'occupants observé dans les immeubles pour personnes âgées en 2009 rapporté à la population totale de 2009 détermine le taux de locataires (y compris conjoints) pour 1'000 habitants en 2009. Ce même coefficient est ensuite appliqué à l'effectif total projeté de la population des années 2016 à 2019. Le résultat est finalement réparti par classes d'âges, de manière proportionnelle à la distribution par âges observée des locataires. Seules les classes d'âges de 65 ans ou plus sont utilisées pour définir les besoins.

## Projections

Le besoin en termes de logements augmente de 8 unités par année en 2016 et en 2017 et de 9 unités en 2018 et en 2019, pour accommoder l'effet de la croissance de la population, soit 34 logements supplémentaires en 4 ans.

### Nombre de locataires en 2009 et projeté, selon les classes d'âges sur la base de l'accroissement de la population

Âge H+F	Répartition observée des locataires avec conjoints, en 2009		Accroissement projeté de la population		Locataires projetés avec conjoints			
	En nombre	En %	2010-2015	2015-2020	2016	2017	2018	2019
0-64	98	7.8%	10'425	12'531	108	109	110	110
65-69	150	11.9%	801	-1'000	152	153	154	155
70-74	182	14.4%	2'498	868	187	189	190	192
75-79	244	19.3%	747	2'353	252	253	255	257
80-84	272	21.6%	774	826	279	281	283	285
85-89	202	16.0%	459	791	220	222	223	225
90-94	89	7.1%	876	478	97	97	98	99
95+	24	1.9%	45	460	25	25	25	25
<b>Total</b>	<b>1'261</b>	<b>100.0%</b>	<b>16'626</b>	<b>17'307</b>	<b>1'320</b>	<b>1'329</b>	<b>1'339</b>	<b>1'349</b>
<b>Total 65 ans ou +</b>	<b>1'163</b>	<b>0.92</b>	<b>6'201</b>	<b>4'776</b>	<b>1'212</b>	<b>1'220</b>	<b>1'229</b>	<b>1'238</b>
<b>Exprimé en nb appartements 65 ans ou +</b>					<b>1'166</b>	<b>1'174</b>	<b>1'183</b>	<b>1'191</b>
<b>Variation 65 ans ou +</b>					<b>8</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>9</b>

(1) Locataires des IEPA.

Source : imad (anciennement : FSASD) / DGS

Ces 34 logements supplémentaires viennent s'ajouter aux 500 logements projetés lors de la planification précédente. En soustrayant ensuite les logements ouverts en 2012 (18) et prévus en 2015 (40), le nombre de logements à construire d'ici fin 2019 est de 476.

### Mesures proposées pour augmenter l'efficacité de la réponse aux besoins

Plusieurs projets prévus pour ouverture à fin 2015 ont pris du retard et leur réalisation a été décalée sur la période 2016–2019. Ainsi, le département accompagne actuellement 14 projets de construction d'IEPA, correspondant à 734 logements, pour couvrir les besoins sur la période actuelle de planification. Ce nombre est supérieur de 258 unités au besoin évalué avec un scénario de développement constant.

Or, le dernier exercice de planification a permis de démontrer que l'IEPA est une solution avantageuse puisqu'il retarde l'admission en EMS d'environ 2 ans, au prix d'un encadrement léger sur 9 à 10 ans. De plus, ce système permet une prise en charge plus efficace par les services de soins et d'assistance à domicile en limitant les déplacements.

C'est notamment pour ces raisons que l'Etat a initié une révision du RSDom pour préciser les critères d'admission, les prestations délivrées aux locataires, les conditions de reconnaissance d'un IEPA, ainsi que celles à respecter pour pouvoir fournir des prestations IEPA. Il est notamment prévu de supprimer le critère du revenu, qui empêche certaines personnes qui pourraient bénéficier d'un logement IEPA, d'y accéder à cause d'un revenu trop élevé. Cette dernière mesure permettrait d'ouvrir l'accès aux IEPA et ainsi de favoriser une plus grande efficacité de prise en charge dans la durée.

### D.II.6.1. Contexte

La construction d'immeubles avec encadrement pour personnes âgées (IEPA) est un élément fondamental de la politique de maintien à domicile suivie par l'État. Ces immeubles permettent de retarder l'entrée en EMS. Ainsi, le rapport de planification médico-sociale et sanitaire 2012-2015 estimait à 500 le besoin de nouveaux logements IEPA d'ici à 2015. Cet objectif figurait également dans le rapport du Conseil d'État au Grand Conseil sur la politique publique cantonale en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie, sous l'axe stratégique « bien vieillir chez soi ». Dans son rapport de législature 2014-2018, le Conseil d'État a également indiqué qu'il entendait encourager le développement de ce type de structure, dite « intermédiaire ».

### Rôle des IEPA

La construction d'IEPA repose sur les fondations immobilières de droit public (FIDP), et plus particulièrement sur la Fondation René et Kate Block (FRKB), qui est orientée de par ses statuts vers le logement pour personnes âgées, ainsi que sur les fondations privées et communales. Ces immeubles proposent des appartements dont la conception architecturale est adaptée aux personnes âgées avec un système d'alarme intégré. De plus, ils offrent des prestations d'encadrement (encadrement social, prestations de sécurité et activités socio-communautaires) gérées par l'imad. Ils permettent d'augmenter le temps disponible auprès du client et de diminuer le temps de déplacement des équipes de l'imad car ces logements concentrent plusieurs clients dans un même lieu. L'encadrement social comprend de l'aide sociale (conseils individuels, soutien moral et démarches administratives), de l'intendance (achats de première nécessité, dépannage pratique lié à la vie quotidienne et accompagnement en cas de handicap physique) ainsi qu'un appui pour la mise en place d'une aide et de soins à domicile. Les activités socio-communautaires se composent d'animations et repas communautaires. 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 petits problèmes de santé nocturnes.

À côté des IEPA, il existe aussi des immeubles pour personnes âgées adaptés au plan architectural (abaissment des barrières architecturales), mais qui offrent des prestations variées et hétérogènes aux locataires (activités sociales par exemple). Ces derniers obtiennent par ailleurs d'autres prestations visant le maintien à domicile, délivrées par l'imad (repas par exemple), d'autres organisations de maintien à domicile ou des EMS<sup>30</sup>, qui rendent cette offre cohérente avec l'objectif de maintien à domicile.

Le rapport de planification médico-sociale et sanitaire 2012-2015 mettait l'accent sur la construction d'IEPA comme alternative aux séjours en EMS pour les personnes dont le besoin de soins est faible et ne justifie pas une institutionnalisation. Ce rapport préconisait ainsi la construction d'au moins un IEPA d'une soixantaine de logements d'ici 2015 pour accompagner l'accroissement démographique et maintenir le niveau de l'offre de 2011, qui comportait 19 immeubles<sup>31</sup> pour un total de 1'202 logements. Il suggérait que la construction d'ici 2015 de 8 IEPA d'une soixantaine d'appartements chacun (hypothèse maximale) — soit environ 500 logements — contribuerait à améliorer l'économicité du réseau.

### Conditions d'admission

Les conditions d'admission<sup>32</sup> actuelles dans les IEPA ne sont pas les mêmes qu'au moment des travaux de planification 2012-2015. Pour les personnes présentes dans les établissements au cours des dix ans d'observation sur lesquels s'est appuyée la planification,

<sup>30</sup> Par exemple, offre intégrée de la Maison de retraite du Petit-Saconnex (MRPS).

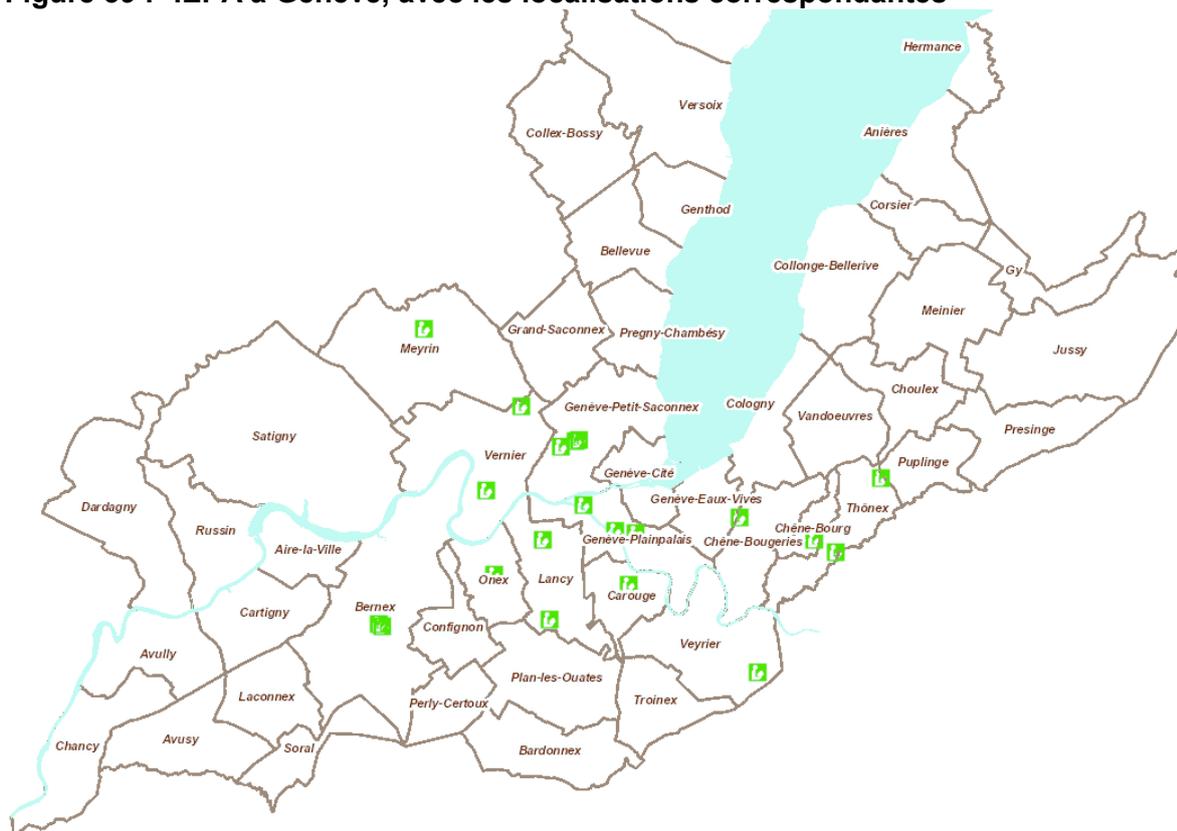
<sup>31</sup> Soit les IEPA suivants : Ansermet, Arc-en-Ville, Arénières, Avanchets, Bernex, Carouge-Centre, Champs-Frèchets, Chapelly, Chêne-Bourg, Chevillarde, Florimontaine, Franchises, Jumelles, Lignon, Onex III, Palettes, Rasses, Reposa et Saule. Dès 2012, également Meyrin-Liotard.

seuls l'âge AVS et le revenu permettant l'accès aux logements subventionnés étaient pris en considération. Il faut désormais respecter des critères d'admission plus exigeants, notamment en lien avec la santé. Les nouvelles conditions sont décrites à l'article 32 du RSDom, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> février 2010 :

- personne en âge AVS ;
- revenu permettant l'accès aux logements d'utilité publique (LUP) ;
- résidence dans le canton de Genève ;
- besoin de sécurité à domicile ;
- besoin de contacts sociaux ;
- besoin d'aide pour les activités de base de la vie quotidienne (AVQb) ;
- besoin d'aide pour les activités instrumentales de la vie quotidienne (AVQi) ;
- difficultés à gérer les affaires administratives courantes et absence d'un proche aidant pouvant suppléer à ces difficultés ;
- des dérogations sont possibles.

Au cours des dix prochaines années, la population de résidents de ces immeubles se renouvellera entièrement et l'effet des nouvelles conditions se manifestera progressivement par l'arrivée de résidents moins autonomes. Le parc immobilier des IEPA et les caractéristiques de leurs locataires changeront ainsi simultanément.

**Figure 39 : IEPA à Genève, avec les localisations correspondantes**



Source : Système d'Information du Territoire à Genève (SITG) - <http://ge.ch/sitg>

**D.II.6.2. Projeté-réalisé****Tableau 50 : IEPA : logements disponibles, à Genève**

Réalisé en 2012	Prévu pour 2012	Écart absolu	Écart relatif (%)
1'212	1'327	-115	-8.7

Source : OCSTAT, T 14.02.3.4.03 / DGS : selon planification 2012-2015, p. 97, § 21.1.6 : 500 nouveaux logements en 4 ans

Fin 2012, 1'212 logements IEPA sont disponibles dans 19 IEPA<sup>32</sup>, soit 115 (-8.7 %) de moins que le besoin estimé selon l'hypothèse appliquée en 2011 de 500 nouveaux logements en 4 ans ou 125 par année, malgré l'inauguration d'un vingtième IEPA de 18 logements début 2012. En effet, l'IEPA Meyrin-Liotard de la FRKB, situé route de Meyrin 17 à Genève, a été inauguré en février 2012.

Si le nombre de logements IEPA est en-dessous de la cible projetée pour 2012, il faut rappeler que des fondations ou des investisseurs privés sont à l'origine des projets de construction, et non pas l'État.

<sup>32</sup> L'IEPA Meyrin-Liotard n'est pas pris en compte dans le chiffre de l'OCSTAT.

### D.II.6.3. Données utilisées

Selon l'OCSTAT (Informations statistiques No 30 – 11.2014) et au 31 décembre 2013, on dénombrait 1'216 appartements<sup>33</sup>, répartis dans 20 IEPA, occupés par 1'264 locataires.

Durant l'année 2013, 105 nouveaux locataires ont intégré un IEPA et 126 ont quitté leur logement. Les causes de fin de location les plus fréquentes sont le placement en EMS (43 %) et le décès (25 %).

Pour l'exercice de planification 2012-2015, des informations exhaustives portant sur les caractéristiques des locataires avaient été collectées auprès des régies pour les IEPA et autres appartements protégés, puis saisies manuellement. Les résultats encore pertinents de ce relevé sont réutilisés.

La répartition en 2009 des occupants (nombre et %) des IEPA (avec conjoints), en regard de l'accroissement de l'effectif de population projeté pour deux périodes quinquennales, est présentée par classes d'âges dans le tableau 51. Ces données permettent de projeter le nombre de locataires en fonction de la croissance des effectifs des cohortes quinquennales due au vieillissement de la population. La description de la méthode de projection se trouve dans le sous-chapitre suivant (Modèles et méthode de projection, page 169).

**Tableau 51 : Répartition et proportion des locataires<sup>1</sup> en 2009, variation quinquennale de l'effectif de la population utilisé pour les projections et nombre de locataires projeté, selon les classes d'âges, à Genève**

Âge H+F	Répartition observée des locataires avec conjoints, en 2009		Accroissement projeté de la population		Locataires projetés avec conjoints			
	En nombre	En %	2010-2015	2015-2020	2016	2017	2018	2019
<b>0-64</b>	98	7.8%	10'425	12'531	108	109	110	110
<b>65-69</b>	150	11.9%	801	-1'000	152	153	154	155
<b>70-74</b>	182	14.4%	2'498	868	187	189	190	192
<b>75-79</b>	244	19.3%	747	2'353	252	253	255	257
<b>80-84</b>	272	21.6%	774	826	279	281	283	285
<b>85-89</b>	202	16.0%	459	791	220	222	223	225
<b>90-94</b>	89	7.1%	876	478	97	97	98	99
<b>95+</b>	24	1.9%	45	460	25	25	25	25
<b>Total</b>	<b>1'261</b>	<b>100.0%</b>	<b>16'626</b>	<b>17'307</b>	<b>1'320</b>	<b>1'329</b>	<b>1'339</b>	<b>1'349</b>
<b>Total 65 ans ou +</b>	<b>1'163</b>	<b>0.92</b>	<b>6'201</b>	<b>4'776</b>	<b>1'212</b>	<b>1'220</b>	<b>1'229</b>	<b>1'238</b>
<b>Exprimé en nb appartements 65 ans ou +</b>					<b>1'166</b>	<b>1'174</b>	<b>1'183</b>	<b>1'191</b>
<b>Variation 65 ans ou +</b>					<b>8</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>9</b>

(1) Locataires des IEPA.

Source : imad (anciennement : FSASD) / DGS

Pour la planification 2016-2019, l'imad a livré en mai 2015 des données permettant d'examiner certaines caractéristiques de 77 % des locataires des IEPA, notamment les dates de début et de fin de location des IEPA.

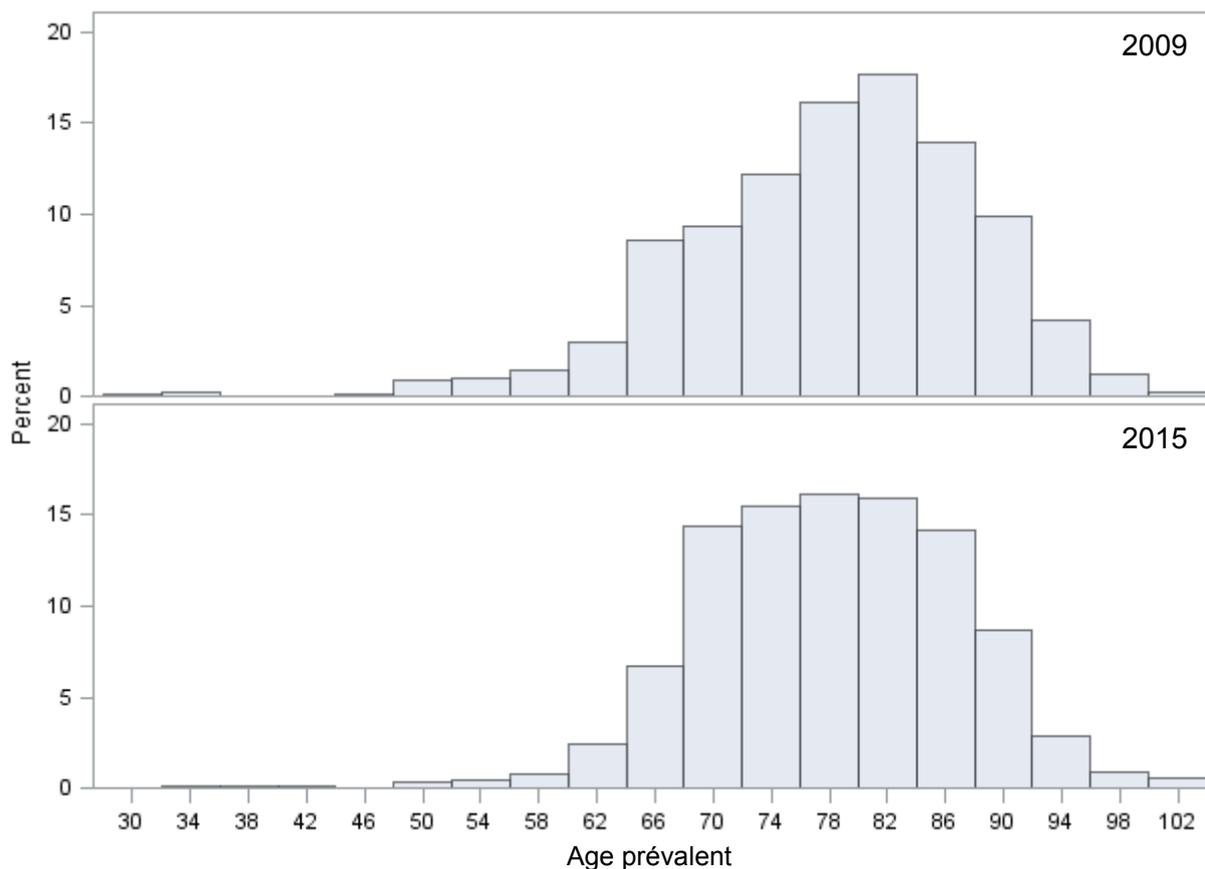
Les 951 locataires recensés, occupant 885 logements sont répartis dans 17 immeubles exploités par l'imad, sur un total de 20 IEPA. Ils sont entrés en moyenne à l'âge de 71.0 ans, la médiane étant très similaire. Les femmes, au nombre de 605, représentent 63.6 % de ce

<sup>33</sup> A savoir, 1'198 logements occupés plus les 18 vacants d'un immeuble changeant d'affectation avant rénovation.

collectif de locataires, dont l'âge moyen est de 78.2 ans. L'examen par immeuble de l'âge moyen des locataires montre une forte dispersion.

On observe une tendance à une augmentation de l'âge à l'admission, même si cette évolution a une influence négligeable sur l'âge moyen en raison du nombre de résidents et de la durée de séjour/location. Cette évolution de l'âge est surtout due à une diminution du nombre de personnes admises en-dessous de l'âge AVS, sachant que des personnes non-AVS mais handicapées sont admises sous dérogation dans ces logements.

**Figure 40 : IEPA : distribution de l'âge prévalent des résidents à Genève, en 2009 et 2015**



Données 2009 : complètes ; données 2015 : 77.0 % (uniquement IEPA exploités par l'imad)

Les labels sont aux centres des classes (par exemple, la colonne libellée « 70 » comprend les âges de 68 à 72 ans).

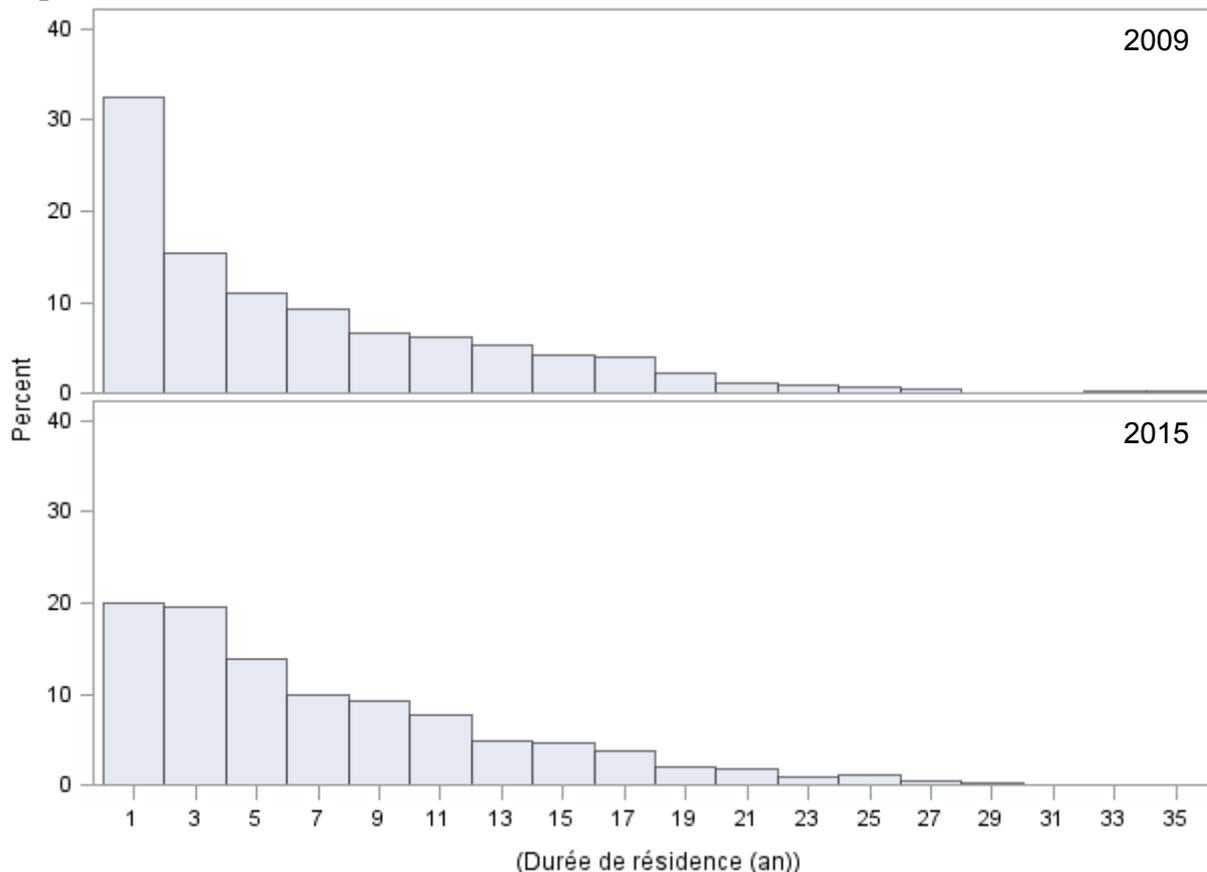
Source : imad (anciennement : FSASD) / DGS

Les deux distributions de la figure 40 sont assez similaires. On observe toutefois une diminution de l'effectif des moins de 68 ans entre 2009 et 2015.

L'âge moyen des locataires en 2009 était de 77.8 ans (médiane = 79.0 ans) et il est passé à 78.2 ans (médiane = 78.4 ans) en 2015 ; la différence de 0.4 ans est négligeable. Cette différence reflète le vieillissement de la population occupant les IEPA.

Cependant, l'âge moyen à l'entrée qui était de 71.9 ans (médiane = 72.0 ans) avant 2009 diminue à 71.0 (médiane = 70.2 ans) avant 2015. L'âge moyen des 476 personnes admises de 2010 à 2014 est de 73.5 ans (médiane = 72.9 ans). Ceci reflète la sélection de personnes un peu plus âgées lors de l'admission.

**Figure 41 : IEPA : distribution de la durée de location à Genève en 2009 et 2015**



Données 2009 : complètes ; données 2015 : 77.0 % (uniquement IEPA exploités par l'imad)  
 Les labels sont aux centres des classes (par exemple, la première colonne comprend les durées de résidence de 0 à 2 ans).  
**Source** : imad (anciennement : FSASD) / DGS

La figure 41 montre que la distribution de la durée de séjour en IEPA change très peu entre 2009 et 2015.

En effet, la durée moyenne de séjour des 1'379 personnes étudiées en 2009 était de 6.8 ans (médiane = 4.6 ans), alors que celle des 951 personnes recensées en 2015 est de 7.2 ans (médiane = 5.3 ans). Cela est dû à une réduction des courts séjours (0 à 2 ans).

Compte tenu de la variabilité des âges, des durées de séjour et d'une représentativité de 77.0 % dans l'échantillon 2015, on peut considérer les résultats 2015 superposables à ceux de 2009, tant pour la distribution de la durée de séjour que de celle de l'âge.

**D.II.6.4. Modèles et méthode de projection**

La comparaison des deux périodes montre que l'on peut raisonnablement utiliser les informations dérivées des analyses de la planification 2012-2015 pour déterminer les besoins futurs.

Le nombre d'occupants observé dans les immeubles pour personnes âgées en 2009 rapporté à la population totale de 2009 détermine le taux de locataires (y compris conjoints) pour 1'000 habitants en 2009. Ce même coefficient est ensuite appliqué à l'effectif total projeté de la population des années 2016 à 2019. Le résultat est ensuite réparti par classes d'âges, de manière proportionnelle à la distribution par âges observée des locataires. Seules les classes d'âges de 65 ans ou plus sont utilisées pour définir les besoins (tableau 51).

La dernière ligne du tableau 51 présente en outre le nombre de logements supplémentaires nécessaires chaque année, calculé comme la différence, d'une année à l'autre, des logements totaux projetés pour les 65 ans ou plus.

Ainsi, on fait les hypothèses que les appartements seront occupés par un ou plusieurs habitants, dans les mêmes proportions qu'en 2009 et que les nouvelles admissions dans ces logements ne concernent que les personnes de 65 ans ou plus.

#### D.II.6.5. Évaluation des besoins : résultats des projections

Le besoin en termes de logements augmente de 8 unités par année en 2016 et en 2017 et de 9 unités en 2018 et en 2019, pour accommoder l'effet de la croissance de la population, soit 34 logements supplémentaires en 4 ans.

Comme déjà évoqué, la précédente planification avait défini un besoin de 500 nouveaux logements IEPA dont la réalisation est toujours en cours et s'échelonne encore quelques années. Par conséquent, ce besoin s'ajoute à l'estimation de 34 logements supplémentaires due aux effets de la démographie. Compte tenu de l'ouverture d'un IEPA de 18 logements en 2012 et de celle prochaine, courant 2015, d'un IEPA de 40 logements, le besoin net d'élève à 476 logements.

Pour répondre à ce besoin de 476 logements supplémentaires, le DEAS accompagne 14 projets de construction d'IEPA qui devraient ouvrir pendant la période 2016-2019, pour un total de 734 logements (tableau 52 et tableau 53 pour la liste détaillée). Le besoin identifié devrait donc être largement couvert, avec la réserve qu'il n'est pas certain que tous les projets aboutissent.

La méthode de projection appliquée a aussi des limites, car les personnes arrivant à l'âge de l'AVS réalisent qu'elles pourraient bénéficier d'un logement en IEPA. La demande pourrait donc très rapidement augmenter, indépendamment de l'évolution de la démographie. Le nombre de projets de construction en cours témoigne de ce changement de mentalité.

**Tableau 52 : IEPA : année anticipée de mise en exploitation à Genève**

Année	2016	2017	2018	2019	Total
Exploitation anticipée	23	356	319	36	<b>734</b>

Source : DGS, état au 6 mai 2015.

**Tableau 53 : IEPA : liste des projets 2016-2019 à Genève**

Projets IEPA - 2016-2019	Commune	Nb de logements
16, rte de Meyrin - 1ère phase	Genève	78
Bourdonnette - 1ère phase	Vernier	120
Clair-Val	Thônex	40
De Saconnay	Grand-Saconnex	50
Les Vergers (Ecoquartier de Meyrin - B1)	Meyrin	10
Les Vergers (Ecoquartier de Meyrin - B13)	Meyrin	11
Franchises II	Genève	64
La Plaine, Dardagny	Dardagny	23
Les Vergers (C3SCH Les Ailes)	Meyrin	22
Les Vignes Rouges	Carouge	48
Marbriers	Petit-Lancy	83
Quartier de l'Adret	Lancy	106
16, rte de Meyrin - 2ème phase	Genève	43
Rue de Frémis	Puplinge	36
<b>Total général</b>		<b>734</b>

Source : DGS

Le renouvellement moyen de 187 résidents par année et l'ouverture de 734 nouveaux logements permettront donc l'accueil de 1'482 personnes âgées actuellement à leur domicile habituel sur la période 2016-2019.

#### **D.II.6.6. Conclusion et mesures proposées**

Si l'on considère la sévérité des atteintes à l'indépendance et à l'autonomie comme seul critère pour le choix des prestations les plus adéquates, l'appartement adapté est indiqué pour le maintien à domicile en présence d'une réduction de la mobilité et des pertes modérées d'autonomie. La gravité des déficits croissant avec le temps, ce type de domicile ne peut être conservé indéfiniment. Bien sûr, une part des locataires reste jusqu'au décès, mais au moins 43 % auront besoin d'un univers plus sécurisé offert en EMS, notamment pour les personnes souffrant de troubles cognitifs graves.

Lors du dernier exercice de planification, il a été démontré que l'IEPA est une solution avantageuse puisqu'il retarde l'admission en EMS d'environ 2 ans, au prix d'un encadrement léger sur une période de 9 à 10 ans.

De plus, cette stratégie de prise en charge représente un levier d'efficience permettant au collaborateurs des services d'aide et de soins à domicile de réduire leurs temps de déplacement et ne substitue pas aux EMS dont le nombre de résidents à faible besoin (classe PLAISIR < 4) est aujourd'hui très limité. De plus, les personnes en classe PLAISIR basses qui sont en EMS ont un besoin avéré d'être institutionnalisées pour d'autres raisons et malgré le peu de temps de soins qu'elles requièrent. Ces personnes ne pourraient donc pas être prises en charge dans le contexte d'un IEPA.

L'Etat accompagne actuellement 14 projets de construction d'IEPA et organise régulièrement des séances avec tous les acteurs concernés dans le but de faciliter l'avancement des projets. Une révision du RSDom est en préparation, afin de préciser les critères d'admission en IEPA, les prestations délivrées aux locataires, les conditions de reconnaissance d'un IEPA, ainsi que celles à respecter pour pouvoir fournir des « prestations IEPA ». En particulier, il est prévu de supprimer le « critère du revenu », qui empêche certaines personnes qui pourraient bénéficier d'un logement IEPA, d'y accéder à cause d'un revenu trop élevé.

## **D.III. Planification préhospitalière**

## D.III. Planification préhospitalière

### En bref

#### Projeté-réalisé

##### Nombre d'appels CASU (centrale d'appels sanitaires urgents) 144

Le nombre d'appels entrants n'avait pas fait l'objet d'une projection calculée. Sur la période écoulée l'on constate que le nombre total d'appels au 144 reste stable aux alentours de 100'000 par année.

##### Transports sanitaires urgents

Avec 26'487 interventions urgentes, le réalisé dépasse de 9.6 % le scénario 2 qui prévoyait essentiellement une croissance des interventions dans les zones suburbaines et périphériques.

L'augmentation constante de la charge de travail par tranche horaire depuis 2004 a entraîné une augmentation des ruptures de disponibilité. C'est pourquoi dès le 1 juillet 2012, la planification opérationnelle a été modifiée et le nombre d'ambulances augmenté de 12 à 15 la journée et de 8 à 10 la nuit.

##### Médicalisation en première intention

Entre 2009 et 2014, le nombre de prestations du Service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) a augmenté de 10.5%. Les missions REGA 15 mandatées par CASU tendent à augmenter légèrement pendant la même période.

#### Données utilisées

##### Nombre d'appels CASU 144

Les données exportées des systèmes d'aide à l'engagement servent de base à la projection ; l'activité de la centrale de transfert des HUG est a priori exclue. Ces données sont ensuite affinées par types d'appels et nombre d'interventions en découlant.

##### Transports sanitaires urgents et médicalisation en première intention

La mesure de l'activité des ambulances est basée sur les données des feuilles d'interventions préhospitalières (FIP). Les données d'activité du SMUR proviennent des extractions réalisées à partir du dossier patient informatisé des HUG (DPI) ; celles de l'hélicoptère REGA 15 sont fournies par les rapports d'activité du chef de base. Toutes ces données sont anonymisées à la source et seules les interventions urgentes sont retenues. Ces données sont finalement rapportées à la population résidente par classe d'âge et par territoire géographique sur le canevas déjà établi pour la planification 2011-2015.

#### Modèles et méthodes de projection

Les méthodes utilisées sont les mêmes que pour l'exercice précédent, avec une croissance de l'activité des ambulances dépendant essentiellement de la croissance de la population et

de l'évolution de l'incidence des interventions, en particulier chez les patients de plus de 65 ans. Deux scénarii de croissance différents sont à nouveau utilisés, mais cette fois en prenant en compte la charge de travail horaire afin d'éviter au maximum les ruptures de disponibilité.

## **Projections**

### Transports sanitaires urgents

Avec une augmentation de 16% à fin 2019, une poursuite de la croissance sur la même pente que précédemment est prévue, correspondant à 31'000-32'000 interventions annuelles (soit une augmentation annuelle de 3.2 % correspondant à 1'000 interventions par an). L'évaluation finale du besoin doit en plus prendre en compte les possibles ruptures de disponibilité pour cause de demandes simultanées dépassant l'offre en ambulances au même moment.

### Médicalisation en première intention

L'ouverture d'une deuxième base diurne du SMUR des HUG sur la rive droite en 2015, accompagnée d'un renforcement significatif des effectifs de cette unité, suffira à couvrir les besoins cantonaux jusqu'en 2019.

## **Mesures proposées pour augmenter l'efficacité de la réponse aux besoins**

Pour répondre à cet accroissement, la centrale 144 est sur le point d'être modernisée, mais il faudra également renforcer les effectifs d'ambulance de deux unités.

## **D.III.1. Contexte**

L'objectif de ce rapport est de fournir les données nécessaires à la planification sanitaire 2016-2019 (Loi sur la santé, du 7 avril 2006 (LS) (K 1 03), art 28) pour ce qui concerne la centrale 144 et les transports sanitaires urgents (Loi relative à la qualité, la rapidité et l'efficacité des transports sanitaires urgents, du 29 octobre 1999 (LTSU) (K 1 21)).

L'étude inclut l'activité de traitement des appels urgents par la centrale d'appels sanitaires urgents (CASU 144) ainsi que les interventions sanitaires urgentes mandatées par CASU 144 sur le territoire genevois, au profit de la population résidente ou de passage lors de la période précédente.

## **D.III.2. Projeté-réalisé**

Les nombres d'interventions annuelles réalisées de 2010 à 2012 ont été comparés au modèle établi sur la base des données 2004-2009 et des projections de population OCSTAT publiées en 2005. Ils ont été complétés par les données 2014, bien que la provenance des données soit différente et qu'il manque les données d'âges. Les écarts sont exprimés en pourcent de la valeur prédite.

### **D.III.2.1. Nombre d'appels CASU 144**

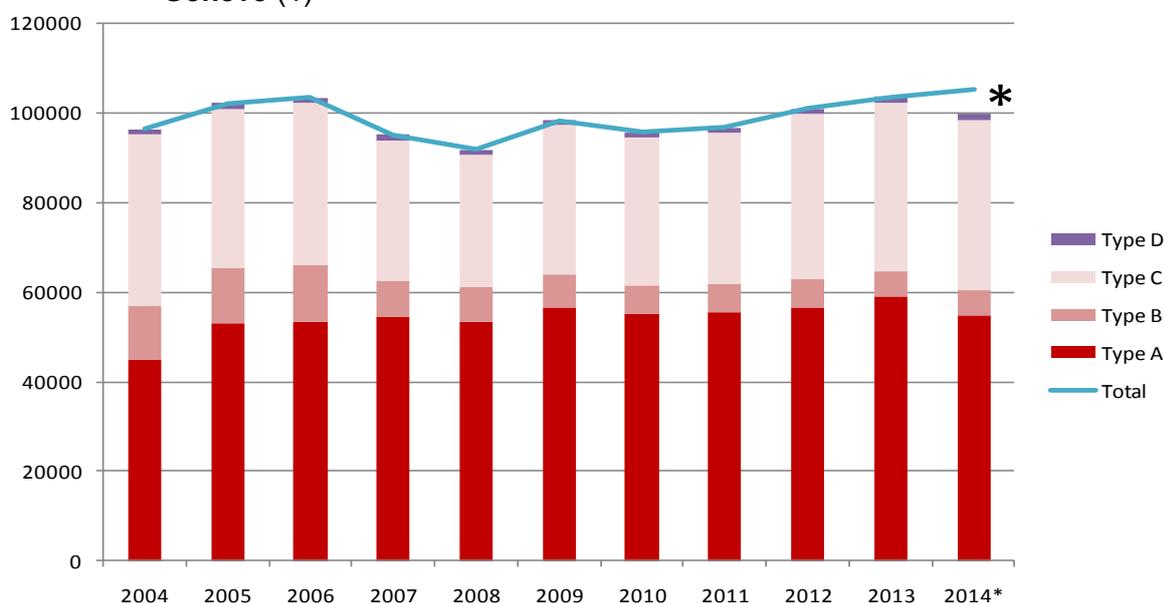
Le nombre d'appels entrants n'avait pas fait l'objet d'une projection calculée, seules les données réalisées entre 2004 et 2009 étaient présentées.

Le nombre total d'appels au 144 reste stable aux alentours de 100'000 par année. L'analyse du type d'appels montre que les appels urgents sont en augmentation alors que la part des appels de type C et D se réduit (figure 42). De plus, le nombre total d'appels urgents de type A a augmenté de 5 % entre 2010 et 2013 alors que les appels de type B sont en diminution (figure 43).

Durant la même période, le nombre de folios (ordre d'engagement d'une ambulance) a augmenté de 11 % (figures 44 et 45).

La traçabilité des appels augmente depuis la mise en place du Système d'aide à l'engagement (SAE) Intergraph® et le nombre de fiches tend à rejoindre la courbe des appels sanitaires urgents (Types A et B<sup>34</sup> ; figure 45). Il persiste toutefois une différence de 9'360 fiches d'appels à fin 2014. Une part inconnue est constituée par les réattributions à des interventions en cours. Le reste est constitué d'abandon d'appel par le régulateur, sans traçabilité.

**Figure 42 : Nombre et types d'appels entrants à la centrale Urgences-Santé 144 à Genève (1)**



(1) **Type A** : Entrée directe d'un appel par le numéro 144 ; **Type B** : Entrée indirecte d'un appel via une autre centrale d'urgence (117, 118, Vigie SSA<sup>35</sup>) ; **Type C** : Coordinations d'interventions ; **Type D** : Prestations pour des services tiers (Autres CASU suisses, SAMU 01, SAMU 74).

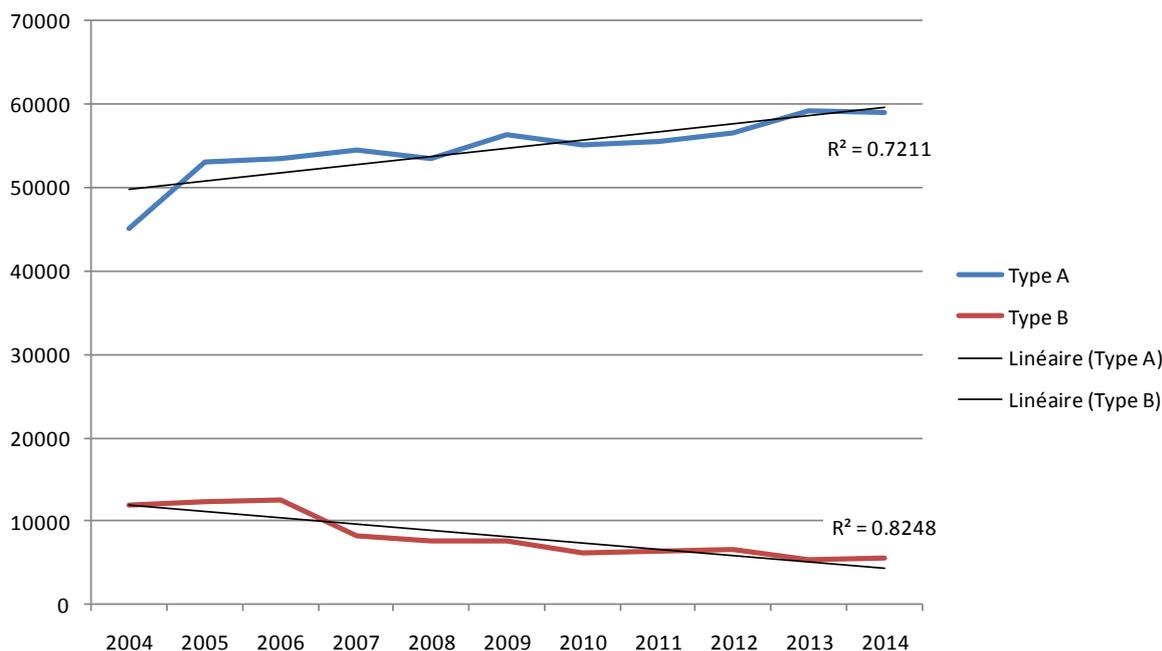
\* En 2014 une série de pannes informatiques a empêché la saisie des fiches d'appels durant 27 jours au total. Il y a donc une discordance entre le nombre d'appels total parvenus au serveur téléphonique et la somme des appels par ligne consignée dans le SAE.

Source : Brigade sanitaire cantonale

<sup>34</sup> **Type A** : Entrée directe d'un appel par le numéro 144 ; **Type B** : Entrée indirecte d'un appel via une autre centrale d'urgence (117, 118, Vigie SSA<sup>34</sup>) ; **Type C** : Coordinations d'interventions ; **Type D** : Prestations pour des services tiers (Autres CASU suisses, SAMU 01, SAMU 74).

<sup>35</sup> Service de sécurité de l'aéroport. Dispose d'une centrale d'alarme dédiée (« Vigie ») opérant des bascules d'appels sanitaires urgents vers le 144.

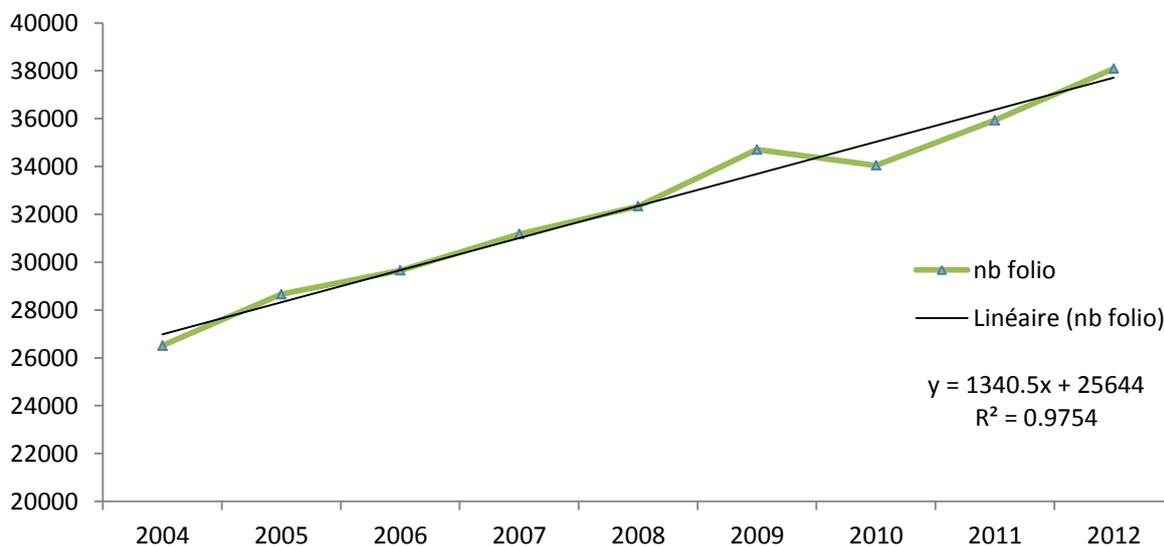
**Figure 43 : Évolution du nombre d'appels entrants à la centrale Urgences-Santé 144 à Genève (1)**



(1) **Type A** : Entrée directe d'un appel par le numéro 144 ; **Type B** : Entrée indirecte d'un appel via une autre centrale d'urgence (117, 118, vigie SSA).

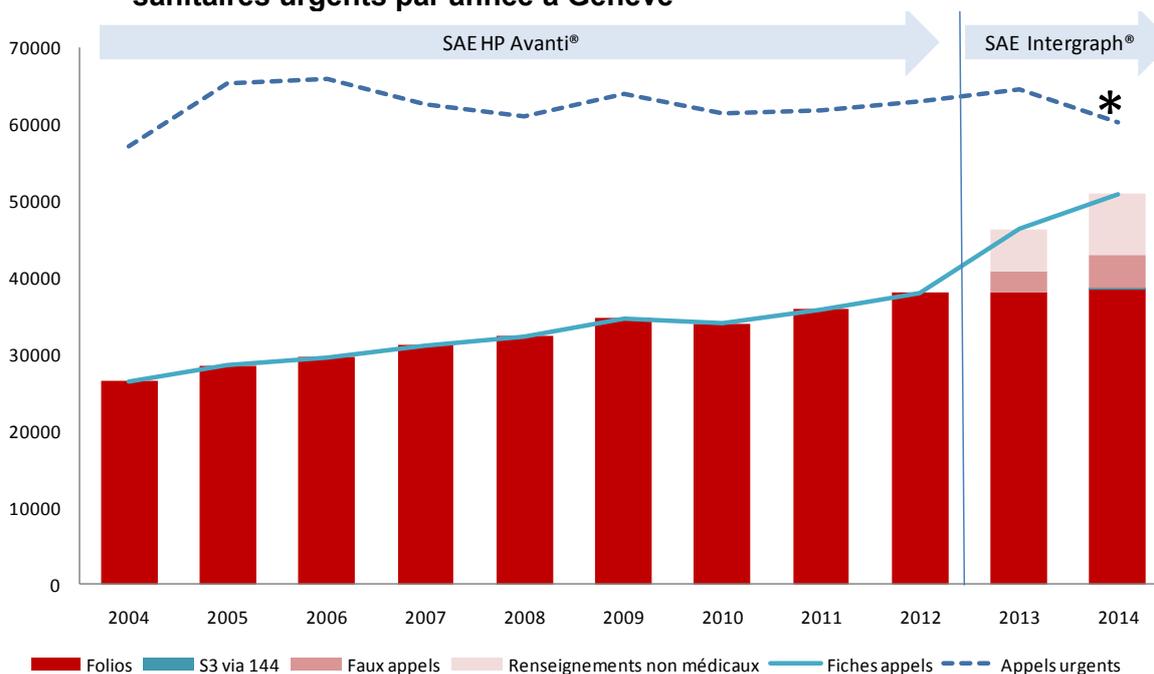
Source : Brigade sanitaire cantonale

**Figure 44 : Nombre de folios et modèle linéaire jusqu'en 2012 (ancien système d'aide à l'engagement) à Genève**



Source : Brigade sanitaire cantonale

**Figure 45 : Nombre d'appels urgents (Types A et B) entrants à la centrale d'appels sanitaires urgents par année à Genève**



\* En 2014 une série de pannes informatiques a empêché la saisie des fiches d'appels durant 27 jours au total. Il y a donc une diminution factice du nombre d'appels urgents.

Source : Brigade sanitaire cantonale

### D.III.2.2. Transports sanitaires urgents

En 2014, 26'487 interventions urgentes ont été recensées par CASU 144. Ce nombre dépasse le nombre projeté de 15.3 % ( $N_{proj} = 23'276$ ) dans le scénario 1<sup>36</sup> et de 9.6 % le scénario 2 ( $N_{proj} = 24'495$ ). La distribution des interventions parmi les âges n'est plus déterminée à partir de 2012 (figure 46).

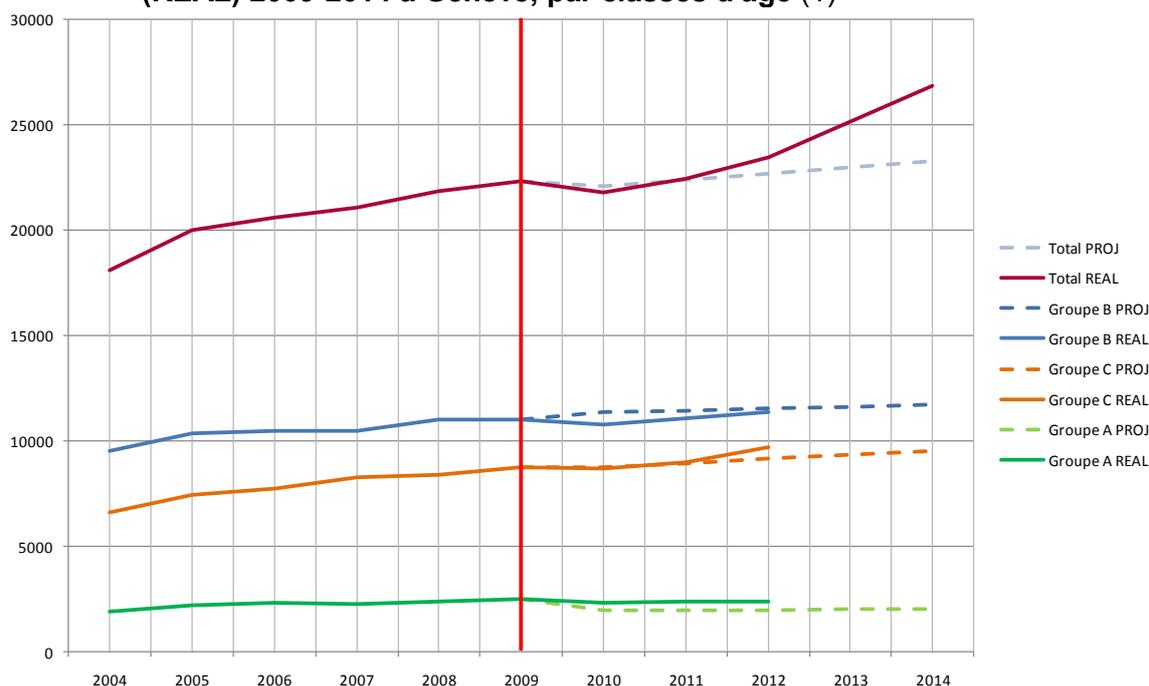
En 2012, sept communes bénéficient de 80 % des interventions d'ambulances (tableau 54) et 95 % d'entre elles sont réalisées dans 16 communes (tableau 54, figure 47). Le nombre d'interventions est stable en Ville de Genève et progresse rapidement dans les communes suburbaines avec une augmentation de 15 % en 2012 par rapport à 2009. La progression dans les communes suburbaines est de 7 % pour la même période (figure 48).

De la même manière, les secteurs Arve-Rhône et Rive-Droite montrent une croissance de 12 % et Arve-Lac de 16 % (figure 49).

Les incidences globales observées entre 2004 et 2014 restent stables en Ville de Genève et progressent ailleurs (6 % dans les communes suburbaines et 4 % dans les communes périphériques). L'incidence cantonale s'établit à 5.6 % en 2014 (figure 50) et progresse de 0.15 % par année en moyenne depuis 2004.

L'incidence progresse fortement pour le groupe C dans les communes suburbaines dans lesquelles elle atteint 14 % en 2012, dernière valeur disponible. Pour les groupes A et B, les incidences sont stables dans tous les territoires depuis 2009 à 2.4 % et 3.9 %, respectivement (figure 51). Nous observons ainsi que les incidences que nous avons prévues à l'horizon 2021 dans le scénario 2 de 2011 sont déjà atteintes.

<sup>36</sup> Voir chapitre « Modèle et méthode de projection ».

**Figure 46 : Nombre d'interventions d'ambulances projetées (PROJ) et observées (REAL) 2009-2014 à Genève, par classes d'âge (1)**

(1) **Groupe A** : 0-19 ans ; **Groupe B** : 20-64 ans ; **Groupe C** : > 64 ans. Le scénario de référence est le scénario 1. Les âges de patients ne sont plus disponibles depuis le 31.12.2012. Source de données (FIP 2004-2012), SAE 144 pour 2014. Le nombre total 2013 est interpolé.

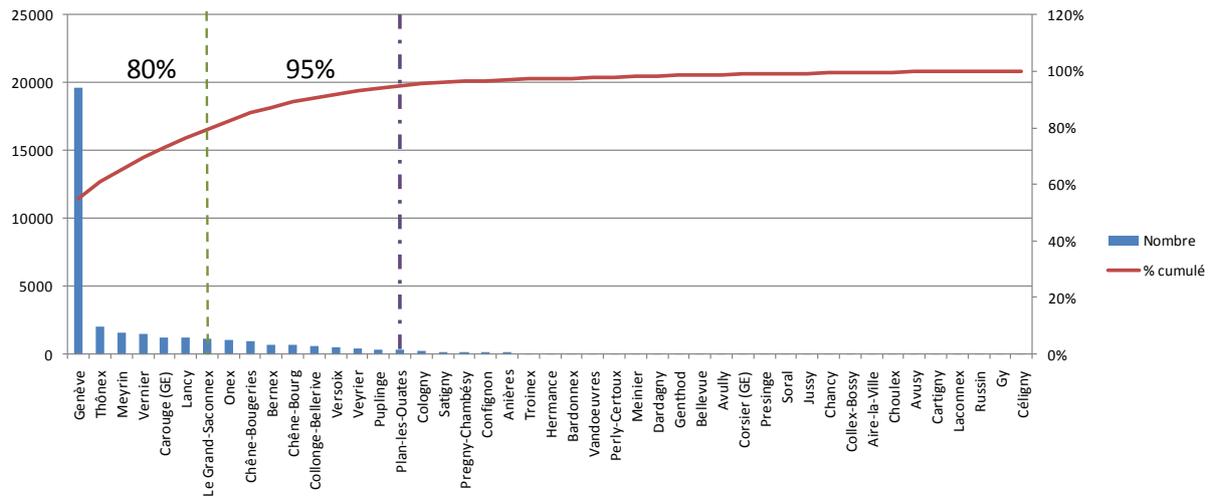
Source : Brigade sanitaire cantonale

**Tableau 54 : Pourcentage des interventions en 2012, selon les communes genevoises principales**

Commune	Nombre d'interventions	% cumulé
Genève	19607	55 %
Thônex	2059	61 %
Meyrin	1563	65 %
Vernier	1500	69 %
Carouge (GE)	1243	73 %
Lancy	1237	76 %
Le Grand-Saconnex	1097	80 %
Onex	1074	83 %
Chêne-Bougeries	958	85 %
Bernex	680	87 %
Chêne-Bourg	679	89 %
Collonge-Bellerive	577	91 %
Versoir	458	92 %
Veyrier	406	93 %
Puplinge	326	94 %
Plan-les-Ouates	323	95 %

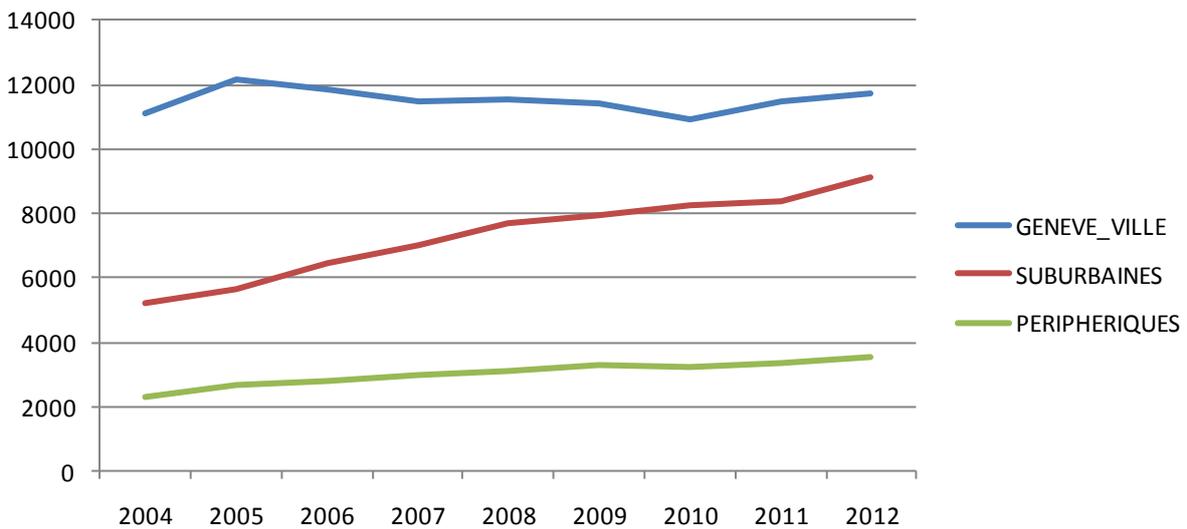
Source : Brigade sanitaire cantonale

**Figure 47 : Nombre d'interventions par commune genevoise avec pourcentage cumulé en 2012**



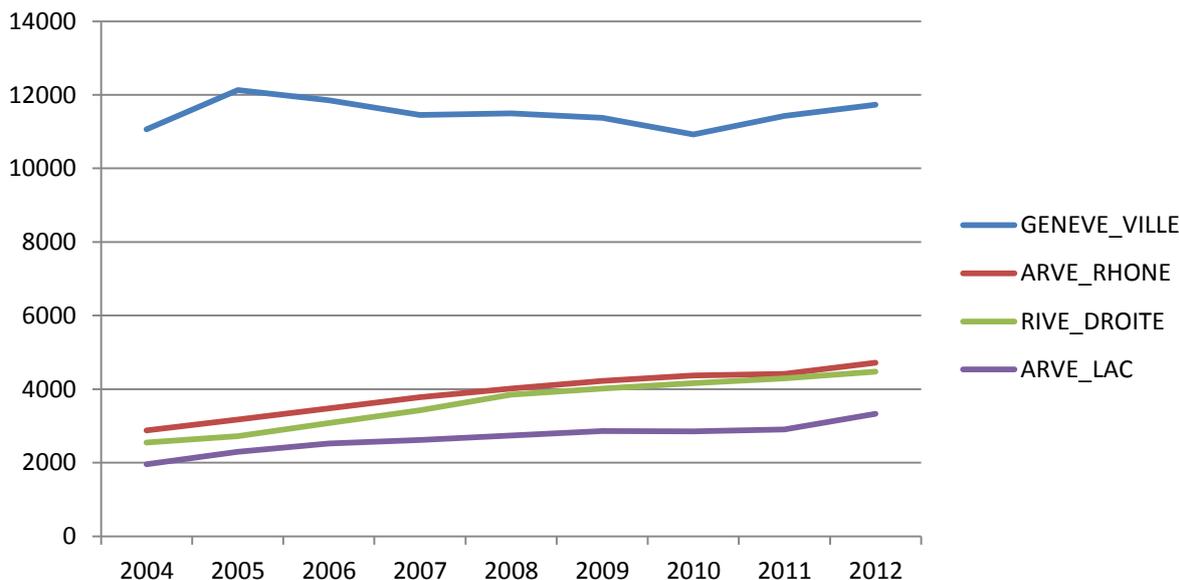
Source : Brigade sanitaire cantonale

**Figure 48 : Évolution du nombre d'interventions à Genève, selon l'urbanisation**



Source : Brigade sanitaire cantonale

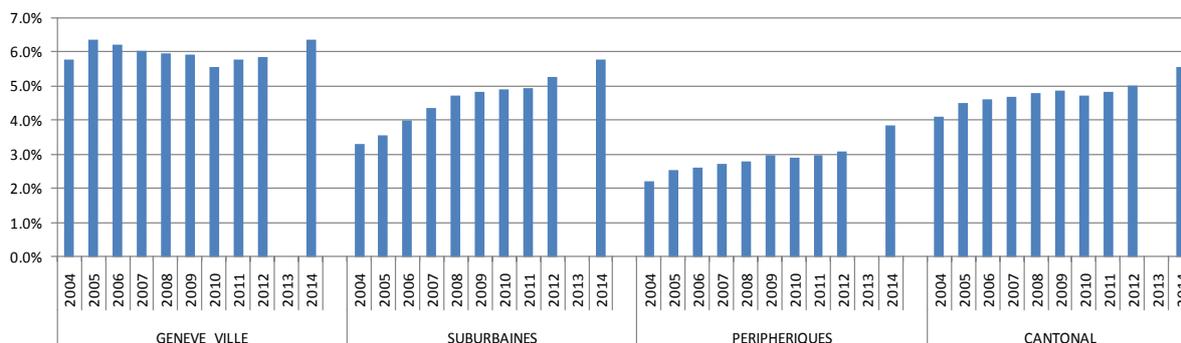
**Figure 49 : Évolution du nombre d'interventions à Genève, selon le secteur géographique (1)**



(1) Les secteurs Arve-Rhône, Arve-Lac et Rive-Droite n'incluent pas leur part respective de la Ville de Genève.

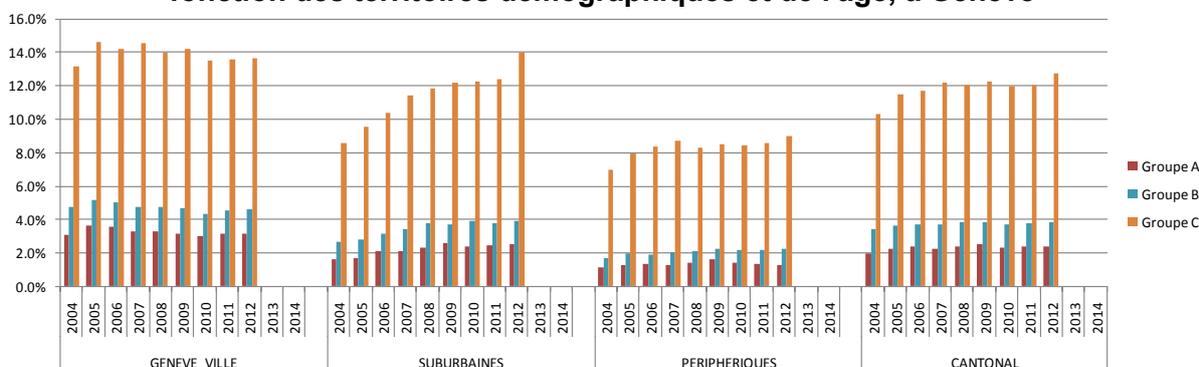
Source : Brigade sanitaire cantonale

**Figure 50 : Évolution de l'incidence cantonale des interventions d'ambulances en fonction de l'urbanisation, à Genève**



Source : Brigade sanitaire cantonale

**Figure 51 : Évolution de l'incidence globale des interventions d'ambulances en fonction des territoires démographiques et de l'âge, à Genève**



Source : Brigade sanitaire cantonale

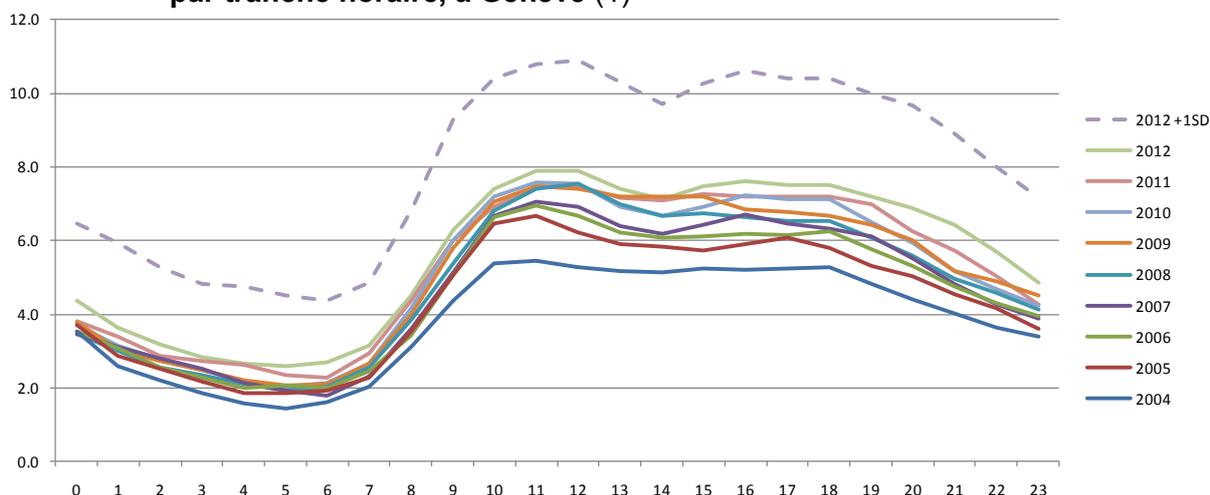
**Charge de travail horaire instantanée**

La moyenne annuelle de la charge de travail par tranche horaire augmente de manière constante depuis 2004 (figure 52). Cette valeur représente la somme des ambulances en activité au passage de chaque heure et donne une indication sur les moyens nécessaires pour garantir le taux de couverture souhaité. On constate que les besoins en ambulances pour la tranche horaire 12 h – 20 h sont de 13 (percentile 95).

Au cours de l'année 2012, l'augmentation de la fréquence des ruptures de disponibilité, dites codes « Coyote », a conduit à modifier la planification opérationnelle et à augmenter le nombre d'ambulances d'urgence de 12 à 15 durant la journée et de 8 à 10 pour la nuit dès 19 h. Cette mesure a pris effet au 1<sup>er</sup> juillet 2012.

Les codes « Coyote » n'ont pas fait l'objet d'une documentation prospective par CASU 144. Notre observation montre cependant que la proportion d'observations excédant le nombre d'ambulances se réduit de 8.2 % à 1.1 % des mesures faites à 12 h et de 29.1 % à 9.8 % des mesures faites à 20 h, respectivement entre le premier et le deuxième semestre.

**Figure 52 : Charge de travail horaire instantanée, évolution des moyennes annuelles par tranche horaire, à Genève (1)**



(1) 2012 + 1SD : Valeurs 2012 + 1 déviation standard.

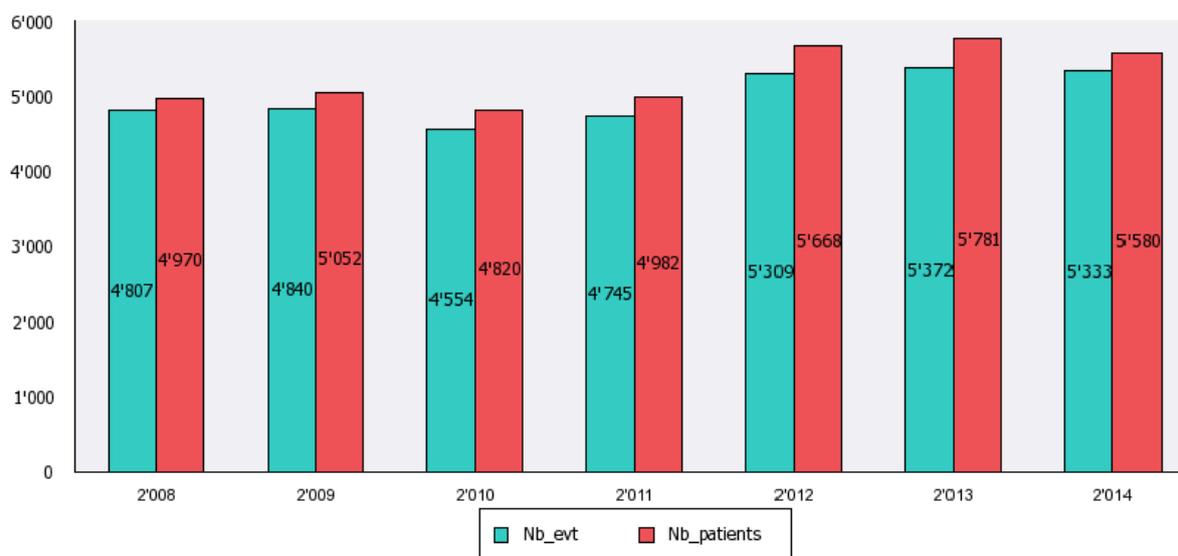
Source : Brigade sanitaire cantonale

**D.III.2.3. Médicalisation en première intention**

L'activité du Service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) a diminué en 2010 à la suite d'une limitation de certaines indications à l'engagement de ce moyen de médicalisation en première intention. Depuis 2010, l'activité a augmenté de 12 % jusqu'en 2012 puis est restée stable (figure 53).

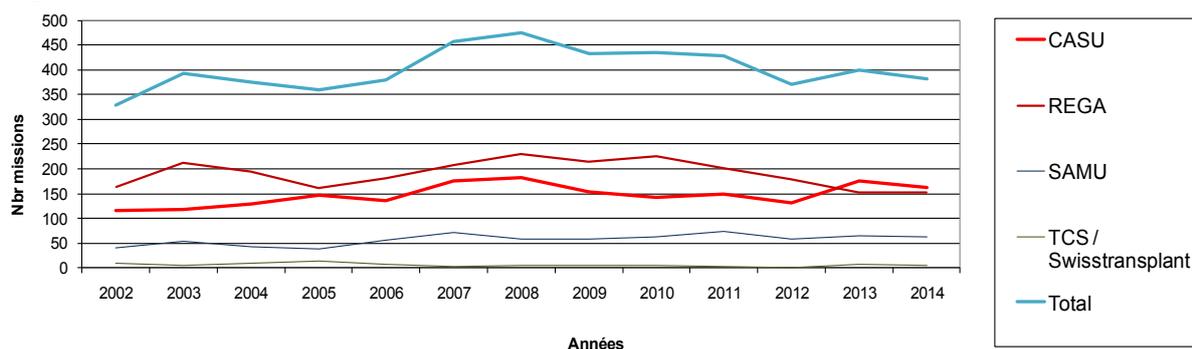
Les missions médicales de REGA 15 mandatées par CASU sur le territoire genevois restent stables avec une moyenne annuelle de 153 missions sur le territoire cantonal entre 2004 et 2014 (figure 54).

Le nombre d'événements multi-patients est globalement stable. En moyenne annuelle, 15 événements comptent plus de 5 patients (figure 55).

**Figure 53 : Nombre de prestations du SMUR, à Genève (1)**

(1) **Nb\_evt** : nombre de missions ; **Nb\_patients** : nombre de patients. Données disponibles depuis le 01.01.2008.

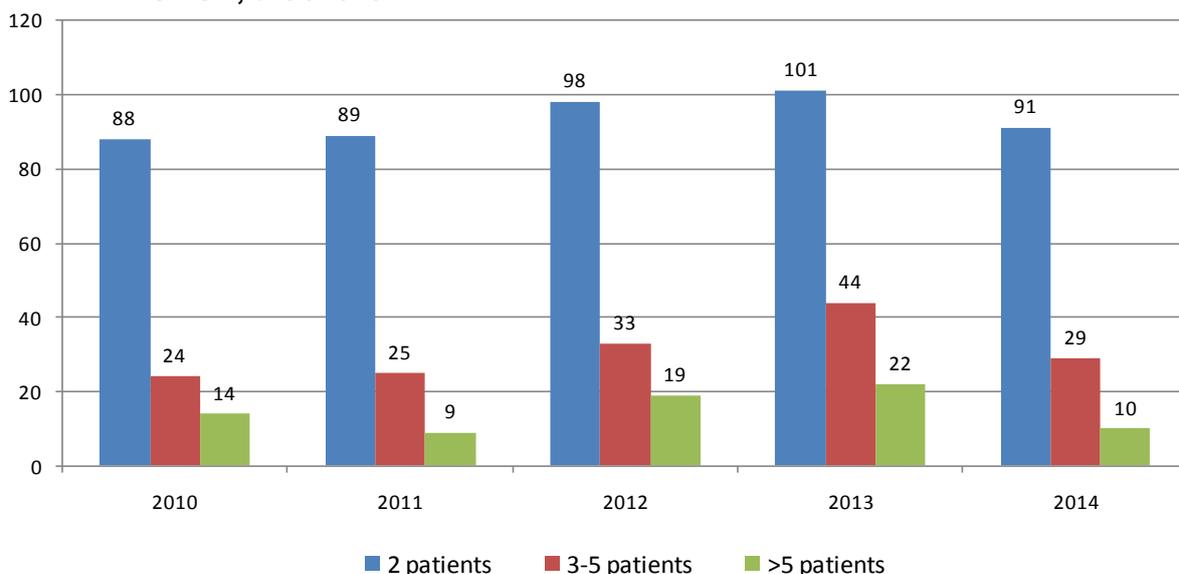
Source : Brigade sanitaire cantonale

**Figure 54 : Évolution du nombre de missions de l'hélicoptère REGA 15, à Genève (1)**

(1) **CASU** : missions mandatées sur le territoire cantonal ; **SAMU** : missions mandatées par le SAMU 01 sur le territoire de France voisine ; **REGA** : missions mandatées par REGA sur le territoire suisse hors Genève ; **TCS / Swisstransplant** : missions de transports d'équipes chirurgicales de transplantation, rapatriements TCS.

Source : Brigade sanitaire cantonale

**Figure 55 : Nombre d'interventions impliquant plusieurs patients pris en charge par le SMUR, à Genève**



Source : Brigade sanitaire cantonale

### D.III.3. Données utilisées

#### D.III.3.1. Nombre d'appels CASU 144

##### a. Source des données

Les données ont été extraites des systèmes d'aide à l'engagement (SAE) successifs de la centrale 144, soit le système Avanti® de HP Corp. entre 2004 à 2013, puis le système fournit par Intergraph®Corp., mis en service le 23 janvier 2013.

##### b. Données incluses

L'observation inclut les appels téléphoniques urgents parvenant aux régulateurs ainsi que les actes de régulation et de coordination opérés, indépendamment de l'issue du processus.

##### c. Données exclues

L'activité de la centrale de transfert des HUG est exclue de l'analyse.

Cependant, les demandes de transferts adressées par erreur sur une ligne 144 sont considérées comme une charge de travail pour les régulateurs de CASU et restent incluses dans notre analyse. Depuis 2014, le nombre de ces erreurs peut être évalué de manière indirecte par la mesure de la différence entre le nombre de demandes de transports effectuées par ltransport et le nombre de folios pour des interventions de type S3.

##### d. Paramètres mesurés

L'activité de CASU est mesurée par le nombre et le type d'appels entrants ainsi que le nombre de folios créés. La typologie des principaux motifs d'appels est également rapportée.

Concernant la mesure du nombre d'appels entrants, la concordance des tables Avanti® et Intergraph® a été vérifiée à la mise en service du système. Le changement de système a deux effets principaux sur la qualité des données :

- Positivement

- a. la documentation du nombre d'interventions est exhaustive ;
  - b. la fin de la saisie manuelle des heures et lieux d'intervention limite les erreurs sur les données.
- Négativement
- a. l'âge des patients n'est plus documenté. Il n'est donc plus possible d'effectuer des calculs d'incidences d'intervention en fonction de l'âge.

On distingue quatre types d'appels entrants :

- type A : entrée directe d'un appel par le numéro 144 ;
- type B : entrée indirecte d'un appel via une autre centrale d'urgence (117, 118, Vigie SSA) ;
- type C : coordinations d'interventions et appels administratifs ;
- type D : prestations à des services tiers HUG. Actuellement, le service d'oncologie est le dernier service recourant à la centrale 144 pour garantir une réponse téléphonique permanente à ses patients.

La documentation du traitement des appels s'appuie sur la mesure du nombre de fiches d'appels et de folios. La fiche d'appel documente les caractéristiques d'un appel téléphonique entrant par le numéro 144. Elle est renseignée par le régulateur pour tout appel. L'appel peut donc déboucher ou non sur l'ouverture d'un folio. Ce dernier permet de documenter l'évaluation médicale et les décisions de régulation. En cas de régulation médicale, la saisie de la fiche d'appel et du folio est imposée par le SAE.

Le nombre total d'appels entrants et la désignation des lignes entrantes sont documentés par les données de journal du serveur téléphonique.

Le nombre de fiches d'appels représente le nombre d'appels documentés par le régulateur au 144.

Le nombre de folios permet de mesurer le nombre d'actes de régulation opérés par le 144.

La différence entre le nombre total d'appels et le nombre de fiches représente les appels attribués à des interventions en cours et les appels non documentés.

### **D.III.3.2. Transports sanitaires urgents et médicalisation en première intention**

La mesure de l'activité des ambulances est basée sur les données des feuilles d'interventions préhospitalières (FIP) pour les années 2004 à 2012. La saisie manuelle des données a été partielle pour l'année 2013 et définitivement interrompue au 31 décembre 2013. En conséquence, les données 2013 ne sont pas exploitables et ont été exclues de l'analyse. Pour l'année 2014, les données proviennent du SAE Intergraph® de CASU.

Les données d'activité du SMUR proviennent des extractions réalisées à partir du dossier patient informatisé des HUG (DPI).

Les données de l'hélicoptère REGA 15 sont fournies par les rapports d'activité du chef de base.

Toutes les données sont anonymisées à la source, soit avant la transmission au service du médecin cantonal (SMC) pour les FIP ou lors du processus d'extraction des données pour DPI.

Les données démographiques de la population résidente proviennent des données publiées annuellement par l'OCSTAT<sup>37</sup>. Il n'est pas tenu compte des flux pendulaires.

#### a. Données incluses

Il existe plusieurs degrés d'intervention pour les transports sanitaires urgents avec des ambulances :

- interventions Primaires (P) : première prise en charge d'un patient sur le lieu même de l'événement avec le cas échéant son transport vers un lieu approprié de soins ;
- interventions Secondaires (S) : prise en charge d'un patient dans un établissement de soins stationnaires et son transport ;
- urgence de degré 1 (U1) : engagement immédiat avec signaux prioritaires pour des cas d'urgences avec probabilité d'une atteinte des fonctions vitales ;
- urgence de degré 2 (U2) : engagement immédiat pour des cas d'urgences sans probabilité d'une atteinte des fonctions vitales, signaux prioritaires enclenchés seulement si indispensables à la progression ;
- urgence de degré 3 (U3) : engagement programmé. Le moment du transport est généralement convenu.

L'étude porte sur les interventions P1, P2, S1 et S2, ainsi que sur l'activité de médicalisation.

#### b. Données exclues

Les interventions primaires et secondaires classées en degré d'urgence 3 à l'issue du processus de régulation par le 144, ne répondent pas à la définition de la loi cantonale relative à la qualité, la rapidité et l'efficacité des transports sanitaires urgents, du 29 octobre 1999 (K 1 21) (LTSU) article 2, et sont donc considérées comme non urgentes et exclues de l'analyse de l'activité des ambulances.

Les cas avec données géographiques ou données d'âge manquantes ont été exclus. Elles représentaient 1.5 % des cas en moyenne (1.1 % à 3 %) entre 2004 et 2012.

#### c. Paramètres mesurés

Le calcul de l'incidence annuelle des interventions urgentes d'ambulances est basé sur la mesure du nombre d'interventions rapporté à la population résidente par classe d'âge et par territoire géographique sur le canevas déjà établi pour la planification 2011-2015.

Les volumes d'activité du SMUR et de l'hélicoptère sont mesurés par le nombre de missions et le nombre de patients pris en charge.

La fréquence des événements impliquant plusieurs patients est mesurée en catégorisant le nombre d'événements annuels de la manière suivante :

- **groupe A** : < 3 patients ;
- **groupe B** : 3 à 5 patients ;
- **groupe C** : > 5 patients.

#### Classes d'âges

La population des patients pris en charge et la population résidente ont été répartis en trois classes d'âge :

- **groupe A** : 0-19 ans ;

<sup>37</sup> Disponibles à l'adresse Internet suivante :  
[http://www.ge.ch/statistique/domaines/01/01\\_02\\_2/tableaux.asp](http://www.ge.ch/statistique/domaines/01/01_02_2/tableaux.asp)

- **groupe B** : 20-64 ans ;
- **groupe C** : > 64 ans.

### Secteurs géographiques

Afin d'évaluer la distribution géographique des interventions, les communes sur lesquelles ont eu lieu des prises en charge ont été agrégées en quatre territoires :

- Genève-Ville ;
- Arve-Lac ;
- Arve-Rhône ;
- Rive-Droite.

### Secteurs d'urbanisation

Afin d'évaluer la distribution des interventions en fonction de la population résidente, nous avons défini trois zones d'urbanisation :

#### **Genève-Ville**

119 h/hectares.

#### **Communes suburbaines**

Il s'agit des communes en contiguïté avec Genève-Ville et dont la densité de population est  $\geq 20$  h/hectare (tableau 55).

**Tableau 55 : Communes genevoises suburbaines : communes en contiguïté avec Genève-Ville et dont la densité de population est  $\geq 20$  h/hectare (1)**

Code	Communes
6608	Carouge
6612	Chêne-Bougeries
6613	Chêne-Bourg
6623	Grand-Saconnex
6628	Lancy
6630	Meyrin
6631	Onex
6640	Thônex
6643	Vernier

(1) Meyrin et Onex ont été considérées comme suburbaines en raison de leur densité. Il existe une contiguïté de fait par les axes de circulation les reliant à Genève Ville.

#### **Communes périphériques**

Il s'agit des communes sans contiguïté avec le centre ou dont la densité de population est  $< 20$  h/hectare (tableau 56).

**Tableau 56 : Communes genevoises périphériques : communes sans contiguïté avec le centre ou dont la densité de population est  $< 20$  h/hectare**

Code	Communes
6601	Aire-la-Ville

6602	Anières
6603	Avully
6604	Avusy
6605	Bardonnex
6606	Bellevue
6607	Bernex
6609	Cartigny
6610	Céligny
6611	Chancy
6614	Choulex
6615	Collex-Bossy
6616	Collonge-Bellerive
6617	Cologny
6618	Confignon
6619	Corsier
6620	Dardagny
6622	Genthod
6624	Gy
6625	Hermance
6626	Jussy
6627	Laconnex
6629	Meinier
6632	Perly-Certoux
6633	Plan-les-Ouates
6634	Pregny-Chambésy
6635	Presinge
6636	Puplinge
6637	Russin
6638	Satigny
6639	Soral
6641	Troinex
6642	Vandoeuvres
6644	Versoix
6645	Veyrier

#### D.III.4. Modèles et méthode de projection

Lors de l'établissement de la projection précédente, nous avons fait l'hypothèse d'une croissance de l'activité des ambulances dépendant essentiellement de la croissance de la population et de l'évolution de l'incidence des interventions, en particulier chez les patients de plus de 65 ans.

À l'aide des projections fournies par l'OCSTAT nous avons calculé le nombre d'interventions d'ambulances à l'horizon 2040 pour les deux scénarii ci-dessous :

- scénario 1 : la croissance de l'incidence des interventions dans les zones suburbaines et périphériques devait se stabiliser et les incidences cantonales se maintenir vers 2 %, 4 % et 12 %, respectivement pour les groupes d'âges A, B et C ;
- scénario 2 : la croissance de l'incidence des interventions dans les zones suburbaines et périphériques progressait et entraînait à la hausse les incidences cantonales vers la situation actuelle de la Ville de Genève soit 3 %, 4.5 % et 14 % à l'horizon 2021, respectivement pour les groupes d'âges A, B et C.

La projection d'activité est établie sur un modèle simplifié tenant compte des incidences observées entre 2009 et 2013 et en les rapportant aux projections démographiques 2010 de l'OCSTAT.

Les critiques formulées lors de la planification précédente suggèrent que ce modèle n'est pas suffisant pour évaluer adéquatement les besoins de développement du parc d'ambulances et fixer une planification. Dans ce but, nous avons introduit une mesure de la charge de travail horaire du système préhospitalier genevois.

Cette charge est exprimée par le nombre d'ambulances actives au passage de chaque heure. L'observation d'une journée entière donne donc 24 mesures ponctuelles représentant le nombre d'ambulances simultanément en activité.

Cette valeur sera utilisée pour déterminer les besoins permettant de couvrir la charge des interventions simultanées et de prévenir la survenue de ruptures de charge (codes « Coyote »).

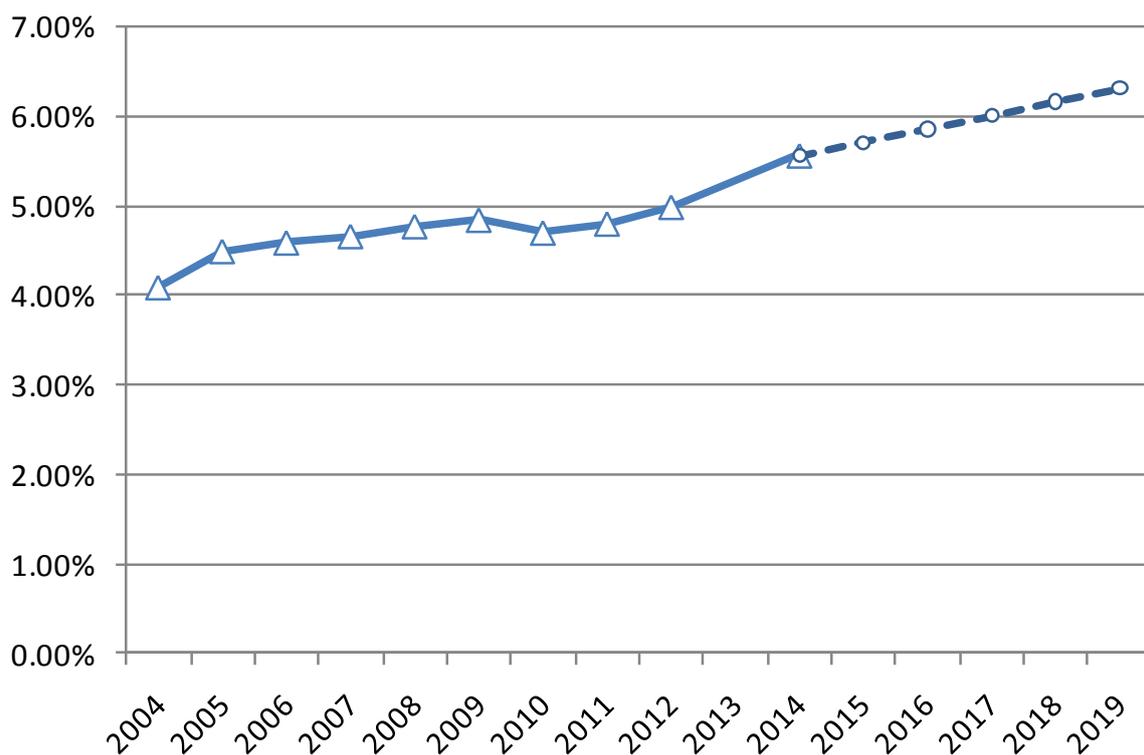
### **D.III.5. Évaluation des besoins : résultats des projections**

Le modèle de projection 2015 pour les années 2015-2019 intègre l'évolution de l'incidence globale cantonale et les projections démographiques du modèle IV de l'OCTSAT 2011. Les projections d'incidences par classe d'âges sont abandonnées puisque les données permettant de mesurer et valider ce paramètre ne seront plus disponibles durant les deux prochaines années au moins.

En partant du constat d'une croissance linéaire de l'incidence cantonale de 0.15 % par année depuis 2004, congruente avec la progression des incidences d'interventions parmi la population âgée et dans les communes suburbaines, nous formons l'hypothèse d'une évolution de cette croissance sur la même pente jusqu'en 2019 au moins (figure 56).

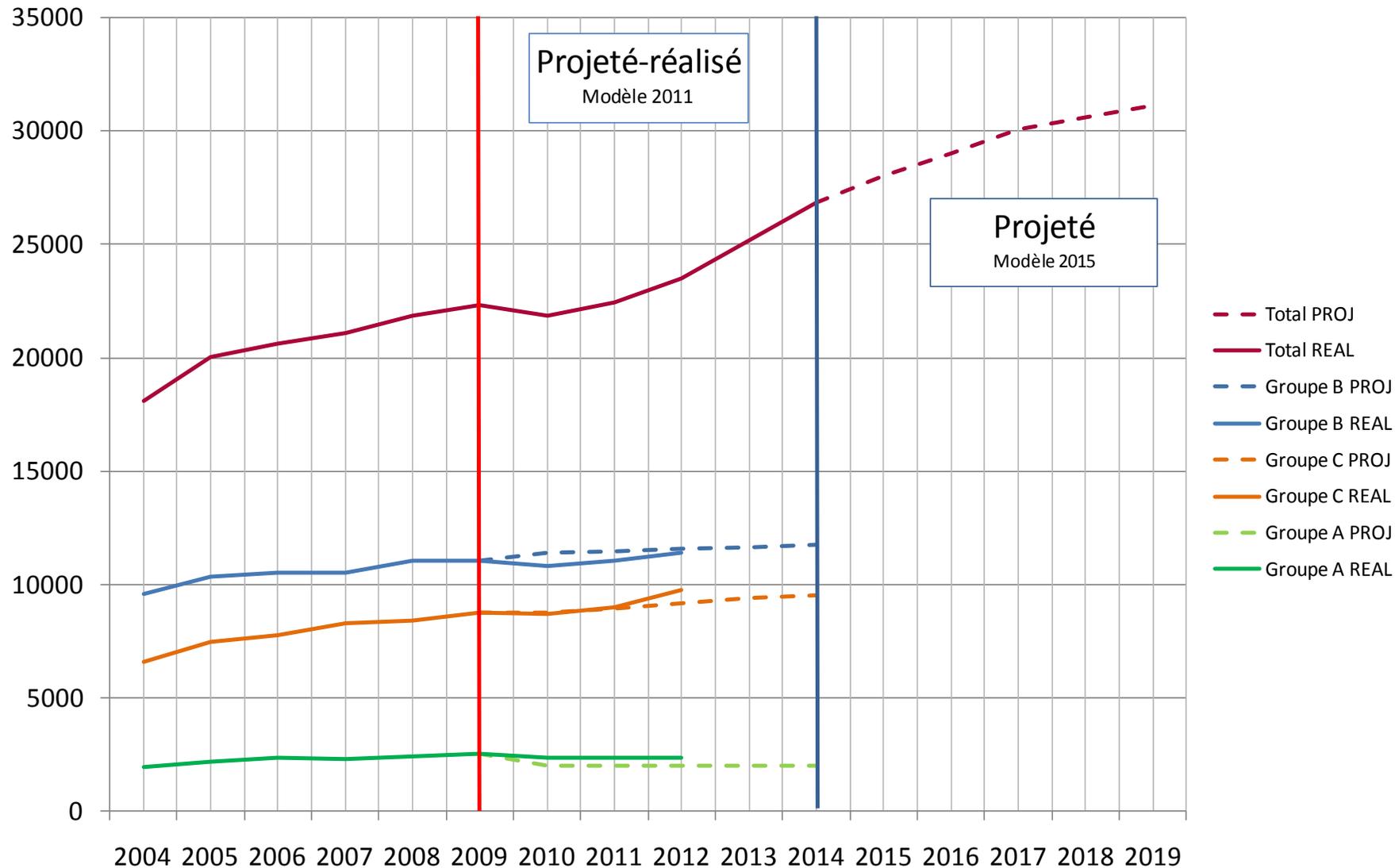
Sur cette base, le nombre de missions annuelles en 2019 devrait se situer entre 31'000 et 32'000 soit une augmentation de 16 % par rapport à 2014 (figure 57).

**Figure 56 : Croissance de l'incidence des interventions, à Genève**



Source : Brigade sanitaire cantonale

**Figure 57 : Projection de l'évolution du nombre de transports sanitaires urgents à Genève, entre 2016 et 2019**



Source : Brigade sanitaire cantonale

### **D.III.5.1. Transports sanitaires urgents**

Notre analyse montre une forte progression de l'activité d'urgence préhospitalière de degrés 1 et 2 dans les communes suburbaines et auprès de la population âgée. Jusqu'en 2014, aucun infléchissement de cette croissance n'est observable.

Cette hausse s'explique par l'augmentation de la population résidente multipliée par une augmentation progressive des incidences annuelles de recours aux services d'urgences. Les facteurs déterminants de cette augmentation d'incidence ne sont pas étudiés à ce jour.

Les deux variantes de projection élaborées en 2011 ont sous-évalué le résultat observé en 2014 dans une fourchette de -9 %, pour la variante de forte croissance, à -15 % pour la variante de croissance modérée. Cette variation s'explique en partie par une évolution de la population résidente supérieure aux projections de l'OCSTAT et une croissance d'incidence des interventions beaucoup plus forte que prévue.

La correction de notre modèle et les nouvelles données de projection de population font entrevoir une croissance supplémentaire des interventions de 16 % en 2019 par rapport à 2014, soit environ 31'000 à 32'000 interventions annuelles. Ceci correspond à environ 1'000 interventions de plus par année (3.2 %).

Pour évaluer les moyens nécessaires pour assurer cette activité nous avons développé une mesure simple de la charge de travail instantanée, extraite des données d'intervention existantes. Cette variable exprime le nombre d'ambulances actives simultanément à un temps donné. Un échantillonnage horaire a permis de montrer la progression de la charge de travail aux différentes heures du jour de 2004 à 2012. Il a également confirmé que les pics d'activités se situent à 12 h avec jusqu'à 13 ambulances engagées simultanément (percentile 95) et à 20 h des pics à 12 ambulances au percentile 95.

Au 1<sup>er</sup> juillet 2012, les fréquentes carences de moyens avaient conduit à augmenter les capacités pour le besoin de la planification opérationnelle. En comparant le premier et le deuxième semestre 2012, l'analyse des dépassements de capacité a montré que le taux de débordement (codes « Coyotes ») est passé de 8.2 % à 1.1 % des mesures faites à 12 h et de 29.1 % à 9.8 % des mesures faites à 20 h.

### **D.III.5.2. Moyens de médicalisation**

En ce qui concerne les moyens de médicalisation, l'ouverture d'une deuxième base diurne du SMUR des HUG sur la rive droite en 2015, accompagnée d'un renforcement significatif des effectifs de cette unité, suffira à couvrir les besoins cantonaux jusqu'en 2019.

Le financement des effectifs de piquets médicaux et ambulanciers en cas d'événement majeur, ainsi que le financement du groupe « piquet catastrophe » (PICA), seront à négocier dans le contrat de prestations des HUG.

#### Événements majeurs

La Brigade sanitaire cantonale (BSC), renforcée par le dispositif OSIRIS mis en œuvre en cas d'événement majeur ou de catastrophe, s'appuie sur le « piquet catastrophe » (PICA) de l'association genevoise des sections de samaritains (AGSS-CCSS [Commission cantonale des services sanitaires]) constitué de secouristes et professionnels de la santé volontaires issus, pour certains, des HUG et pour d'autres, du milieu professionnel privé.

Durant la période quadriennale écoulée, le dispositif OSIRIS déclenché lors des événements majeurs n'a pas été activé pour des catastrophes. Il l'a été pour la pandémie H1N1, mais cela n'influençait pas les transports sanitaires urgents.

On relève toutefois, qu'environ une fois par mois, il y a un événement conséquent impliquant 5 patients et plus. À l'occasion de ces derniers, le système de transports urgents atteint ses limites. Bien que mobilisant tous les partenaires, tant publics que privés, il a toujours été possible de prendre en charge les résidents de notre canton sans délai. Ceci a été rendu possible en adaptant le nombre de véhicules disponibles de routine, tant de jour que de nuit.

### D.III.6. Conclusion et mesures proposées

Les missions de base de la centrale d'appels sanitaires urgents 144 seront remplies avec une modernisation de la centrale d'engagement prévue en 2015. Les informations disponibles pour l'analyse seront plus importantes. Elles permettront, si le dispositif est complété d'un système de dossier préhospitalier « embarqué » dans les véhicules de constituer un véritable dossier généré par la centrale 144. Ce dossier sera renseigné en cours de missions par les ambulanciers et les équipes médicales avant d'être informatisé lors du transfert au lieu de soins final.

Par rapport à la période précédente, on note avec satisfaction que la modification de la planification quotidienne a permis de diminuer de manière importante les codes « Coyotes », autrement dit les périodes durant lesquelles aucune ambulance est immédiatement disponible pour un transport urgent.

On note qu'il faut anticiper une continuation du nombre d'interventions urgentes pour laquelle il faudra réadapter la planification afin de couvrir les besoins. En effet, il apparaît donc que la couverture des horaires du soir reste insuffisante, ce qui confirme l'observation empirique. En ce qui concerne l'activité diurne, les moyens actuels sont à la limite inférieure des besoins.

**Tableau 57 : Proposition de planification des ambulances d'urgence 2015-2019, à Genève**

Année	07h-19h	19h-07h		
<b>2015 (ref)</b>	15	10		
	07h-15h	15h-23h	23h-07h semaine	23h-07h Week-end Événements spéciaux
<b>2016</b>	16	14	8	10
<b>2017</b>	16	14	8	10
<b>2018</b>	16	15	8	10
<b>2019</b>	17	15	9	10

En conséquence, les effectifs d'ambulances habilités pour les missions de degrés d'urgence 1 et 2 devront progressivement être renforcés pour atteindre, à l'horizon 2019, 17 unités durant la journée et 15 unités sur la tranche horaire 15h-23h. En dehors des vendredis, samedis et de certains événements particuliers, les horaires nocturnes ne posent actuellement pas de problèmes et pourraient être allégés (tableau 57).

## **E. Besoin en personnels de santé**



## **E. Besoin en personnels de santé**

### **E.I. Démographie de la médecine ambulatoire**

#### **En bref**

##### **La clause du besoin**

En Suisse, il n'y a pas de régulation de l'offre en médecine ambulatoire, la liberté économique prévalant. Cependant en vertu de l'article 55a LAMal, le Conseil fédéral avait édicté le 3 juillet 2002 l'ordonnance sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins. Cette ordonnance a été prorogée à trois reprises pour expirer à fin 2011. L'article 55a LAMal a été réintroduit de manière temporaire dès le 1<sup>er</sup> juillet 2013 jusqu'au 30 juin 2016 et ne s'applique qu'aux médecins n'ayant pas effectué 3 ans de formation dans un établissement suisse reconnu.

Dans le cadre du choix qui lui est accordé, le canton de Genève limite l'admission à la charge de la LAMal des médecins au sens de la législation fédérale.

##### **Droits de pratique**

Pour exercer leur profession et facturer à la charge de l'assurance obligatoire des soins, les médecins doivent, notamment, être au bénéfice d'une autorisation de pratiquer dans notre canton.

Les conditions d'obtention de cette autorisation sont les suivantes : un diplôme de médecin reconnu par les autorités fédérales, une attestation de l'obtention d'un titre postgrade répertorié dans le registre fédéral public, une attestation de bonne conduite, un extrait de casier judiciaire et un certificat médical démontrant leur capacité à exercer la profession de médecin. Depuis la réintroduction de la clause du besoin, le médecin n'obtient plus automatiquement un code-crédancier auprès du registre des codes-crédanciers des assureurs-maladie suisses (SASIS) pour être en mesure de facturer à charge de la LAMal, mais cette obtention est soumise à l'autorisation du canton.

Les autorisations délivrées en 2012, 2013 et 2014 ont été de 233, 458 et 313 respectivement, les moyennes annuelles les plus élevées depuis 2003 au moins.

##### **Évaluation des besoins**

Actuellement, la régulation dans le canton de Genève est pratiquée après consultation d'une commission cantonale présidée par la direction générale de la santé (DGS) et incluant les médecins des hôpitaux publics, des cliniques privées, les médecins en formation, ainsi que l'association des médecins du canton de Genève (AMG).

Entre le 5 juillet 2013 et le 31 décembre 2014, 616 autorisations ont été ainsi délivrées et 155 refusées, soit 20%.

Malgré une offre actuelle surabondante de spécialistes, une pénurie est attendue d'ici une décennie au vu du nombre élevé de retraites prévues et d'une relève insuffisante de médecins diplômés en Suisse. La situation est particulièrement inquiétante au niveau des médecins de premier recours.

## **Évolution du nombre de médecins facturant à charge de la LAMal**

Après une forte croissance, l'on observe depuis 2014 que le nombre de médecins actifs par spécialité est resté stable.

## **Évolution des coûts**

Alors que la tendance générale à Genève était à la maîtrise des coûts, l'augmentation de l'offre ambulatoire suite à la suspension de l'outil de régulation a été suivie d'une augmentation des coûts de 16 % entre 2012 et 2014.

## **Mesures proposées pour augmenter l'efficacité de la réponse aux besoins**

Le canton continuera de réguler l'offre ambulatoire en fonction des besoins réels de la population en appliquant la clause du besoin aussi longtemps que cette possibilité légale lui sera offerte.

Le canton souhaiterait en particulier favoriser le développement de la médecine de premier recours, tout en assurant une prise en charge de qualité des autres spécialités, dans des délais raisonnables.

Fort de ces constats, le canton a soutenu le projet fédéral de délégation aux cantons de la régulation de l'offre en soins ambulatoires.

### **E.I.1. Contexte**

La médecine ambulatoire fait référence à une prise en charge médicale non stationnaire d'un patient. Elle n'est pas suivie d'une hospitalisation, le patient retournant ensuite dans son lieu de vie après la fin de la consultation. Cela concerne l'ensemble des spécialités médicales et chirurgicales. Il existe deux types de pratiques de la médecine ambulatoire, d'une part individuelle en cabinet et d'autre part dans le secteur ambulatoire d'une institution de santé.

En Suisse, il n'y a pas de régulation de l'offre en médecine ambulatoire, la liberté économique prévalant. En effet, la LAMal ne prévoit pas de possibilité, tant pour les cantons que pour la Confédération, d'intervenir sur le nombre de spécialistes actifs. Pourtant, nous verrons ci-après que le Conseil fédéral a pris à plusieurs reprises des dispositions pour se doter temporairement de la capacité de réguler l'offre ambulatoire (clause du besoin).

Depuis de nombreuses années, le canton de Genève appelle de ses vœux la possibilité de réguler l'offre en fonction des besoins, par spécialité médicale. Notre canton a été un des pionniers dans l'analyse des besoins. Comme il n'existe pas de standard pour déterminer le besoin exact en médecins spécialistes, c'est par le biais de la constitution d'une commission dite « quadripartite » que l'évaluation est conduite. Ladite commission reste active tant que la clause fédérale est en vigueur, même si celle-ci a été reconduite de manière limitée jusqu'au 30 juin 2016.

La dotation en médecins pour assurer la médecine ambulatoire est, en comparaison internationale, pléthorique actuellement à Genève (tableau 58).

**Tableau 58 : Comparaison du nombre de médecins actifs dans différentes spécialités médicales entre quelques pays de l'Union Européenne, la Suisse et le canton de Genève**

	Densité pour 1 000 habitants en 2012 (effectifs employés)					GE
	Autriche	Finlande	Allemagne	Norvège	CH	
Praticiens en médecine générale	1.62	1.15	1.64	0.86	1.08	1.05
Médecins généralistes	0.78		0.67	0.78		
Autres praticiens en médecine générale (non-spécialistes)	2.5	1.48	2.32	1.69	2.25	0.40
Pédiatres généraux	0.15	0.11	0.12	0.13	0.18	0.31
Gynécologues et obstétriciens	0.2	0.1	0.2	0.11	0.19	0.30
Psychiatres	0.15	0.22	0.22	0.23	0.47	0.88
Groupe de spécialistes médicaux	1.06	0.65	0.92	0.68	0.67	0.99
Groupe de spécialistes chirurgicaux	0.01	0.03	0.02	0.05	0.02	0.53

Source : OECD.Stat - données extraites le 18 juin 2015.

Il faut relever de cette comparaison que la densité de médecins spécialistes pour mille habitants, surtout dans les spécialités médicales mais également dans une moindre mesure chirurgicales, est la plus élevée dans notre canton. À l'opposé, le nombre de médecins de premier recours regroupant médecine interne générale et pédiatrie se situe plutôt dans la partie inférieure de la statistique.

Cette tendance va s'inverser dans les dix prochaines années du fait du départ à la retraite de nombreux médecins nés durant la période dite du « baby-boom », mais également du fait de la diminution marquée, durant plus d'une décennie, des médecins formés par les universités suisses. Par ailleurs, la pléthore actuelle est ressentie principalement en médecine libérale en cabinet en raison, d'une part, de la difficulté qu'ont les hôpitaux à recruter des médecins formés et, d'autre part, du départ des cadres hospitaliers vers la pratique privée.

Pour notre canton, il importe de renforcer la formation des médecins de premier recours pour assurer la relève durant la prochaine décennie. Le canton de Genève continuera à soutenir, dans la mesure de ses moyens et des bases légales existantes, l'accroissement du nombre de médecins de premier recours.

### E.I.2. La clause du besoin

Le Conseil fédéral a édicté, le 3 juillet 2002, l'ordonnance sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire (OLAF) (RS 832.103), entrée en vigueur le 4 juillet 2002, laquelle se traduisait par le fait que l'autorisation de pratiquer délivrée aux médecins ne donnait plus automatiquement le droit de fournir des prestations à la charge de la LAMal.

Cette législation fédérale a été mise en œuvre dans le canton de Genève dès son entrée en vigueur.

Ladite législation a été prorogée à trois reprises, tout en faisant l'objet d'adaptations et a finalement été abrogée le 31 décembre 2011.

Au cours de l'année 2012, la hausse inquiétante du nombre d'autorisations de pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins et de numéros de code-crédancier (RCC) attribués dans le canton de Genève, a poussé ce dernier à intervenir auprès des autorités fédérales compétentes, afin de faire réintroduire au plus vite la clause du besoin.

La réintroduction temporaire de l'article 55a LAMal a été approuvée le 21 juin 2013 par les Chambres fédérales. L'entrée en vigueur de cette disposition a été fixée au 1<sup>er</sup> juillet 2013. Elle est applicable jusqu'au 30 juin 2016.

La nouvelle ordonnance du 3 juillet 2013 est, quant à elle, entrée en vigueur le 5 juillet 2013. Elle permet de limiter l'admission à la charge de la LAMal des médecins, toutes spécialités confondues, visés à l'article 36 LAMal et ceux qui exercent au sein des institutions au sens de l'article 36a LAMal. Cette ordonnance est valable trois ans, soit jusqu'au 30 juin 2016. Le choix est laissé aux cantons de décider s'ils désirent ou non introduire une limitation partielle ou totale des admissions.

Le canton de Genève a immédiatement réintroduit cette restriction à compter de l'entrée en vigueur de ladite ordonnance.

### **E.1.3. Droits de pratique**

Ce paragraphe traite du processus pour l'obtention d'une autorisation de pratique et de l'évolution des demandes d'autorisation délivrées depuis 2003.

Pour exercer leur profession et facturer à la charge de l'assurance obligatoire des soins, les médecins doivent, notamment, être au bénéfice d'une autorisation de pratiquer dans notre canton.

L'obtention de ladite autorisation requiert la production d'un diplôme de médecin reconnu par les autorités fédérales, ainsi qu'une attestation de l'obtention d'un titre postgrade répertorié dans le registre fédéral public<sup>38</sup>, une attestation de bonne conduite, un extrait de casier judiciaire et un certificat médical démontrant leur capacité à exercer la profession de médecin. Une fois cette autorisation obtenue, le médecin doit obtenir un code-crédancier auprès du registre des codes-crédanciers des assureurs-maladie suisses (SASIS) pour être en mesure de facturer à charge de la LAMal. Ce RCC est automatiquement délivré lorsque l'autorisation de pratiquer est acquise. C'est par ce biais que le paiement des prestations ambulatoires est assuré.

Jusqu'au mois de juillet 2002, aucune régulation n'avait jamais été introduite en Suisse. Or, après la mise en application des accords bilatéraux avec l'Union européenne (UE) pour prévenir un afflux incontrôlé de médecins, le Conseil fédéral a instauré une clause du besoin limitant la possibilité de facturer à la charge de l'assurance obligatoire des soins aux seuls médecins dûment autorisés par les cantons. Cette dernière est restée en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011. Durant cette période, le nombre d'autorisations étant limité, le nombre de RCC attribués par SASIS l'était également.

Après l'abrogation de l'OLAF, au 31 décembre 2011, et vu l'importante augmentation subséquente de la délivrance des autorisations de pratiquer, le Conseil fédéral a modifié l'article 55a de la LAMal, pour une période de trois ans, afin de permettre aux cantons de limiter l'admission des médecins à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins et ce, jusqu'au 30 juin 2016, en fonction des besoins.

Autrement dit, le droit de pratiquer délivré par le canton ne permet pas de facturer automatiquement des prestations à charge de l'assurance obligatoire des soins. Les médecins au bénéfice d'un titre postgrade fédéral qui exercent une activité dépendante ou indépendante, au sein d'une institution de santé au sens de l'article 36a de la loi fédérale précitée, ou dans le domaine ambulatoire d'un hôpital au sens de l'article 39 de cette même loi, sont concernés par cette mesure.

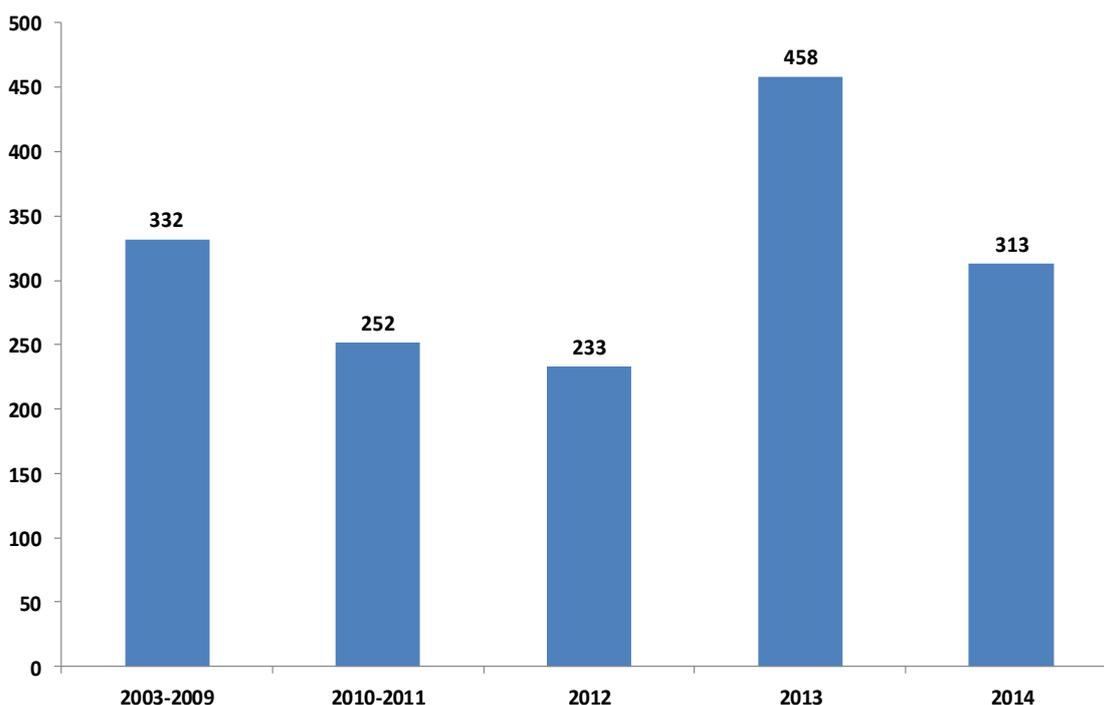
<sup>38</sup> MEDREG : <http://www.medregom.admin.ch/FR>.

Il s'agit toutefois d'une réglementation transitoire, car le Conseil fédéral souhaite qu'une solution à long terme prenne le relais dès juillet 2016. Il a donc ouvert, le 20 juin 2014, une consultation concernant la révision partielle de la LAMal relative au pilotage du domaine ambulatoire. Cette révision introduirait, cas échéant, de manière durable, une limitation pilotée par les cantons de l'admission à pratiquer à la charge de la LAMal de tous les professionnels de la santé du domaine ambulatoire.

Les nouvelles règles remplaceraient le dispositif transitoire adopté en 2013 sous la pression des cantons dans lesquels le nombre de nouveaux cabinets a explosé durant la période sans clause du besoin, soit du 1<sup>er</sup> janvier 2012 au 1<sup>er</sup> juillet 2013 (voir figure 60). Elles devraient répondre au besoin de régulation de l'offre médicale dont l'augmentation a un effet sur l'évolution des coûts de la santé.

La figure 58 ci-dessous présente l'évolution du nombre d'autorisations de pratiquer pour les médecins spécialistes délivrées par le canton de Genève pendant la période allant de 2003 à 2014. Après l'afflux massif de demandes en 2012, le nombre d'autorisations demandées ralentit sous l'effet du nouveau moratoire, sans toutefois revenir au niveau antérieur à cette même année.

**Figure 58 : Nombre total d'autorisations de pratiquer pour les médecins spécialistes délivrées pour le canton de Genève (1)**



(1) Durant la première période du moratoire allant jusqu'au 31 décembre 2011 avec la délivrance de 884 autorisations en 9 ans, puis 691 autorisations en 2012 et 2013 et enfin, 313 autorisations sous le régime du nouveau moratoire en 2014.

Source : DGS

Le tableau 59 présente l'évolution du nombre d'autorisations de pratiquer, ventilé par spécialité. On observe les tendances suivantes :

- durant six ans, soit de 2003 à 2009, seuls 332 médecins, dont un tiers de médecins de premiers recours, ont reçu une autorisation de pratiquer (l'ordonnance régulant la délivrance des autorisations de pratiquer était alors en vigueur) ;

- entre 2010 et 2011, l'ordonnance régulant la délivrance des autorisations de pratiquer des médecins était toujours en vigueur. Toutefois, l'autorisation de s'installer librement pour les médecins de premiers recours a bien déployé ses effets puisque sur 252 demandes d'autorisations, 166 provenaient de médecins de premiers recours ;
- en 2012, 2013 et 2014, il y a eu respectivement 233, 458 et 313 délivrances d'autorisations de pratiquer. À noter qu'entre le 1<sup>er</sup> janvier 2012 et le 5 juillet 2013, l'ordonnance régulant la délivrance des autorisations de pratiquer des médecins avait été abrogée. Elle a été réintroduite en 2013. Cependant, elle permet à tous les médecins ayant exercé au moins trois ans dans un établissement de formation suisse reconnu, d'exercer à la charge de la LAMal. Il faut souligner que plusieurs médecins employés dans des institutions de santé ont souhaité obtenir leur autorisation de pratiquer même en l'absence de projet professionnel d'installation en cabinet. Il n'est pas possible de déterminer l'importance de ce phénomène, car la délivrance de l'autorisation n'est pas limitée géographiquement en l'absence de base légale.

**Tableau 59 : Autorisations de pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire délivrées de 2003 au 31.12.2014, à Genève**

Spécialités	2003-2009	2010-2011	2012	2013	2014
Anesthésiologie	8	3	12	50	28
Médecin praticien	24	87	22	50	32
Médecine interne générale	60	53	33	46	61
Radiologie	25	3	12	40	16
Psychiatrie et psychothérapie	53	23	40	37	24
Ophthalmologie	14	4	13	35	11
Gynécologie et obstétrique	26	7	18	31	11
Chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur	5	4	13	23	6
Dermatologie et vénéréologie	11	8	5	16	7
Pédiatrie	23	26	8	16	26
Chirurgie	9	5	5	12	13
Oto-rhino-laryngologie	9	2	2	12	3
Cardiologie	2	1	6	10	3
Psychiatrie et Psychothérapie d'enfants et d'adolescents	15	10	8	10	8
Chirurgie plastique, reconstructive et esthétique	4	2	3	9	7
Gastro-entérologie	7	2	0	7	3
Neurologie	4	1	4	7	8
Urologie	2	3	2	6	3
Endocrinologie-diabétologie	3	2	4	5	1
Neurochirurgie	0	0	4	5	3
Rhumatologie	2	1	3	4	1
Allergologie et immunologie clinique	2	0	1	3	1
Chirurgie maxillo-faciale	0	0	1	3	0
Hématologie	1	1	0	3	3
Médecine nucléaire	3	0	2	3	3
Angiologie	1	0	1	2	0
Chirurgie pédiatrique	1	0	2	2	2
Médecine physique et rééducation	2	0	2	2	2
Pneumologie	1	0	0	2	3
Radio-oncologie / radiothérapie	2	0	1	2	4
Chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique	1	1	1	1	5
Infectiologie	0	0	1	1	1
Médecine du travail	1	0	0	1	2
Pathologie	5	1	3	1	2
Pharmacologie et toxicologie clinique	0	0	0	1	0
Génétique médicale	1	0	0	0	1
Médecine légale	0	0	0	0	3
Médecine pharmaceutique	0	0	0	0	0
Médecine tropicale et médecine des voyages	0	0	0	0	0
Néphrologie	2	0	1	0	0
Oncologie médicale	3	1	0	0	1
Prévention et santé publique	0	0	0	0	1
Soins intensifs	0	1	0	0	4
<b>Totaux</b>	<b>332</b>	<b>252</b>	<b>233</b>	<b>458</b>	<b>313</b>

Source : DGS

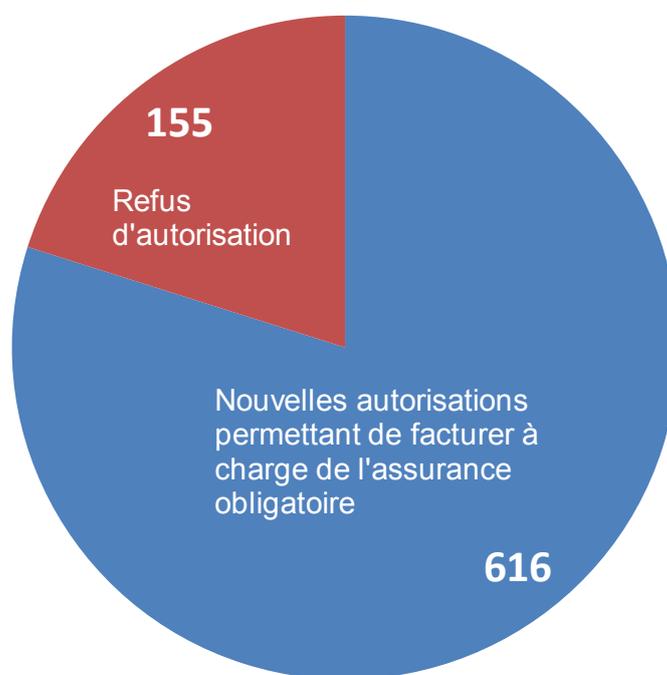
#### E.I.4. Évaluation des besoins

Tant que la clause du besoin fédérale est en vigueur, la régulation dans le canton de Genève est pratiquée après consultation d'une commission cantonale présidée par la direction générale de la santé (DGS) et incluant les médecins des hôpitaux publics, des cliniques privées, les médecins en formation, ainsi que l'association des médecins du canton de Genève (AMG).

À partir de 2016, un projet de révision de la LAMal prévoit d'appliquer un modèle similaire à celui en vigueur dans le canton de Genève, tout en l'élargissant aux assureurs et assurés, ce qui permettrait une meilleure évaluation de l'adéquation de l'offre ambulatoire.

L'effet de l'application de la clause du besoin dans le canton de Genève entre juillet 2013 et le 31 décembre 2014 est quantifié dans la figure 59.

**Figure 59 : Nombre total (y compris médecins sans spécialité) d'autorisations de pratiquer délivrées pour les médecins entre le 5 juillet 2013 et le 31 décembre 2014, à Genève**



Source : DGS

On peut y observer que 20 % (155 sur 771) des demandes d'autorisations de pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) ont été refusées durant cette période. La cause principale des refus est liée à l'absence des trois années d'emploi, dans un centre de formation suisse reconnu, des médecins porteurs d'un diplôme de l'UE.

L'on relève par ailleurs que la commission quadripartite consultative en matière de limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'AOS n'a été saisie par les médecins que dans 18 % des cas, soit 29 demandes d'analyse spécifique sur les 155 refus initiaux.

Dans 69 % des cas, soit 20 demandes sur 29, elle a préavisé négativement le dossier, arguant que le besoin de couverture médicale était assuré par les médecins déjà en activité dans le canton.

Il convient de noter que le nombre de médecins dans notre canton, établi par l'OLAF, pour chaque spécialité, est systématiquement dépassé dans toutes les spécialités, depuis de nombreuses années.

Toutefois, malgré les dépassements du nombre d'autorisations de pratiquer prévus par l'annexe de l'OLAF, une certaine flexibilité dans le cadre de l'application de la clause du besoin est pratiquée par le canton. Pour guider cette flexibilité, en l'absence d'un standard permettant de déterminer scientifiquement la couverture nécessaire de médecins dans une spécialité donnée, le canton évalue les besoins de couverture ambulatoire en examinant l'enquête annuelle effectuée par l'AMG auprès de tous les médecins du canton.

Cette enquête comporte deux volets. Le premier volet évalue le besoin ressenti par les praticiens dans le cadre de leur spécialité et le second évalue la difficulté d'obtenir une consultation auprès d'un spécialiste dans un délai raisonnable par un confrère de médecine de premier recours.

Il est paradoxal d'observer, qu'à l'heure actuelle, il existe une pléthore de spécialistes alors qu'une pénurie est attendue dans les 10 à 15 prochaines années. En effet, compte tenu de la courbe démographique des médecins en exercice, un nombre conséquent d'entre eux va prendre sa retraite, alors que la relève de médecins diplômés en Suisse ne semble pas encore suffisante pour combler le déficit à venir.

Une inquiétude particulière concerne la médecine de premier recours pour laquelle de nombreux incitatifs sont actuellement déployés, afin d'en augmenter l'attractivité (par exemple, la revalorisation tarifaire, l'obligation de stage pour tous les étudiants en médecine dans un cabinet médical ambulatoire et la création d'une chaire professorale au niveau universitaire).

Le canton souhaiterait en effet favoriser le développement de la médecine de premier recours, tout en assurant une prise en charge de qualité des autres spécialités, dans des délais raisonnables.

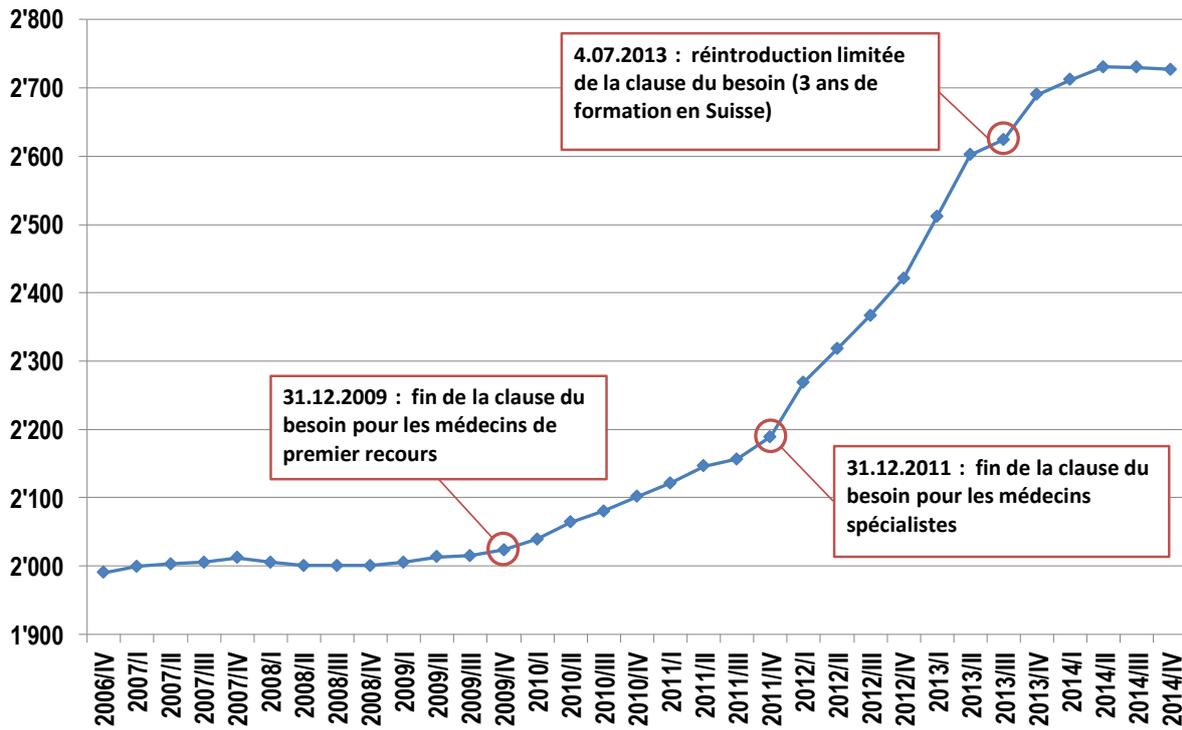
Fort de ces constats, le canton soutient le projet fédéral de délégation aux cantons de la régulation de l'offre en soins ambulatoires, actuellement en cours de consultation.

Pour y parvenir, le maintien en activité de la commission quadripartite, plus ou moins élargie selon l'aboutissement du projet fédéral, paraît indispensable pour une bonne régulation de l'offre dans notre canton.

### **E.1.5. Évolution du nombre de médecins facturant à charge de la LAMal**

Ce paragraphe traite de l'évolution, de 2006 à 2014, du nombre de médecins avec un code-crédancier actif.

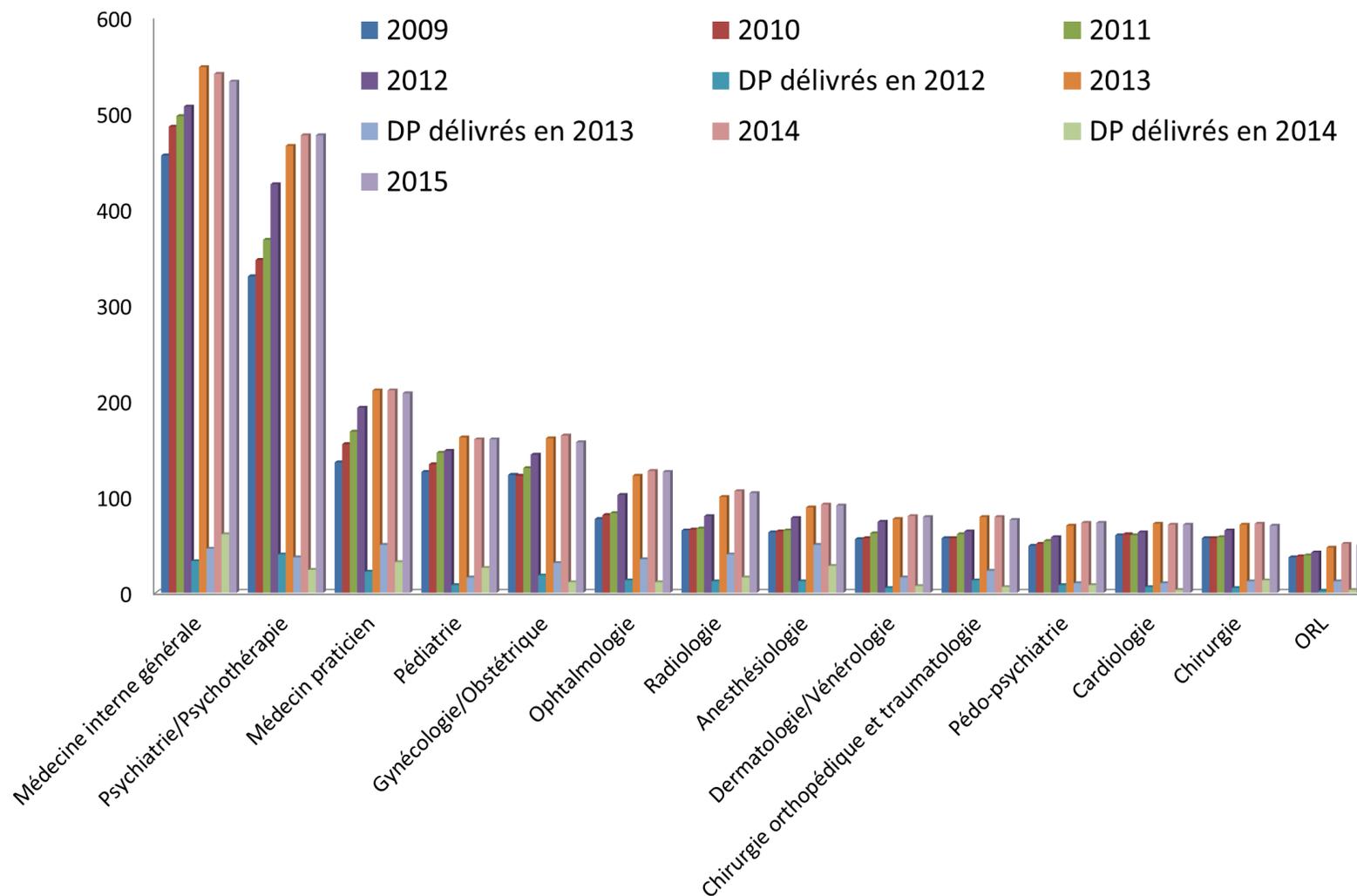
**Figure 60 : Évolution trimestrielle du nombre de médecins facturant à charge de l'assurance-maladie à Genève (entre décembre 2006 et décembre 2014)**



Source : SASIS SA, nombre de médecins disposant d'un code de facturation actif

On constate cependant que le lien entre le nombre de droits de pratiquer et l'activation de code-créanciers pour ces nouvelles autorisations n'est pas direct.

**Figure 61 : Évolution et répartition du nombre de médecins facturant à charge de l'assurance-maladie pour les années 2009 à 2015, ainsi que nombre annuel de délivrance d'autorisations de pratiquer, de 2012 à 2014 (après l'abrogation de la clause du besoin)**



Source : SASIS SA / DGS

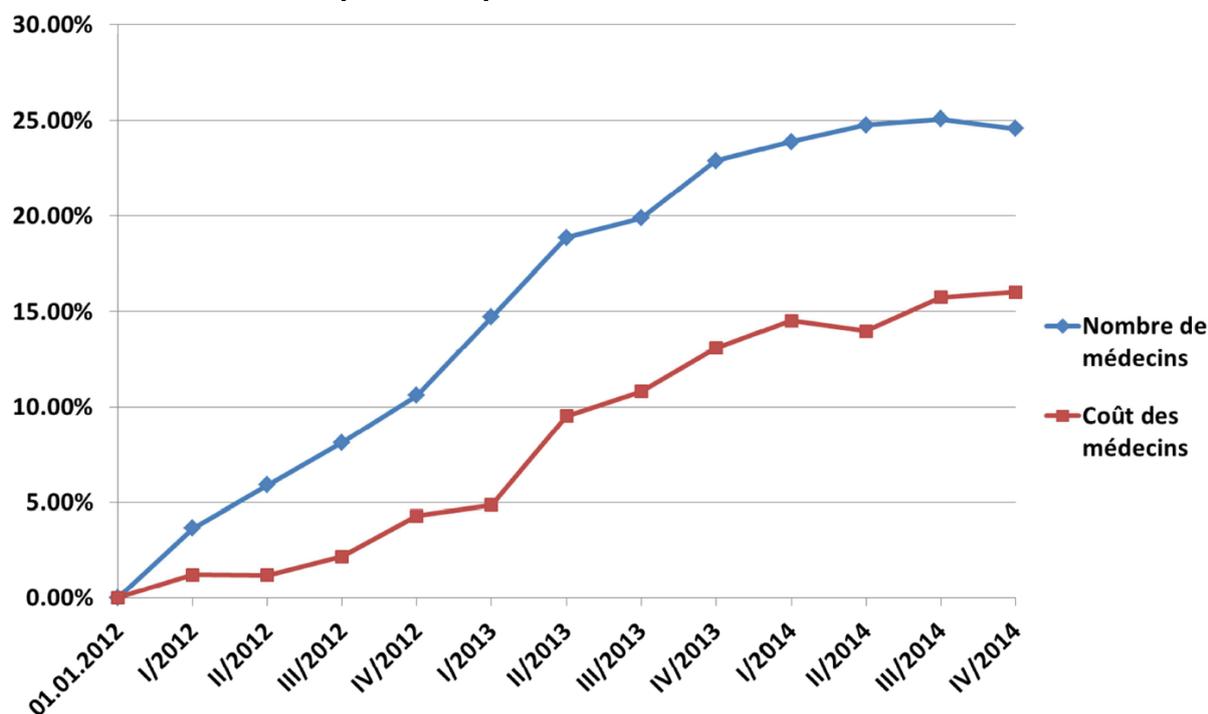
En effet, l'abrogation de la clause du besoin au niveau fédéral en 2011 a eu pour conséquence une demande considérable de nouvelles autorisations de pratiquer et par la suite, avec un décalage temporel, des RCC. Cependant, l'augmentation des codes-créanciers actifs n'est pas observée dans la même proportion. Ainsi, hormis les médecins de premier recours, regroupant les spécialités de médecine interne générale et de pédiatrie, on observe que les psychiatres sont les plus nombreux parmi toutes les autres spécialités représentées. On observe une augmentation marquée des médecins facturant à charge de la LAMal entre 2012 et 2013. Par la suite, même si le nombre de nouvelles autorisations délivrées reste significatif, on constate que le nombre de médecins actifs par spécialité est resté stable. Ce phénomène pourrait s'expliquer par l'inquiétude des médecins face à une possible régulation de l'offre ambulatoire, qui les pousse à effectuer les démarches administratives, alors même qu'ils n'ont pas de projets concrets d'installation. De plus, depuis l'été 2013, la réintroduction de la clause du besoin à certainement eu pour effet de limiter uniquement les demandes de médecins n'ayant pas exercés durant trois ans en Suisse. Ceci est plus flagrant pour les médecins praticiens qui ne peuvent justifier, dans leur formation post-diplôme, de trois années de pratique dans des postes hospitaliers.

### E.I.6. Evolution des coûts

La figure 62 présente l'évolution du nombre de médecins avec un RCC actif et, en parallèle, l'évolution du coût à charge des assureurs.

On observe que depuis 2013, les coûts par assuré imputables à la médecine ambulatoire suivent à nouveau une courbe ascendante.

**Figure 62 : Variation du nombre de médecins et du coût à charge des assureurs de ceux-ci, en pourcent, pour le canton de Genève, entre 2012 et 2014**



Source : OFSP / SASIS SA /SMC

Alors que la tendance générale à Genève était à la maîtrise des coûts, l'augmentation de l'offre ambulatoire suite à la suspension de l'outil de régulation a été suivie d'une augmentation des coûts. Dans notre canton, entre 2012 et 2014, les coûts des médecins,

par assuré, ont augmenté de 16 % (figure 62), alors que cette augmentation ne s'élevait en moyenne qu'à 2.5 % par an, de 2002 à 2012, durant les années de limitation des admissions.

### **E.I.7. Conclusion et mesures proposées**

Les modifications multiples de la régulation fédérale sur les autorisations des droits de pratique ont engendré une incertitude auprès des médecins titulaires d'une formation postgrade, lesquels ont, de ce fait, sollicité des autorisations de pratiquer et saisi l'opportunité de débiter une activité ambulatoire facturable à charge de l'assurance obligatoire des soins.

Cette augmentation massive est en complète contradiction avec le désir de régulation exprimé à la fois par le canton, mais aussi par les associations professionnelles.

Le canton soutient cette augmentation si elle concerne la médecine de premier recours, qui va devoir faire face à une diminution des médecins nés durant le baby-boom. Une analyse devra par ailleurs tenter d'expliquer le nombre particulièrement élevé de médecins psychiatres consultant dans notre canton.

Il conviendrait à l'avenir de pouvoir réguler l'offre ambulatoire selon les besoins réels de la population résidant dans le canton, ce qui contreviendrait cependant partiellement à la liberté économique des médecins. Cette régulation devrait se faire avec les partenaires impliqués afin de déterminer une palette d'offres médicales adaptée en temps réel aux besoins des Genevois.

Fort de ces constats, le canton a soutenu le projet fédéral de délégation aux cantons de la régulation de l'offre en soins ambulatoires.

Le canton continuera de réguler l'offre ambulatoire en fonction des besoins réels de la population en appliquant la clause du besoin aussi longtemps que cette possibilité légale lui sera offerte.



## E.II. Besoin en professionnels de la santé

### En bref

#### Projeté-réalisé

L'évaluation des besoins en professionnels de la santé n'a pas été incluse dans la planification précédente, par conséquent le projeté-réalisé ne peut être établi.

#### Données utilisées

Les statistiques suivantes ont été utilisées :

- la statistique des hôpitaux de l'Office fédéral de la statistique (OFS) pour le secteur hospitalier ;
- la statistique des institutions médico-sociales (Somed) de l'OFS pour les établissements médico-sociaux ;
- la statistique de l'aide et des soins à domicile (Spitex) de l'OFS pour le secteur de l'aide et des soins à domicile.

Sont pris en compte les besoins des hôpitaux, des EMS ainsi que de l'aide et soins à domicile.

#### Modèles et méthodes de projection

Pour les besoins de l'analyse, les professionnels de la santé ont été regroupés en quatre catégories : les médecins, le personnel soignant, le personnel médico-technique et le personnel médico-thérapeutique.

Les effectifs 2011 servent de référence pour les projections 2020. Le scénario envisagé se fonde sur les hypothèses suivantes : les besoins en personnel varient proportionnellement à la charge des hôpitaux, des EMS et des services d'aide et de soins à domicile ; les autres facteurs, tels que le taux d'occupation moyen, restent constants.

#### Projections

Pour 2020, près de 1'850 EPT supplémentaires (2'375 personnes) seraient nécessaires, ce qui représente une augmentation de 16% par rapport à 2011.

**Projection des besoins totaux en personnel de santé à Genève (employés et EPT)**

	Employés 2011	EPT 2011	Employés 2020	EPT 2020	Différence employés 2011-2020	Différence EPT 2011-2020	% empl. 2020 par rapport à 2011	% EPT 2020 par rapport à 2011
<b>Médecins</b>	<b>1'945</b>	<b>1'606</b>	<b>2'178</b>	<b>1'793</b>	<b>233</b>	<b>187</b>	<b>12.0%</b>	<b>11.6%</b>
<b>Personnel soignant (total)</b>	<b>11'550</b>	<b>8'930</b>	<b>13'514</b>	<b>10'455</b>	<b>1'964</b>	<b>1'525</b>	<b>17.0%</b>	<b>17.1%</b>
<i>Tertiaire</i>	6'023	4'801	6'897	5'494	874	693	14.5%	14.4%
<i>Secondaire II</i>	3'235	2'580	3'834	3'061	599	481	18.5%	18.6%
<i>Autre</i>	2'292	1'549	2'783	1'900	491	351	21.4%	22.7%
<b>Personnel médico-technique</b>	<b>856</b>	<b>728</b>	<b>954</b>	<b>811</b>	<b>98</b>	<b>83</b>	<b>11.4%</b>	<b>11.4%</b>
<b>Personnel médico-thérapeutique</b>	<b>608</b>	<b>406</b>	<b>688</b>	<b>458</b>	<b>80</b>	<b>52</b>	<b>13.2%</b>	<b>12.8%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>14'959</b>	<b>11'670</b>	<b>17'334</b>	<b>13'517</b>	<b>2'375</b>	<b>1'847</b>	<b>15.9%</b>	<b>15.8%</b>

Source : OBSAN

En prenant en compte les départs à la retraite et la durée de vie professionnelle, l'estimation du personnel à engager varie entre 4'051 (besoins supplémentaires et remplacement des retraités hors soins à domicile) et 7'478 personnes (besoins supplémentaires et remplacement des départs estimés compte tenu de la durée de vie professionnelle, soit 20 ans pour le tertiaire, 15 ans pour le secondaire II et 10 ans pour les autres).

**Besoins en personnel de santé dans les entités genevoises d'ici à 2020 basé sur 2011**

	Employés 2011	Employés 2020	Différence employés 2011-2020	Employés retraités 2020	Total besoins 2020 (suppl. et retraites)	Départs durée vie prof. longue <sup>1</sup> (2015-2020)	Total besoins 2020 (suppl. et durée vie prof. longue)
<b>Médecins</b>	<b>1'945</b>	<b>2'178</b>	<b>233</b>	<b>188</b>	<b>421</b>	<b>188</b>	<b>421</b>
<b>Personnel soignant (total)</b>	<b>11'550</b>	<b>13'514</b>	<b>1'964</b>	<b>1'260</b>	<b>3'224</b>	<b>4'476</b>	<b>6'440</b>
<i>Tertiaire</i>	6'023	6'897	874	707	1'581	1'807	2'681
<i>Secondaire II</i>	3'235	3'834	599	377	976	1'294	1'893
<i>Autre</i>	2'292	2'783	491	176	667	1'375	1'866
<b>Personnel médico-technique</b>	<b>856</b>	<b>954</b>	<b>98</b>	<b>140</b>	<b>238</b>	<b>257</b>	<b>355</b>
<b>Personnel médico-thérapeutique</b>	<b>608</b>	<b>688</b>	<b>80</b>	<b>88</b>	<b>168</b>	<b>182</b>	<b>262</b>
<b>TOTAL</b>	<b>14'959</b>	<b>17'334</b>	<b>2'375</b>	<b>1'676</b>	<b>4'051</b>	<b>5'103</b>	<b>7'478</b>

<sup>1</sup> Tertiaire = 20 ans, secondaire II = 15 ans, autres = 10 ans.

Source : DGS / OBSAN

**Mesures proposées pour répondre aux besoins/remarques**

L'accroissement du besoin en personnel est corrélé à celui des besoins en soins et correspond à une augmentation annuelle de 264 personnes. Les cessations d'activité sont responsables d'un besoin supplémentaire de 186 professionnels en cas de retraite à 65 ans et de 567 personnes en tenant compte d'une durée d'activité professionnelle moyenne. On aboutit à un besoin en nouveaux professionnels compris entre 450 et 831 personnes par an.

Le canton incite les institutions publiques et privées à former dans le cadre de leurs attributions. Par ailleurs, le département travaille en étroite collaboration avec les institutions formatrices du canton pour assurer la meilleure couverture des besoins sur la période en appliquant les mesures du plan cantonal de lutte contre la pénurie de personnel de santé.

## E.II.1. Contexte

Pour assurer des soins de qualité, il est nécessaire de disposer de suffisamment de professionnels de la santé qualifiés. Or, avec le vieillissement de la population et l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, il faut s'attendre, à l'avenir, à devoir faire face à un fort accroissement des besoins en personnel de santé. Le présent chapitre du rapport de planification fournit des estimations des besoins en personnel de santé d'ici à 2020.

Depuis 2012, le canton dispose d'un programme de lutte contre la pénurie des professionnels de la santé, qui comporte une vingtaine d'actions<sup>39</sup>. Il est conçu autour de cinq axes majeurs : formation, allocation des ressources, promotion et communication, carrières (conditions de travail et maintien en activité), pilotage. Les actions sont, à des degrés d'avancement variables, en cours d'étude ou de déploiement.

Pour évaluer les futurs besoins en personnel de santé dans le canton de Genève, l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) a réalisé une étude en 2014<sup>40</sup>. Les données de cette étude concernent le personnel de santé au sens strict, qui travaille dans le domaine de l'aide et des soins aux patients, dans les trois grands domaines de prise en charge médicale, soit les hôpitaux et cliniques, les EMS, ainsi que les organisations d'aide et de soins à domicile (infirmiers et infirmières indépendants inclus).

Ne sont donc pas pris en compte les autres secteurs de prise en charge ambulatoire (cabinets de médecins, cabinets de physiothérapie/d'ergothérapie, sages-femmes, instituts de radiologie, etc.) ni les autres institutions médico-sociales (institutions pour personnes handicapées, personnes toxicodépendantes et personnes ayant des problèmes psychosociaux). Le personnel de santé engagé dans l'industrie, l'administration, la recherche ou l'enseignement n'est pas non plus inclus.

L'évolution démographique et épidémiologique est prise en compte dans le calcul des futurs besoins en personnel. Par contre, d'autres facteurs comme l'évolution technologique, les décisions politiques, le taux d'occupation, le skill/grade mix<sup>41</sup>, etc. ne sont pas considérés dans les projections ou sont tenus pour constants. L'étude ne tient pas compte non plus ni des niveaux de salaire, ni des conditions de travail, ni des décisions politiques sur la formation, etc.

Les résultats de cette étude sont partiellement repris et commentés ci-après. La notion de durée de vie professionnelle est aussi utilisée pour estimer les futurs besoins.

## E.II.2. Données utilisées

Les statistiques suivantes ont été utilisées :

- la *statistique des hôpitaux* de l'Office fédéral de la statistique (OFS) pour le secteur hospitalier ;

<sup>39</sup> Programme de lutte contre la pénurie des professionnels de la santé dans le canton de Genève. Rapport du groupe de travail de haut niveau chargé de proposer et de coordonner une série d'actions visant la lutte contre la pénurie des professionnels de la santé. Genève, 1<sup>er</sup> juillet 2013.

Rapport téléchargeable à l'adresse Internet : [http://ge.ch/dares/sante/a\\_votre\\_service-programme\\_lutte\\_contre\\_penurie\\_professionnels\\_sante\\_dans\\_canton\\_geneve-9165.html](http://ge.ch/dares/sante/a_votre_service-programme_lutte_contre_penurie_professionnels_sante_dans_canton_geneve-9165.html).

<sup>40</sup> Laila Burla, Sylvie Füglistler-Dousse, Isabelle Sturny : Personnel de santé dans le canton de Genève, état des lieux et perspectives jusqu'en 2025. Obsan rapport 60, 2014 (Annexe 2).

<sup>41</sup> Par « skill/grade mix », on entend ici la composition du personnel soignant selon le degré de formation.

- la *statistique des institutions médico-sociales (Somed)* de l'OFS pour les établissements médico-sociaux ;
- la *statistique de l'aide et des soins à domicile (Spitex)* de l'OFS pour le secteur de l'aide et des soins à domicile.

Les projections concernant le personnel reposent en partie sur d'autres sources de données qui sont citées plus loin ou dans le rapport de l'Obsan.

À noter que l'on observe des différences entre les variables sur le personnel de santé relevées dans ces trois statistiques : par exemple, la fonction et la formation ne sont parfois pas relevées de manière identique. Ainsi, les analyses comparatives entre ces trois banques de données ne sont possibles que dans une mesure limitée. L'absence d'uniformité dans les informations relevées par ces trois statistiques s'explique par le fait que ces dernières ont été élaborées à des périodes différentes, sans coordination, et ont donc leur propre historique (Statistique des hôpitaux en 1998 ; Somed en 1997 ; SPITEX en 2007).

### **E.II.3. Modèles et méthode de projection**

Pour les analyses, les différentes fonctions/formations du personnel de santé ont été regroupées en quatre catégories principales, soit : médecins, personnel soignant (degré tertiaire, degré secondaire II et autre personnel soignant), personnel médico-technique, et enfin personnel médico-thérapeutique. Les détails des regroupements se trouvent en annexe 3 (statistiques des hôpitaux), annexe 4 (Somed) et annexe 5 (Spitex).

Les projections se fondent sur les effectifs 2011 définis pour les hôpitaux, les EMS, les organisations d'aide et de soins à domicile, et ventilés dans les différentes catégories (nombre d'employés et nombre d'équivalents plein-temps [EPT]).

Le rapport Obsan porte sur les perspectives jusqu'en 2025 et contient des chiffres pour les années 2015, 2020 et 2025. Seules les projections concernant 2020 sont présentées dans le présent chapitre, ainsi qu'une partie des scénarii envisagés.

Les projections pour tous les domaines de soins sont faites en considérant que :

- les besoins en EPT ou en personnel augmentent ou baissent proportionnellement à la fluctuation du nombre de journées d'hospitalisation (hôpitaux), respectivement, au nombre de pensionnaires pour les EMS et au nombre de clients pour les organisations d'aide et de soins à domicile ;
- le taux d'activité moyen du personnel de santé reste constant ;
- le skill/grade mix reste constant ;
- la part des prestations de soins fournies par les hôpitaux reste constante par rapport à l'offre de soins prodigués par d'autres secteurs de soins (ambulatoire), respectivement le domaine de l'aide et des soins à domicile couvre la même proportion de personnes nécessitant des soins qu'en 2011.

Les projections concernant le personnel des hôpitaux ont été établies à l'aide de la formule suivante :

$$EPT_{\text{année de projection f, s}} = \frac{EPT_{2011, f}}{\text{journées d'hospitalisation}_{2011}} \times \text{journées d'hospitalisation}_{\text{année de projection s}}$$

$$\text{effectif}_{\text{année de projection f, s}} = \frac{\text{effectif}_{2011, f}}{\text{journées d'hospitalisation}_{2011}} \times \text{journées d'hospitalisation}_{\text{année de projection s}}$$

Où : f : niveaux de formation

s : variantes de scénario

Les « journées d'hospitalisation » sont remplacées par les « pensionnaires » pour les EMS, et par le « nombre de clients » pour l'aide et les soins à domicile.

### Limites du modèle

Le modèle de projection pour les hôpitaux prend comme élément de référence de la demande en soins le nombre de journées d'hospitalisation et non le nombre d'entrées ou d'admissions. Cependant, avec un nombre équivalent voire réduit de lits et donc de journées, les hôpitaux accueillent plus de patients du fait de la diminution avérée des durées de séjours dans toutes les zones de soins. Il y a donc un risque de sous-estimation du besoin réel en personnel de soins, car l'augmentation du tournus de patients conduit à une augmentation automatique du nombre de journées d'entrée ou de sortie des patients, qui sont des journées plus lourdes en soins et en ressources. Le nombre moyen de minutes de soins par jour, donné par la méthode PRN, est un bon indicateur de cette tendance. Or, il augmente de près de 15 % entre 2009 et 2014, passant de 301 à 345 minutes.

#### E.II.3.1. Projections hôpitaux

Les données concernant les hôpitaux sont présentées séparément pour les soins aigus, les soins psychiatriques et la réadaptation.

Le calcul des besoins futurs en personnel dans les hôpitaux se base sur le recours actuel et futur aux soins. Le recours aux soins futurs est estimé à la fois à l'aide des données de la *statistique médicale des hôpitaux* de l'OFS<sup>42</sup>, et à la fois à l'aide des données sur l'évolution démographique de l'OCSTAT du canton de Genève en collaboration avec Statistique Vaud (service cantonal de recherche et d'informations statistiques [SCRIS]). Concernant les projections de la population résidante dans le canton de Genève, le scénario « engagement transfrontalier », qui suppose un fort engagement du gouvernement pour réaliser rapidement les projets de construction envisagés depuis quelques années, est retenu. Le futur recours aux soins est estimé en termes de journées d'hospitalisation ce qui permet de tenir compte de l'intensité à laquelle les patients utilisent des ressources (entre autre personnel de santé). L'Obsan a calculé les journées d'hospitalisation pour 2011 et, notamment, pour 2020 (selon divers scénarii) pour les différents types d'hôpitaux (hôpitaux de soins aigus, cliniques psychiatriques, cliniques de réadaptation) dans un projet à part, établi dans le cadre du rapport sur la planification hospitalière pour le canton de Genève<sup>43</sup>.

Pour les soins aigus, deux scénarii sont présentés :

- le scénario de référence, combiné avec le scénario démographique « engagement transfrontalier » ;

<sup>42</sup> [www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infotehek/erhebungen\\_\\_quellen/blank/blank/mkh/01.html](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infotehek/erhebungen__quellen/blank/blank/mkh/01.html) (consulté le 22 juillet 2013).

<sup>43</sup> Füglistler-Dousse et al., 2013.

- le scénario 1/4-best, combiné avec le scénario démographique « engagement transfrontalier ».

Le scénario de référence suppose que les durées moyennes de séjour par DRG restent équivalentes à celles de l'année d'observation au fil du temps. Le scénario 1/4-best prévoit que les durées moyennes de séjour par DRG tendront à l'avenir à diminuer en s'approchant de celles effectuées par un pool des meilleurs hôpitaux de Suisse (25<sup>ème</sup> percentile).

Pour la psychiatrie et la réadaptation, seul le scénario de référence combiné avec le scénario démographique « engagement transfrontalier » est présenté.

### **E.II.3.2. Projections EMS**

Les projections des besoins en lits de soins en EMS pour les Genevois de 65 ans ou plus ont été calculées par l'Obsan dans un projet distinct<sup>44</sup>. Les estimations du besoin futur en personnel s'appuient sur ces résultats. Les données des deux scénarii suivants sont présentées, sur la base du scénario démographique genevois « tendance récente » (il s'agit d'une vision cohérente avec la situation observée cette dernière décennie, à savoir une conjoncture économique favorable, une pression démographique restant élevée, un parc de logements continuant à se développer avec toutefois certaines difficultés dans la réalisation des grands chantiers). Ces données sont présentées à défaut d'avoir à disposition les données du scénario « engagement transfrontalier » qui est retenu au plan cantonal :

- scénario d'augmentation des soins ambulatoires combiné avec le scénario de référence en ce qui concerne la morbidité (compression relative de la morbidité) ;
- scénario d'augmentation des soins en EMS combiné avec le scénario de référence en ce qui concerne la morbidité (compression relative de la morbidité).

Il va de soi que les besoins en personnel dépendront de l'ouverture ou non de nouvelles institutions.

### **E.II.3.3. Projections aide et soins à domicile**

Les projections concernant le personnel se basent sur le futur nombre de clients des organisations d'aide et de soins à domicile. Pour estimer ce nombre, l'Obsan a divisé dans un premier temps le nombre de clients des organisations d'aide et de soins à domicile en 2011 par le nombre de personnes tributaires de soins cette même année. Le taux obtenu indique combien de personnes nécessitant des soins ont eu recours aux prestations d'aide et de soins à domicile. Les prestations retenues dans ce calcul comptent les soins de longue durée, les soins aigus et de transition et les prestations d'aide à domicile. Le nombre de personnes dépendantes de soins dans le canton de Genève en 2011, 2015, 2020 et 2025 a été calculé dans le cadre de la planification des EMS<sup>44</sup>. Ce sont les résultats du scénario de référence qui sont présentés dans ce chapitre. Pour calculer le nombre de clients des organisations d'aide et de soins à domicile pour l'année 2020, le nombre estimé de personnes qui nécessiteront des soins en 2020 a été multiplié par le taux de recours aux prestations des organisations d'aide et de soins à domicile en 2011, dont on constate toutefois qu'il augmente chaque année. C'est donc une hypothèse basse qui est calculée.

Ce calcul n'a été effectué que pour la clientèle des organisations d'aide et de soins à domicile âgée d'au moins 65 ans, les besoins en soins des personnes de moins de 65 ans ne pouvant être définis sur la base des données existantes. Dans les projections, on part du principe que la clientèle des organisations d'aide et de soins à domicile âgée de moins de 65 ans reste stable. Ces projections n'incluent donc pas des situations découlant du handicap, de la santé mentale, de la suppléance parentale de plus en plus prévalente aussi chez les moins de 65 ans, ni des problématiques liées à l'obésité.

---

<sup>44</sup> Kohler, 2013.

## E.II.4. Évaluation des besoins : résultats des projections

Toutes les projections sont réalisées à partir des effectifs qui figurent dans les statistiques 2011 (nombre d'employés et d'équivalents plein-temps [EPT]) :

**Tableau 60 : Effectifs 2011 à Genève (nombre d'employés et d'équivalents plein-temps [EPT])**

	Soins aigus		Psychiatrie		Réadaptation		EMS		Soins à domicile		TOTAL	
	Employés	EPT	Employés	EPT	Employés	EPT	Employés	EPT	Employés	EPT	Employés	EPT
Médecins	1'440	1'243	298	220	157	136	50	7	-	-	1'945	1'606
Personnel soignant (total)	4'215	3'462	749	640	1'180	984	2'977	2'395	2'429	1'449	11'550	8'930
Tertiaire	3'121	2'520	636	556	705	567	810	645	751	513	6'023	4'801
Secondaire II	928	810	98	72	427	374	1'045	870	737	454	3'235	2'580
Autre	166	132	15	12	48	43	1'122	880	941	482	2'292	1'549
Personnel médico-technique	825	703	16	15	15	10	-	-	-	-	856	728
Personnel médico-thérapeutique	183	128	183	110	183	131	34	20	25	17	608	406
<b>TOTAL</b>	<b>6'663</b>	<b>5'536</b>	<b>1'246</b>	<b>985</b>	<b>1'535</b>	<b>1'261</b>	<b>3'061</b>	<b>2'422</b>	<b>2'454</b>	<b>1'466</b>	<b>14'959</b>	<b>11'670</b>

Source : OFS

En 2011, le canton de Genève recensait 11'670 EPT (personnel de santé seulement) dans les trois domaines de prise en charge considérés. Le personnel de santé des hôpitaux (hôpitaux de soins aigus, cliniques psychiatriques et cliniques de réadaptation) en représentait la majeure partie avec 66.7 % (7'782 EPT), devant le personnel des EMS (2'422 EPT, 20.7 %) et le personnel de l'aide et des soins à domicile (1'466 EPT; 12.6 %).

Les paragraphes suivants présentent des estimations des futurs besoins en personnel de santé à l'horizon 2020, en ce qui concerne les employés et les EPT pour les hôpitaux (soins aigus, psychiatrie et réadaptation), les EMS et les soins à domicile, selon le ou les scénario-ii retenu-s (cf. ci-dessus). Les futurs besoins en personnel sont calculés à l'aide de deux composantes : les besoins supplémentaires, basés sur le futur recours aux soins estimé (demande), et les remplacements qui prennent en compte les personnes qui partiront à la retraite d'ici à 2020 (ce calcul ne peut être effectué pour le domaine de l'aide et des soins à domicile, car l'âge du personnel n'est pas une variable qui figure dans les statistiques). Ces deux composantes sont additionnées.

Ces paragraphes sont suivis d'une synthèse qui regroupe l'ensemble des futurs besoins en personnel de santé à l'horizon 2020, et qui, en ce qui concerne le personnel qui doit être remplacé, met en regard la notion de retraite avec celle de durée de vie professionnelle.

### E.II.4.1. Hôpitaux

Les projections des effectifs du personnel des hôpitaux sont présentées en distinguant les soins aigus (e.ii.4.1.a), les cliniques psychiatriques (E.II.4.1.b) et les cliniques de réadaptation (E.II.4.1.c).

#### a. Hôpitaux de soins aigus

Les projections sont présentées ci-dessous, le tableau 61 comportant les résultats du scénario ¼ Best / Engagement transfrontalier et le tableau 62 les résultats du scénario Référence / Engagement transfrontalier.

**Tableau 61 : Hôpitaux de soins aigus : projection des besoins en personnel de santé à Genève, selon scénario ¼ Best / Engagement transfrontalier**

	Employés 2011	EPT 2011	Employés 2020	EPT 2020	Différence employés 2011-2020	Différence EPT 2011-2020	Employés retraités 2020	Total besoins suppl. 2020 (employés)
<b>Médecins</b>	1'440	1'243	1'509	1'303	69	60	103	163
<b>Personnel soignant (total)</b>	4'215	3'462	4'417	3'630	202	168	415	583
<i>Tertiaire</i>	3'121	2'520	3'271	2'642	150	122	270	392
<i>Secondaire II</i>	928	810	972	849	44	39	120	159
<i>Autre</i>	166	132	174	139	8	7	25	32
<b>Personnel médico-technique</b>	825	703	865	737	40	34	130	164
<b>Personnel médico-thérapeutique</b>	183	128	192	134	9	6	21	27
<b>TOTAL</b>	6'663	5'536	6'983	5'804	320	268	669	937

Source : OBSAN

**Tableau 62 : Hôpitaux de soins aigus : projection des besoins en personnel de santé à Genève, selon scénario Référence / Engagement transfrontalier**

	Employés 2011	EPT 2011	Employés 2020	EPT 2020	Différence employés 2011-2020	Différence EPT 2011-2020	Employés retraités 2020	Total besoins suppl. 2020 (employés)
<b>Médecins</b>	1'440	1'243	1'606	1'386	166	143	103	246
<b>Personnel soignant (total)</b>	4'215	3'462	4'700	3'860	485	398	415	813
<i>Tertiaire</i>	3'121	2'520	3'480	2'810	359	290	270	560
<i>Secondaire II</i>	928	810	1'035	903	107	93	120	213
<i>Autre</i>	166	132	185	147	19	15	25	40
<b>Personnel médico-technique</b>	825	703	920	784	95	81	130	211
<b>Personnel médico-thérapeutique</b>	183	128	204	142	21	14	21	35
<b>TOTAL</b>	6'663	5'536	7'430	6'172	767	636	669	1'305

Source : OBSAN

Les futurs besoins en personnel de santé dans les hôpitaux genevois d'ici à 2020 varient, selon le scénario retenu, entre 5'804 et 6'172 EPT, ce qui représente une hausse entre 268 et 636 EPT par rapport à 2011. Pour les médecins, les futurs besoins sont estimés à 1'303-1'386 EPT, soit 60-143 postes à plein temps de plus qu'en 2011 (69-166 médecins supplémentaires). Dans le domaine des soins et de l'accompagnement, les besoins en personnel devraient passer de 3'462 EPT en 2011 à 3'630-3'860 EPT en 2020, ce qui représente une hausse de 168-398 postes à plein temps (202-485 professionnels des soins). La majeure partie serait composée de personnel des soins infirmiers titulaire d'un diplôme du degré tertiaire (+122-290 EPT). Selon les projections, les besoins supplémentaires en 2020 se montent à 34-81 EPT (40-95 personnes) pour le personnel médico-technique et à 6-14 EPT (9-21 personnes) pour le personnel médico-thérapeutique.

Quelque 10 % du personnel de santé des hôpitaux de soins aigus du canton de Genève aura atteint l'âge de la retraite en 2020. Ce sera le cas de 103 médecins, soit 7.2 % des médecins travaillant dans ces établissements en 2011. Parmi le personnel soignant, 415 personnes auront atteint l'âge de la retraite d'ici là (9.8 %), dont 270 titulaires d'un diplôme

du degré tertiaire. Ce sera aussi le cas de 15.8 % du personnel médico-technique (130 personnes) et de 11.5 % du personnel médico-thérapeutique (21 personnes).

Au total, d'ici à 2020, les besoins en personnel de santé supplémentaire pour les soins aigus sont donc estimés à 163-246 médecins, 583 à 813 professionnels des soins, 164 à 211 professionnels médico-techniques et 27 à 35 spécialistes médico-thérapeutiques.

**b. Cliniques psychiatriques**

**Tableau 63 : Cliniques psychiatriques : projection des besoins en personnel de santé à Genève, selon scénario Référence / Engagement transfrontalier**

	Employés 2011	EPT 2011	Employés 2020	EPT 2020	Différence employés 2011-2020	Différence EPT 2011-2020	Employés retraités 2020	Total besoins suppl. 2020 (employés)
Médecins	298	220	324	239	26	19	39	58
Personnel soignant (total)	749	640	814	694	65	54	164	218
Tertiaire	636	556	691	603	55	47	136	183
Secondaire II	98	72	107	78	9	6	25	31
Autre	15	12	16	13	1	1	3	4
Personnel médico-technique	16	15	17	16	1	1	6	7
Personnel médico-thérapeutique	183	110	199	119	16	9	29	38
<b>TOTAL</b>	<b>1'246</b>	<b>985</b>	<b>1'354</b>	<b>1'068</b>	<b>108</b>	<b>83</b>	<b>238</b>	<b>321</b>

Source : OBSAN

Dans les cliniques psychiatriques, les besoins en personnel de santé d'ici à 2020 sont estimés à 1'068 EPT, soit 83 postes à plein temps de plus qu'en 2011. Les futurs besoins en médecins se montent à 239 EPT, ce qui représente 19 EPT (26 médecins) de plus qu'en 2011. Dans le domaine des soins et de l'accompagnement, il faut s'attendre à des besoins en personnel de l'ordre de 694 EPT d'ici à 2020, équivalant à une hausse de 54 EPT (65 personnes dont 85 % de degré tertiaire). En ce qui concerne le personnel médico-technique, les besoins supplémentaires devraient se limiter à 1 EPT. Les résultats des projections pour le personnel médico-thérapeutique font état d'une hausse des besoins de 9 EPT (16 personnes).

Dans l'ensemble, presque 20 % du personnel de santé des cliniques psychiatriques aura atteint l'âge de la retraite d'ici à 2020. Ce sera le cas de 13 % des médecins (39 personnes), de 21.9 % du personnel soignant (164 personnes), dont une majorité (83 %) de professionnels des soins diplômés du degré tertiaire. Six départs à la retraite sont prévus d'ici à 2025 dans le personnel médico-technique et 29 dans le personnel médico-thérapeutique.

Les besoins en personnel supplémentaire d'ici à 2020 seront donc les suivants (en personnes) : 58 médecins, 218 professionnels des soins, 7 spécialistes médico-techniques et 38 spécialistes médico-thérapeutiques.

### c. Cliniques de réadaptation

**Tableau 64 : Cliniques de réadaptation : projection des besoins en personnel de santé à Genève, selon scénario Référence / Engagement transfrontalier**

	Employés 2011	EPT 2011	Employés 2020	EPT 2020	Différence employés 2011-2020	Différence EPT 2011-2020	Employés retraités 2020	Total besoins suppl. 2020 (employés)
<b>Médecins</b>	157	136	183	159	26	23	13	36
<b>Personnel soignant (total)</b>	<b>1'180</b>	<b>984</b>	<b>1'375</b>	<b>1'146</b>	<b>195</b>	<b>162</b>	<b>201</b>	<b>363</b>
<i>Tertiaire</i>	705	567	821	661	116	94	119	213
<i>Secondaire II</i>	427	374	498	435	71	61	77	138
<i>Autre</i>	48	43	56	50	8	7	5	12
<b>Personnel médico-technique</b>	<b>15</b>	<b>10</b>	<b>17</b>	<b>11</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Personnel médico-thérapeutique</b>	<b>183</b>	<b>131</b>	<b>213</b>	<b>152</b>	<b>30</b>	<b>21</b>	<b>28</b>	<b>49</b>
<b>TOTAL</b>	<b>1'535</b>	<b>1'261</b>	<b>1'788</b>	<b>1'468</b>	<b>253</b>	<b>207</b>	<b>246</b>	<b>453</b>

Source : OBSAN

Les besoins en personnel de santé des cliniques de réadaptation genevoises à l'horizon 2020 sont estimés à 1'468 EPT, soit 207 postes à plein temps de plus qu'en 2011.

La projection met en évidence une augmentation du nombre de médecins, qui passe de 136 EPT en 2011 à 159 EPT en 2020. Cela représente 23 postes à plein temps (26 médecins) de plus qu'en 2011. Les futurs besoins en personnel dans le domaine des soins et de l'accompagnement sont estimés à 1'146 EPT, ce qui correspond à 162 postes à plein temps supplémentaires (195 personnes dont 59 % de niveau tertiaire). Dans le cas du personnel médico-technique, il faudrait 1 EPT de plus, et pour le personnel médico-thérapeutique, 21 EPT (30 personnes) de plus seront nécessaires.

Quelque 16 % du personnel de santé des cliniques de réadaptation genevoises aura atteint l'âge de la retraite d'ici à 2020. 13 médecins devront ainsi être remplacés. Dans le personnel soignant, 201 personnes partiront à la retraite d'ici à 2020. Ce sera le cas de 4 personnes dans le personnel médico-technique et de 28 spécialistes médico-thérapeutiques.

Les besoins en personnel supplémentaire seront donc les suivants (en personnes) : 36 médecins, 363 professionnels des soins, 5 membres du personnel médico-technique et 49 spécialistes médico-thérapeutiques.

#### E.II.4.2. EMS

Les projections sont présentées ci-dessous, le tableau 65 comportant les résultats du scénario Référence / Augmentation des soins ambulatoires et le tableau 66 les résultats du scénario Référence / Augmentation des soins en EMS.

**Tableau 65 : EMS : projection des besoins en personnel de santé à Genève, selon scénario Référence / Augmentation des soins ambulatoires**

	Employés 2011	EPT 2011	Employés 2020	EPT 2020	Différence employés 2011-2020	Différence EPT 2011-2020	Employés retraités 2020	Total besoins suppl. 2020 (employés)
<b>Médecins</b>	50	7	53	7	3	-	33	33
<b>Personnel soignant (total)</b>	2'977	2'395	3'179	2'557	202	162	480	642
<i>Tertiaire</i>	810	645	865	688	55	43	182	225
<i>Secondaire II</i>	1'045	870	1'116	929	71	59	155	214
<i>Autre</i>	1'122	880	1'198	940	76	60	143	203
<b>Personnel médico-technique</b>	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Personnel médico-thérapeutique</b>	34	20	36	21	2	1	10	11
<b>TOTAL</b>	3'061	2'422	3'268	2'585	207	163	523	686

Source : OBSAN

**Tableau 66 : EMS : projection des besoins en personnel de santé à Genève, selon scénario Référence / Augmentation des soins en EMS**

	Employés 2011	EPT 2011	Employés 2020	EPT 2020	Différence employés 2011-2020	Différence EPT 2011-2020	Employés retraités 2020	Total besoins suppl. 2020 (employés)
<b>Médecins</b>	50	7	65	9	15	2	33	35
<b>Personnel soignant (total)</b>	2'977	2'395	3'863	3'107	886	712	480	1'192
<i>Tertiaire</i>	810	645	1'051	836	241	191	182	373
<i>Secondaire II</i>	1'045	870	1'356	1'129	311	259	155	414
<i>Autre</i>	1'122	880	1'456	1'142	334	262	143	405
<b>Personnel médico-technique</b>	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Personnel médico-thérapeutique</b>	34	20	44	26	10	6	10	16
<b>TOTAL</b>	3'061	2'422	3'972	3'142	911	720	523	1'243

Source : OBSAN

À l'horizon 2020, le nombre total d'EPT, qui s'élevait à 2'422 en 2011, se situera dans une fourchette allant de 2'585 à 3'142 selon le scénario retenu, représentant respectivement des hausses du personnel allant de 163 à 720 EPT par rapport à 2011 (207-911 personnes). Parmi le personnel soignant, les besoins supplémentaires en 2020 s'élèveront à 59-259 EPT (71-311 personnes) pour les titulaires d'un diplôme du degré secondaire II et à 60-262 EPT pour le personnel de soins « autre ». Quant aux titulaires d'un diplôme du degré tertiaire, il en faudrait 43-191 EPT (55-241 personnes) de plus à l'horizon 2020 selon le scénario.

Dans l'ensemble, 17 % du personnel de santé des EMS aura atteint l'âge de la retraite d'ici à 2020. Ce sera le cas de plus de la moitié des médecins (33 personnes), qui travaillent toutefois à temps très partiel dans les EMS, et de près d'un tiers des thérapeutes diplômés, soit 10 personnes sur 34. Parmi le personnel soignant, 480 personnes sont concernées.

Les besoins en personnel supplémentaire à l'horizon 2020 s'élèvent donc à 686-1'243 personnes, principalement du personnel soignant, les chiffres variant presque du simple au double d'un scénario à l'autre.

**E.II.4.3. Soins à domicile****Tableau 67 : Aide et soins à domicile : projection des besoins en personnel de santé à Genève, selon scénario Référence**

	Employés 2011	EPT 2011	Employés 2020	EPT 2020	Différence employés 2011-2020	Différence EPT 2011-2020	Employés retraités 2020	Total besoins suppl. 2020 (employés)
<b>Médecins</b>	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Personnel soignant (total)</b>	<b>2'429</b>	<b>1'449</b>	<b>2'762</b>	<b>1'648</b>	<b>333</b>	<b>199</b>	-	<b>199</b>
<i>Tertiaire</i>	751	513	854	584	103	71	-	71
<i>Secondaire II</i>	737	454	838	516	101	62	-	62
<i>Autre</i>	941	482	1'070	548	129	66	-	66
<b>Personnel médico- technique</b>	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Personnel médico- thérapeutique</b>	<b>25</b>	<b>17</b>	<b>28</b>	<b>19</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	-	<b>2</b>
<b>TOTAL</b>	<b>2'454</b>	<b>1'466</b>	<b>2'790</b>	<b>1'667</b>	<b>336</b>	<b>201</b>	-	<b>201</b>

Source : OBSAN

Les besoins en personnel de santé des services d'aide et de soins à domicile à l'horizon 2020 sont estimés à 1'667 EPT, soit 2'790 personnes. Cela représente 201 postes à plein temps (336 personnes) de plus qu'en 2011. Sur l'ensemble du personnel supplémentaire nécessaire, 71 EPT concernent du personnel soignant du degré tertiaire (103 personnes), 62 EPT du personnel diplômé de niveau secondaire II (101 personnes) et 66 EPT du personnel soignant autre (129 personnes).

Les statistiques ne permettent pas de connaître le nombre de personnes qui auront atteint l'âge de la retraite d'ici à 2020 dans le domaine de l'aide et des soins à domicile. Les résultats des projections sont ainsi sous-estimés dans ce domaine.

**E.II.4.4. Synthèse des besoins en personnel d'ici à 2020**

Le tableau 68 présente une estimation du nombre de professionnels de la santé et du nombre d'EPT nécessaires à l'horizon 2020 pour répondre aux besoins en soins qui ressortent des projections de l'Obsan.

Pour simplifier la lecture de cette synthèse, un seul scénario a été retenu, sur les deux présentés plus haut, à la fois pour les soins aigus et pour les EMS. Pour les soins aigus, ce sont les chiffres du scénario « référence / engagement transfrontalier » qui sont pris en compte, car il s'agit du scénario de référence utilisé pour l'ensemble du rapport de planification. Pour les EMS, ce sont les chiffres du scénario « référence / augmentation des soins en EMS » qui sont pris en compte. Ils mettent en évidence le personnel qui serait nécessaire si le même pourcentage de la population devait vivre en EMS en 2020. Compte tenu du vieillissement de la population, on peut s'attendre à un accroissement du nombre de places nécessaires en EMS, mais il faut toutefois souligner que la volonté du canton est, dans toute la mesure du possible, de privilégier le maintien à domicile et les soins ambulatoires.

**Tableau 68 : Projection des besoins totaux en personnel de santé à Genève (employés et EPT)**

	Employés 2011	EPT 2011	Employés 2020	EPT 2020	Différence employés 2011-2020	Différence EPT 2011-2020	% empl. 2020 par rapport à 2011	% EPT 2020 par rapport à 2011
<b>Médecins</b>	<b>1'945</b>	<b>1'606</b>	<b>2'178</b>	<b>1'793</b>	<b>233</b>	<b>187</b>	<b>12.0%</b>	<b>11.6%</b>
<b>Personnel soignant (total)</b>	<b>11'550</b>	<b>8'930</b>	<b>13'514</b>	<b>10'455</b>	<b>1'964</b>	<b>1'525</b>	<b>17.0%</b>	<b>17.1%</b>
<i>Tertiaire</i>	6'023	4'801	6'897	5'494	874	693	14.5%	14.4%
<i>Secondaire II</i>	3'235	2'580	3'834	3'061	599	481	18.5%	18.6%
<i>Autre</i>	2'292	1'549	2'783	1'900	491	351	21.4%	22.7%
<b>Personnel médico-technique</b>	<b>856</b>	<b>728</b>	<b>954</b>	<b>811</b>	<b>98</b>	<b>83</b>	<b>11.4%</b>	<b>11.4%</b>
<b>Personnel médico-thérapeutique</b>	<b>608</b>	<b>406</b>	<b>688</b>	<b>458</b>	<b>80</b>	<b>52</b>	<b>13.2%</b>	<b>12.8%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>14'959</b>	<b>11'670</b>	<b>17'334</b>	<b>13'517</b>	<b>2'375</b>	<b>1'847</b>	<b>15.9%</b>	<b>15.8%</b>

Source : OBSAN

On constate qu'au total, ce sont près de 1'850 EPT supplémentaires (2'375 personnes) qui seraient nécessaires pour assurer l'augmentation des besoins en soins en 2020, selon les scénarii retenus. Cela représente près de 16 % de personnel de santé supplémentaire par rapport à 2011.

Pour savoir combien de personnes il faudrait engager à l'horizon 2020, il faut non seulement tenir compte des nouveaux besoins en soins, mais aussi des professionnels qui vont quitter leur emploi dans l'intervalle. Comme nous l'avons vu plus haut, le rapport Obsan propose des projections sur la base des départs à la retraite prévisibles pour les hôpitaux et les EMS (les données ne sont pas disponibles pour les soins à domicile).

Mais on ne peut pas s'attendre à ce que l'ensemble des professionnels de la santé en poste en 2011 travaille jusqu'à l'âge de la retraite.

C'est pourquoi, en complément aux données de l'Obsan sur les retraites prévues, est proposée la prise en compte de la notion de durée de vie professionnelle telle que suggérée dans le projet 2009 de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et de l'Organisation faïtière nationale du monde du travail en santé<sup>45</sup> (OdASanté).

Ce projet, qui concerne les professions de la santé non médicales, relève notamment que certains professionnels de la santé, majoritairement des femmes, quittent leur emploi en cours de carrière, de manière provisoire ou définitive.

Dès lors, le projet propose de définir et de prendre en compte une notion de « durée moyenne d'exercice de la profession », notion qui n'est relevée par aucune statistique. Le rapport propose deux scénarii construits à partir d'une étude menée dans le canton de Berne, l'un prévoit une durée modérée d'exercice de la profession et l'autre une longue durée d'exercice de la profession. Les durées respectives sont définies comme suit pour les différents niveaux de formation :

- professions tertiaires : 15 ans / 20 ans (moyenne 17.5 ans) ;

<sup>45</sup> Rapport national sur les besoins en effectifs dans les professions de santé 2009. Besoins en personnel et mesures visant à garantir des effectifs suffisants au plan national. Un projet de la CDS et de l'OdASanté. Berne, 9.12.2009.

- professions du degré secondaire II (CFC et AFP) : 12.5 ans / 15 ans (moyenne 13.75 ans) ;
- autres et sans formation : 10 ans.

Dans le tableau 69 figurent des indications concernant le nombre de personnes à engager d'ici à 2020 pour remplacer celles qui d'ici là auront quitté leur profession, pour cause de retraite d'une part, compte tenu de la durée de vie professionnelle, d'autre part.

**Tableau 69 : Départs 2020 compte tenu de la retraite ou de la durée de vie professionnelle (employés), à Genève**

	2011	2020	Départs 2015-2020	
	Employés	Retraites	Durée longue <sup>2</sup>	Durée moyenne <sup>3</sup>
<b>Médecins<sup>1</sup></b>	<b>1'945</b>	<b>188</b>	<b>188</b>	<b>188</b>
<b>Personnel soignant (total)</b>	<b>11'550</b>	<b>1'260</b>	<b>4'476</b>	<b>4'852</b>
<i>Tertiaire</i>	6'023	707	1'807	2'065
<i>Secondaire II</i>	3'235	377	1'294	1'412
<i>Autre</i>	2'292	176	1'375	1'375
<b>Personnel médico-technique</b>	<b>856</b>	<b>140</b>	<b>257</b>	<b>293</b>
<b>Personnel médico-thérapeutique</b>	<b>608</b>	<b>88</b>	<b>182</b>	<b>208</b>
<b>TOTAL</b>	<b>14'959</b>	<b>1'676</b>	<b>5'103</b>	<b>5'542</b>

<sup>1</sup> Pour les médecins, le nombre de retraites est reporté sur toute la ligne.

<sup>2</sup> Tertiaire = 20 ans, secondaire II = 15 ans, autres = 10 ans.

<sup>3</sup> Tertiaire = 17.5 ans, secondaire II = 13.75 ans, autres = 10 ans

Source : DGS / OBSAN

On constate que, parmi le personnel en place en 2011, toutes institutions confondues (sans les soins à domicile), 1'676 personnes auront atteint l'âge de 65 ans d'ici à 2020, soit 11.2 % de l'effectif 2011.

Si en lieu et place du critère de la retraite, on prend celui de la durée de vie professionnelle, ce sont entre 5'103 et 5'542 personnes qui quitteront leur emploi d'ici à 2020, soit trois fois plus que les retraités, pour une durée de vie professionnelle longue tous niveaux de formation confondus (= 34 % de l'effectif 2011). Il faut de plus relever que seuls les remplacements pour la période de 2015 à 2020 (6 ans) sont pris en compte.

Dans le tableau 70 sont additionnés les besoins supplémentaires liés au recours aux soins futurs et aux volumes de personnes qui auront quitté le métier, d'une part, pour cause de retraite (hors soins à domicile) et, d'autre part, après « une vie professionnelle de durée longue ».

**Tableau 70 : Besoins en personnel de santé dans les entités genevoises d'ici à 2020 par rapport à 2011**

	Employés 2011	Employés 2020	Différence employés 2011-2020	Employés retraités 2020	Total besoins 2020 (suppl. et retraites)	Départs durée vie prof. longue <sup>1</sup> (2015-2020)	Total besoins 2020 (suppl. et durée vie prof. longue)
<b>Médecins</b>	1'945	2'178	233	188	421	188	421
<b>Personnel soignant (total)</b>	11'550	13'514	1'964	1'260	3'224	4'476	6'440
<i>Tertiaire</i>	6'023	6'897	874	707	1'581	1'807	2'681
<i>Secondaire II</i>	3'235	3'834	599	377	976	1'294	1'893
<i>Autre</i>	2'292	2'783	491	176	667	1'375	1'866
<b>Personnel médico-technique</b>	856	954	98	140	238	257	355
<b>Personnel médico-thérapeutique</b>	608	688	80	88	168	182	262
<b>TOTAL</b>	14'959	17'334	2'375	1'676	4'051	5'103	7'478

<sup>1</sup> Tertiaire = 20 ans, secondaire II = 15 ans, autres = 10 ans.

Source : DGS / OBSAN

Au total, l'estimation du personnel à engager de 2011 à 2020 varie entre 4'051 (besoins supplémentaires et remplacement des retraités hors soins à domicile) et 7'478 personnes (besoins supplémentaires et remplacement des départs estimés compte tenu de la durée de vie professionnelle – cf. ci-dessus hypothèse longue, soit 20 ans pour le tertiaire, 15 ans pour le secondaire II et 10 ans pour les autres).

Sur la période 2016-2019, le besoin annuel moyen en personnel de santé sera compris entre :

- 450 personnes en tenant compte des nouveaux besoins (264) et si l'âge effectif de la retraite était de 65 ans (186).
- 831 personnes en tenant compte des nouveaux besoins (264) et de l'hypothèse de durée d'activité professionnelle longue (567).

### E.II.5. Conclusion et mesures proposées

Il faut rappeler que les estimations des besoins ne concernent que le personnel de santé au sens strict, qui travaille dans les domaines de l'aide et des soins aux patients, dans les hôpitaux et cliniques, les EMS, ainsi que les soins à domicile. Les autres domaines, comme la médecine de ville, en sont exclus, de même que les accroissements de personnel en lien avec les équipes de soutien et de support.

Par ailleurs, les estimations résultent de projections réalisées en fonction de paramètres qui restent constants dans le temps, alors qu'ils sont susceptibles de varier au fil du temps (décisions politiques, taux d'activité, composition d'équipes, conditions de travail, etc.).

Cela étant, les projections indiquent une augmentation importante du besoin en personnel de santé dans les années à venir.

Le rapport de l'Obsan met d'ailleurs en évidence que l'augmentation des besoins en personnel va continuer à s'accroître. En effet, si pour 2020, les nouveaux besoins en personnel représentent une augmentation des effectifs de 16 % par rapport à 2011 (2'375 personnes), l'augmentation à l'horizon 2025 s'élève à 23 % (3'476 personnes). En ce qui concerne l'âge de la retraite, il sera atteint par 11 % du personnel de santé en 2020 (1'676 personnes) et par près de 23 % de ce personnel en 2025 (3'380 personnes), et ce sans les

retraités de l'aide à domicile, et uniquement pour le personnel de santé couvert par l'étude de l'Obsan.

La prise en compte du critère de durée de vie professionnelle, en lieu et place de celui de la retraite, met en évidence des besoins en personnel encore beaucoup plus élevés.

Compte tenu de la durée de la formation du personnel de santé, il est indispensable de rapidement renforcer et compléter les mesures prévues notamment dans le cadre des actions du programme cantonal de lutte contre la pénurie. Il est de la responsabilité du canton, de l'ensemble des instances concernées et de chaque institution qui emploie du personnel de santé de contribuer à la formation et de prendre toutes les mesures utiles afin de disposer de suffisamment de personnel qualifié pour assurer des soins de qualité, en coordination avec les augmentations de capacité des écoles.

## **F. Conclusion**

## F. Conclusion

La planification sanitaire dresse un état des lieux, anticipe le développement des besoins et propose des orientations dans les domaines de soins concernés. Elle fournit également le cadre servant à l'élaboration des futurs contrats de prestations avec les acteurs du réseau de soins, en particulier les institutions publiques de santé. Pour autant, elle ne saurait figer la situation pour les quatre prochaines années. Sur la base de ce rapport, le canton sera amené à adapter en continu les ressources disponibles aux objectifs et projets de mise en œuvre selon les axes du maintien à domicile, de la coordination accrue du réseau de soins, du développement des structures intermédiaires et de la prévention. Ces choix pourront s'appuyer sur les projets déjà initiés dans ce sens, tels que par exemple, le soutien aux proches-aidants, le plan cantonal Alzheimer, le plan cantonal en faveur des soins palliatifs, le déploiement de MonDossierMédical, le plan de soins partagés, ou encore les plans stratégiques des institutions de soins. Ils devront ainsi permettre de garantir l'accès aux soins de qualité pour tous dans un contexte d'augmentation des besoins plus rapide que l'augmentation globale de la population.

S'agissant du domaine hospitalier (soins somatiques aigus), la période transitoire de trois ans prévue par la LAMal pour appliquer pleinement les critères de qualité et d'économicité dans la sélection des établissements est arrivée à terme à la fin de l'année 2014. Un nouveau modèle de planification a donc été déployé, dans le but d'apprécier correctement la qualité des prestations fournies par les établissements genevois. Les résultats de ces analyses ont démontré l'excellente qualité globale des hôpitaux et cliniques privées, ce qui a permis de poursuivre la collaboration avec les cliniques privées du canton et l'attribution de mandats de prestations.

S'agissant de la réadaptation et de la psychiatrie, deux groupes de travail spécifiques ont été constitués qui ont porté une attention particulière sur le parcours des patients. Leurs conclusions, reprises dans ce rapport, préconisent une prise en charge intégrée des patients, ainsi qu'une diversification de l'offre de soins. L'objectif visé consiste à favoriser un système centré sur le patient, qui permette d'évaluer ses besoins et de l'orienter vers la prestation la plus adaptée. Dans le domaine de la réadaptation, la prochaine période quadriennale devrait voir l'intégration des cliniques de Joli-Mont et Montana aux HUG afin d'optimiser et pérenniser l'exploitation du potentiel de prestations.

S'agissant des EMS, les résultats des nouvelles estimations des besoins correspondent à une augmentation plus importante que celle prévue dans le précédent rapport. Dans la continuité des choix opérés préalablement, le canton de Genève entend, autant que possible, favoriser le maintien à domicile. À ce titre, le présent rapport recommande le développement de solutions alternatives à l'institutionnalisation des personnes (mesures organisationnelles et structures intermédiaires), dont il s'agira de poursuivre la mise en œuvre. Cependant, même avec un développement soutenu des structures alternatives à l'EMS telles que les IEPA, il est à prévoir dès maintenant pour la prochaine période de planification après 2019 l'ouverture de nouvelles capacités en EMS.

S'agissant du maintien à domicile, l'objectif du canton d'éviter les hospitalisations et le placement des patients et personnes âgées en institution reste plus que jamais d'actualité. En effet, à l'instar de nombreux pays, les prestations concourant au maintien à domicile sont reconnues comme répondant à un réel besoin de la population - et modèle de société - souhaitant pouvoir être soigné dans son environnement. Outre cet aspect de « confort », la délivrance de soins ambulatoires au domicile du client vise un objectif d'efficacité puisqu'elle permet la contention des coûts de la santé rendant possible la diminution de la durée des séjours hospitaliers et retardant également l'âge d'entrée en EMS. L'imad devrait recevoir les moyens d'assumer ce rôle majeur. Les besoins dans ce domaine pourraient cependant être

encore plus importants que prévu, notamment en fonction de la mise en œuvre des mesures visant à contenir l'évolution de la demande dans les domaines de la psychiatrie et de la réadaptation.

Enfin, l'un des enjeux majeurs de la période à venir concerne le personnel soignant. Conformément au plan d'action cantonal de lutte contre la pénurie de personnel de santé, le présent rapport dresse un état des lieux des futurs besoins en personnel soignant. Actuellement, les difficultés de recrutement rencontrées par les institutions de santé témoignent déjà du risque de pénurie. En réponse, le présent rapport propose de mettre l'accent sur la formation théorique et pratique ainsi que sur les différentes mesures du plan cantonal de lutte contre la pénurie. Les efforts possibles permettront d'augmenter l'autosuffisance cantonale mais ne suffiront quoi qu'il en soit pas à couvrir totalement les besoins et il sera sans doute encore nécessaire de faire appel à un personnel soignant de qualité au-delà des frontières cantonales.

**Tableau 71 : Récapitulatif des besoins 2016-2019 à Genève et mesures proposées pour y répondre**

Type de soins/structures	Besoin supplémentaire sur la période considérée	Mesures pour répondre aux besoins/remarques
<b>Planification hospitalière</b>		
Somatiques aigus	661 cas/an (1.26 %)	<p>Les mesures sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- contrat de prestations avec les HUG.</li> <li>- mise en œuvre du plan stratégique 2020 et du plan d'investissements des HUG.</li> <li>- mandats de prestations confiés aux cliniques privées du canton.</li> <li>- ouverture du nouveau bâtiment des lits (BDL2) des HUG, permettant non seulement d'améliorer la qualité hôtelière, mais aussi de rationaliser et d'optimiser le fonctionnement du plateau technique et le parcours du patient.</li> </ul>
Réadaptation et gériatrie	8'037 jours/an (2.2 %) ou 23 lits par an	<p>Dans ce domaine, les projections indiquent un accroissement de 161 lits (23 lits an) entre 2012 et 2019.</p> <p>Pour répondre au besoin, des mandats de prestations seront confiés aux HUG, à Joli-Mont et Montana et la collaboration avec les établissements extra-cantonaux, notamment la clinique La Lignière (VD) sera accrue. Il est prévu également l'intégration de Joli-Mont et Montana aux HUG.</p> <p>Le groupe de travail spécifique a identifié des mesures permettant de réduire le nombre de lits nécessaires pour répondre au besoin : meilleure collaboration entre médecine de ville et soins à domicile, disponibilité de lits d'aval, préparation de sorties, bonne gestion du médicament, pharmacie publique aux HUG, prévention des réhospitalisations, etc. Ce scénario alternatif permettrait de réduire le besoin à 83 lits.</p>

Type de soins/structures	Besoin supplémentaire sur la période considérée	Mesures pour répondre aux besoins/remarques
Psychiatrie	1'349 jours/an (0.96 %) ou 4 lits par an	<p>Dans ce domaine, les projections indiquent une augmentation des besoins en soins d'environ 4% (16 lits) entre 2016-2019. Il faudrait également 25 lits supplémentaires pour revenir à un taux d'occupation acceptable à Belle-Idée. Sans modifications des pratiques de prise en charge, c'est ainsi 41 lits supplémentaires qui seraient nécessaires d'ici 2019.</p> <p>Pour répondre au besoin, des mandats de prestations seront confiés aux HUG, à la Clinique Belmont (GE) et à la Métairie (VD).</p> <p>Le groupe de travail spécifique a identifié des mesures permettant de réduire le nombre de lits nécessaires pour répondre au besoin : meilleure collaboration avec les soins à domicile, développement des structures intermédiaires, analyse des entrées en urgence, etc. Deux scénarios alternatifs permettraient de diminuer le nombre de lits nécessaires, respectivement, de 3 et 38 lits en lieu et place d'une augmentation de 41 lits.</p>
Extra-cantonal	48 cas/an (1.41 %)	Mandat de prestations confié à la Métairie en 2015 et collaboration avec le canton de VD.
Préhospitalier	environ 1'000 interventions/an (3.2 %)	Pour répondre à cet accroissement, la centrale 144 est sur le point d'être modernisée, mais il faudra également renforcer les effectifs d'ambulance de quelques unités.

Type de soins/structures	Besoin supplémentaire sur la période considérée	Mesures pour répondre aux besoins/remarques
<b>Planification médico-sociale</b>		
EMS	79 lits/an (2.02 %)	La nouvelle estimation indique un besoin en lits plus important que prévu lors du précédent exercice de planification. Cependant, jusqu'en 2019, le déficit projeté en lits d'EMS reste modéré et devrait être compensé par un renforcement du maintien à domicile. En tenant compte des lits disponibles et des constructions prévues, le besoin net est de 127 lits supplémentaires en 2019 et il augmente l'année suivante. Par conséquent, il faut envisager dès à présent la création de nouveaux lits d'EMS pour la prochaine décennie.
Aide et soins à domicile (soins de base)	43'481 heures/an (4.5 %)	L'objectif du canton de privilégier le maintien à domicile sera poursuivi, car il permet de contenir l'augmentation du nombre de lits d'EMS nécessaires et d'éviter ou de retarder une hospitalisation. L'accroissement des capacités de réponse en termes de soins à domicile est au cœur du nouveau contrat de prestations de l'imad 2016-2019. L'accroissement pourrait être plus important que prévu, notamment en fonction de la mise en œuvre des mesures visant à contenir l'évolution des besoins dans les domaines de la psychiatrie et de la réadaptation et qui consistent, en partie, à recourir de manière plus importante aux soins à domicile. Le département prévoit de suivre étroitement l'évolution des activités dans le domaine médico-social en particulier. Un mécanisme de régulation est prévu dans le contrat de prestations 2016-2019 de l'imad, afin d'adapter la subvention à une variation d'activité en cours de contrat.
dont imad	28'941 heures/an (4.5 %)	
Foyers de jour et de jour/nuit	2 foyers de jour généralistes et 3 foyers de jour spécialisés, dont l'un pourrait être un foyer de jour/nuit	Il n'y a pas de projet précis d'ouverture d'un foyer planifié sur la période. Cependant, le financement de l'ouverture d'un 6 <sup>ème</sup> jour dans quatre foyers a été prévu dans le PFQ en 2016. Des projets d'ouverture sont à l'étude dans le cadre de projets de construction d'IEPA (Les Vergers à Meyrin, par exemple), dans le but de bénéficier de synergies. Le PFQ prévoit encore le financement d'un foyer de jour en 2017-2018 et d'un foyer de jour/nuit en 2019.

Type de soins/structures	Besoin supplémentaire sur la période considérée	Mesures pour répondre aux besoins/remarques
UATR	60 places supplémentaires sur la période	Aujourd'hui, 40 lits UATR sont exploités dans deux structures dédiées. Pour parvenir à couvrir le besoin total, 60 lits supplémentaires devraient être créés. Deux lits UATR ont déjà été ouverts en 2015 à l'EMS Bon Séjour à Versoix, à titre pilote. Il est prévu d'ouvrir la soixantaine de lits UATR restants de manière échelonnée (20 lits en 2016, 15 lits en 2017 et 2018 et 10 lits en 2019). L'UATR de Villereuse exploitée par l'imad devrait avantageusement être remplacée à termes par deux structures plus petites et dans des bâtiments plus adaptés. Enfin, afin de mieux exploiter le potentiel des structures intermédiaires actuelles il est prévu de diminuer le prix quotidien du séjour en UATR afin de baisser leur seuil d'accès et de faire bénéficier davantage la population de ces prestations de répit permettant de retarder l'entrée en EMS.
UATM	1 UATM supplémentaire de 10 lits sur la période	L'UATM exploitée par la Clinique et Permanence d'Onex SA figure sur la liste hospitalière cantonale. À ce titre, ses 7 lits sont subventionnés par l'État. La seconde UATM devrait se situer dans une autre région du canton et être intégrée dans une structure disposant d'un plateau médico-technique complet. Il n'existe aucun projet précis d'ouverture de nouveaux lits UATM.
IEPA	476 logements supplémentaires sur la période	Seul un IEPA de 18 logements a ouvert pendant la période de planification précédente et l'ouverture d'un autre IEPA de 40 logements est également prévue en 2015. Les autres projets prévus ont pris du retard et leur réalisation a été décalée sur la période 2016–2019. Ainsi, le département accompagne 14 projets de construction d'IEPA, correspondant à 734 logements, pour couvrir les besoins sur la période 2016-2019.

Type de soins/structures	Besoin supplémentaire sur la période considérée	Mesures pour répondre aux besoins/remarques
<b>Besoins en personnels de santé</b>		
Démographie de la médecine ambulatoire		Le canton continuera de réguler l'offre ambulatoire en fonction des besoins réels de la population en appliquant la clause du besoin aussi longtemps que cette possibilité légale lui sera offerte.
Besoin en personnel de santé	450 à 831 professionnels/an	<p>L'accroissement du besoin en personnel est corrélé à celui des besoins en soins et correspond à une augmentation annuelle de 264 personnes. Les cessations d'activité sont responsables d'un besoin supplémentaire de 186 professionnels en cas de retraite à 65 ans et de 567 personnes en tenant compte d'une durée d'activité professionnelle proche de la réalité.</p> <p>Le canton incite les institutions publiques et privées à former dans le cadre de l'attribution des mandats de prestations. Par ailleurs, le département travaille en étroite collaboration avec les institutions formatrices du canton pour assurer la meilleure couverture des besoins sur la période en appliquant les mesures du plan cantonal de lutte contre la pénurie de personnel de santé.</p>

## Bibliographie

- 1 Décision du Conseil d'Etat du 17 juin 1992 : moratoire relatif à toute nouvelle construction d'EMS jusqu'au 1er janvier 2001.
- 2 La santé des Genevois; les cahiers de la santé N° 1 - juin 1993
- 3 La santé en chiffres, recueil des statistiques socio-sanitaires sur le canton de Genève ; Études et documents N° 19, Office cantonal de la statistique du canton de Genève (OCSTAT) - juin 1995
- 4 Le rapport Gilliland sur le système de santé genevois ; les cahiers de la santé N° 7 - décembre 1996
- 5 Planification qualitative du système de santé genevois. Rapport 1 les domaines d'actions prioritaires et la réforme du système de santé genevois ; les cahiers de la santé N° 9.17 - janvier 1998
- 6 Planification qualitative du système de santé genevois. Rapport 2 la santé des Genevois et le système de santé selon les 38 buts de l'OMS genevois ; les cahiers de la santé N° 9.2 - janvier 1998
- 7 La santé en chiffres, recueil des statistiques socio-sanitaires sur le canton de Genève ; Études et documents N° 24, Office cantonal de la statistique du canton de Genève (OCSTAT) - août 1998
- 8 Rapport au Conseil d'État d'octobre 2001 « Plan directeur EMS 2010 ».
- 9 La santé en chiffres, recueil des statistiques socio-sanitaires sur le canton de Genève ; Études et documents N° 29, Office cantonal de la statistique du canton de Genève (OCSTAT) - 2001
- 10 Planification médico-sociale, Scenarii de planification, Direction générale de la santé, 23 août 2005, document 05-10-00026-08-v1
- 11 Rapport du Professeur Philippe Wanner et de Sarah Fall : Projection des besoins en lits EMS à Genève pour la période 2009-2020, Draft au 31.3.2009 ; Laboratoire de démographie et d'études familiales, Université de Genève, Boulevard du Pont d'Arve 40, 1211 Genève 4
- 12 Rapport de Madame Anne Berthou : Groupe de résidents PLAISIR® correspondant aux critères de regroupement de la méthode « balance of care »
  - Règles utilisées pour la construction des groupes BOC genevois à partir de la base de données PLAISIR®
  - Groupe de résidents PLAISIR® correspondant aux critères de regroupement de la méthode « balance of care »
  - Nombre et taux de résidents dépendants pour les différents critères
- 13 Rapport de Madame Anne Berthou sur les résidents EMS genevois qui pourraient être pris en charge à domicile : Construction des groupes BOC à partir de la base de données PLAISIR®
- 14 Rapport de planification médico-sociale 2010-2020 du 30 avril 2010

- 15 Rapport du Professeur Philippe Wanner : Compléments 2010 au rapport concernant les scénarios démographiques et la prévision des besoins médico-sociaux du 12.12.2010 ; Laboratoire de démographie et d'études familiales, Université de Genève, Boulevard du Pont d'Arve 40, 1211 Genève 4
- 16 Rapport d'évaluation de 1998 de la société ORES Conseil (Madame Marthe Erismann) : Evaluation des effets de la loi sur l'aide à domicile, Erismann
- 17 Rapport du Conseil d'Etat communiquant au Grand Conseil le rapport d'évaluation des effets de la loi sur l'aide à domicile (K1 05) ; RD 311 du 18 novembre 1998.
- 18 Rapport d'évaluation de mai 2004 de l'idhead Principaux enseignements de l'évaluation de la LCASS, rapport final ; Prof. Katia Horber-Papazian *et al.*
- 19 Rapport d'évaluation de juillet 2004 de l'idhead Principaux enseignements de l'évaluation de la LCASS et recommandations, rapport final ; Prof. Katia Horber-Papazian *et al.*
- 20 Rapport du Conseil d'Etat communiquant au Grand Conseil le rapport d'évaluation des effets de la LCASS (K1 05) ; RD 553 du 17 novembre 2004.
- 21 « Enquête sur les besoins en personnel soignant dans les institutions genevoises d'aide et de soins, octobre 2009 » disponible sur le site [www.crfginf.org](http://www.crfginf.org) .
- 22 « Rapport national sur les besoins en effectifs dans les professions de santé, 2009 » disponible sur les sites [www.odasante.ch](http://www.odasante.ch) et [www.gdk-cds.ch](http://www.gdk-cds.ch) .
- 23 Arrêté du Conseil d'Etat de la république et canton de Genève du 2 février 2011.
- 24 Rapport de l'étude relative aux structures subventionnées offrant des prestations de jour : Foyer de jour, Maisons de vacances, Centre d'animation pour retraités. Ores Conseil, Analyse des systèmes sociaux et de santé, 5 janvier 2004.
- 25 Rapport de l'étude relative aux structures intermédiaires subventionnées offrant des prestations d'hébergement : la Polyclinique de gériatrie, les Unités d'accueil temporaire dans les EMS; Ores Conseil, Analyse des systèmes sociaux et de santé, 31 mai 2004.
- 26 Rapport de l'étude relative aux structures intermédiaires subventionnées offrant des prestations d'hébergement : les immeubles avec encadrement social; Ores Conseil, Analyse des systèmes sociaux et de santé, 31 mai 2004.
- 27 Rapport du Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil concernant la planification hospitalière du système de santé genevois 2003-2010, RD483, du 16 avril 2003
- 28 Projections démographiques du canton de Genève 2011-2040, sous presse, sera publiés en avril 2011.
- 29 Modèle de projection du recours aux soins comme outil d'aide à la planification hospitalière, OBSAN, document de travail 32, février 2009
- 30 Ordonnance sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire 832. 31 Projections démographiques du canton de Genève 2011-2040, sous presse, sera publiés en avril 2011.
- 32 Règlement instituant une commission quadripartite consultative en matière de limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire (J 3 05.51)

- 33 Démographie médicale et réforme de la formation professionnelle des médecins. Rapport du Conseil suisse de la science et de la technologie, septembre 2007
- 34 « Enquête sur les besoins en personnel soignant dans les institutions genevoises d'aide et de soins, octobre 2009 » disponible sur le site [www.crfginfo.org](http://www.crfginfo.org) .
- 35 « Rapport national sur les besoins en effectifs dans les professions de santé, 2009 » disponible sur les sites [www.odasante.ch](http://www.odasante.ch) et [www.gdk-cds.ch](http://www.gdk-cds.ch) .
- 36 Arrêté du Conseil d'Etat de la république et canton de Genève du 2 février 2011.

## Index des abréviations

ADL	Activity of Daily Living
AFC	Attestation de formation complémentaire
AFP	Attestation fédérale de formation professionnelle
AGSS	Association genevoise des sections de samaritains
AIMS	Assessment instrument for mental health systems
AMG	Association des médecins du canton de Genève
AOS	Assurance obligatoire des soins
APDRG	All patient diagnosis related groups
ATF	Arrêt du Tribunal administratif fédéral
AVQ	Activités de la vie quotidienne
BSC	Brigade sanitaire cantonale
CAPPA	Centre ambulatoire de psychiatrie et psychothérapie de l'âge
CAPPI	Centres ambulatoires de psychiatrie et psychothérapie intégrée
CASU 144	Centrale d'appels sanitaires urgents, Urgences – Santé Genève
CCSS	Commission cantonale des services sanitaires
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CFC	Certificat fédéral de capacité
CHUV	Centre hospitalier universitaire vaudois
CIM	Classification internationale des maladies
CIMHS	Convention intercantonale relative à la coordination et à la concentration de la médecine hautement spécialisée, du 5 décembre 2008 (K 2 20)
CRFG	Comité régional franco-genevois
DEAS	Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé
DGAS	Direction générale de l'action sociale
DGS	Direction générale de la santé
DMS	Durée moyenne de séjour
DPI	Dossier patient informatisé HUG
DRG	Diagnosis related groups (en français : groupe homogène de malades)
DSMP	Département de santé mentale et psychiatrie
EMS	Établissement médico-social
EPT	Équivalent plein temps
ESS	Enquête suisse sur la santé
FEGEMS	Fédération genevoise des EMS
FF	Feuille fédérale
FIDP	Fondations immobilières de droit public
FIP	Feuilles d'interventions préhospitalières
FRKB	Fondation René et Kate Block
FSASD	Fondation des services d'aide et de soins à domicile
GT	Groupe de travail
HG	Hospice général
HUG	Hôpitaux universitaires de Genève
IAS	Interassociation de sauvetage
IEPA	Immeubles avec encadrement pour personnes âgées
imad	Institution genevoise de maintien à domicile
LaLAMal	Loi cantonale d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 29 mai 1997 (J 3 05)
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (RS 832.10)
LEPM	Loi cantonale sur les établissements publics médicaux, du 19 septembre 1980 (K 2 05)
LFCSP	Loi cantonale relative au financement de la collaboration entre les cantons de Vaud et de Genève dans le domaine de la santé publique et des hôpitaux, du 18 décembre 1992 (K 2 10)

LGEPa.....	Loi cantonale sur la gestion des établissements pour personnes âgées, du 4 décembre 2009 (J 7 20)
LS.....	Loi cantonale sur la santé, du 7 avril 2006 (K 1 03)
LSDom.....	Loi cantonale sur le réseau de soins et le maintien à domicile, du 26 juin 2008 (K 1 06)
LTSU.....	Loi cantonale relative à la qualité, la rapidité et l'efficacité des transports sanitaires urgents, du 29 octobre 1999 (K 1 21)
LUP.....	Loi cantonale pour la construction de logements d'utilité publique, du 24 mai 2007 (I 4 06)
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
OCP.....	Ordonnance fédérale sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico sociaux dans l'assurance-maladie, du 3 juillet 2002 (RS 832.104)
OCSTAT.....	Office cantonal de la statistique
OdASanté.....	Organisation faîtière nationale du monde du travail en santé
OFS.....	Office fédéral de la statistique
OLAF.....	Ordonnance fédérale sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire (RS 832.103)
P1 P2 P3.....	Interventions primaires de degré d'urgence 1, 2 et 3, selon les définitions de l'Interassociation de sauvetage (IAS). Les interventions de transport au départ d'un service d'urgences ambulatoires sont considérées comme des interventions primaires
PICA.....	Piquet catastrophe des Samaritains de Genève, mobilisable sur ordre du médecin chef des secours
PLAISIR®.....	Planification informatisée des soins infirmiers requis
PPS.....	Prévention et promotion de la santé
PRN.....	Projet de recherche en nursing ; mesure de la charge en soins du personnel infirmier (charge de travail)
RAMEPM.....	Règlement cantonal concernant l'admission des malades dans les établissements publics médicaux, du 7 novembre 1984 (K 2 05.04)
RCC.....	Registre des codes-créanciers
RISanté.....	Règlement cantonal sur les institutions de santé, du 22 août 2006 (K 2 05.06)
RSDom.....	Règlement cantonal d'application de la loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile, du 16 décembre 2009 (K 1 06.01)
S1 S2 S3.....	Intervention secondaire de degré d'urgence 1, 2 et 3, selon les définitions de l'IAS. Sont considérées comme secondaires toutes les interventions dont le lieu de prise en charge est dans un service stationnaire d'un hôpital ou d'une clinique, y compris les services d'urgences des HUG.
SAD.....	Services d'aide à domicile
SAE.....	Système d'aide à l'engagement
SASIS.....	Registre des codes-créanciers des assureurs-maladie suisses
SCRIS.....	Service cantonal de recherche et d'information statistiques du canton de Vaud
SMC.....	Service du médecin cantonal
SMUR.....	Service mobile d'urgence et de réanimation
SOMED.....	Statistique fédérale des institutions médico-sociales
SPITEX.....	Statistique fédérale de l'aide et des soins à domicile
SPLIC.....	Service de psychiatrie de liaison et intervention de crise
SSA.....	Service de sécurité de l'aéroport. Dispose d'une centrale d'alarme dédiée (« Vigie ») opérant des bascules d'appels sanitaires urgents vers le 144

STATPOP ..... Statistique fédérale de la population et des ménages  
SwissDRG ..... Système de tarifs unifiés  
UATM ..... Unités d'accueil temporaire médicalisées  
UATR ..... Unités d'accueil temporaire de répit  
UE ..... Union européenne  
UGC ..... Unité de gériatrie communautaire  
UHPP ..... Unité hospitalière de psychiatrie pénitentiaire  
UPDM ..... Unité de psychiatrie de développement mental

## Liste des tableaux

Tableau 1 : Population 2012 réelle comparée aux projections .....	30
Tableau 2 : Population résidente 2010-2020 selon le scénario « engagement transfrontalier », à Genève .....	31
Tableau 3 : Cas projetés et réalisés en 2012 à Genève .....	39
Tableau 4 : Nombre de cas 2012-2020 à Genève .....	44
Tableau 5 : Missions hospitalières de soins somatiques aigus basées sur la méthodologie SQLape® .....	45
Tableau 6 : Répartition du nombre de cas à Genève .....	51
Tableau 7 : Cas projetés et réalisés en 2012 à Genève (gériatrie et réadaptation) .....	58
Tableau 8 : Réadaptation et gériatrie, lits supplémentaires projetés en 2019 .....	62
Tableau 9 : Réadaptation et gériatrie, nombre de séjours et de journées supplémentaires projetés de 2012 à 2019 .....	63
Tableau 10 : Réadaptation et gériatrie, nombre de séjours en 2012 avec $\geq 3$ séjours et soins à domicile à la dernière sortie .....	65
Tableau 11 : Réadaptation et gériatrie, nombre de journées et lits supplémentaires projetés en 2019 .....	67
Tableau 12 : Cas et jours réalisés et projetés en psychiatrie .....	70
Tableau 13 : CIM : groupes diagnostics .....	71
Tableau 14 : Moyenne d'heures de soins infirmiers psy en 2012 .....	79
Tableau 15 : Groupes de cas dont la prise en charge pourrait être adaptée par des actions concrètes et propositions d'alternative à l'hospitalisation .....	80
Tableau 16 : Projection du nombre de cas, des journées et de lits psy entre 2015 et 2019 .....	83
Tableau 17 : Projection du nombre de cas, des journées et de lits psy entre 2015 et 2019 .....	84
Tableau 18 : Projection du nombre de cas, de journées et de lits psy entre 2015 et 2019 .....	85
Tableau 19 : Projections du nombre de cas, de journées et impact sur le nombre lits requis selon trois scénarii .....	86
Tableau 20 : Besoins en soins extra-cantonaux, de 2012 à 2020 .....	89
Tableau 21 : Planification hospitalière : synthèse des besoins .....	90
Tableau 22 : EMS : conversion des niveaux de soins en variable binaire .....	97
Tableau 23 : Évolution du nombre de personnes tributaires de soins dans la population genevoise de 65 ans ou plus, 2012-2020 (selon trois scénarii de l'évolution de l'espérance de vie sans incapacité) .....	100
Tableau 24 : EMS : taux de recours aux soins à Genève (par âge, sexe et selon trois scénarii d'évolution des taux de recours, en 2012) .....	100
Tableau 25 : EMS : besoin en lits de soins pour les Genevois de 65 ans ou plus, 2012-2020 .....	102
Tableau 26 : EMS : besoin en lits de soins pour les Genevois de 65 ans ou plus, 2012-2020 annuel, selon le scénario retenu .....	102
Tableau 27 : EMS : comparaison des projections ancien rapport et nouvelles estimations .....	103
Tableau 28 : imad : clients suivis durant l'année et heures LAMal des soins de base et infirmiers à domicile, à Genève .....	111
Tableau 29 : SAD : heures de soins à domicile à Genève (selon le prestataire) (1) .....	113
Tableau 30 : SAD : clients bénéficiant de soins à domicile à Genève (selon le prestataire) (1) .....	113
Tableau 31 : SAD : charge par client bénéficiant de soins à domicile à Genève (selon le prestataire) (1) .....	114
Tableau 32 : SAD : heures de soins à domicile à Genève (selon le prestataire et le type de prestation, en 2013) (1) .....	114

Tableau 33 : imad : soins à domicile à Genève, selon le type de prestation, projection 2019 (heures prestées, prestations LAMal).....	119
Tableau 34 : imad : clients et heures d'aide pratique à domicile, à Genève .....	123
Tableau 35 : SAD : heures d'aide pratique à domicile à Genève, selon le prestataire (1).....	123
Tableau 36 : SAD : clients bénéficiant d'aide pratique à domicile à Genève, selon le prestataire (1).....	124
Tableau 37 : SAD : charge par client bénéficiant d'aide pratique à domicile à Genève, selon le prestataire (1).....	124
Tableau 38 : imad : aide à domicile à Genève, projection 2019 .....	125
Tableau 39 : imad : clients à Genève recevant un repas délivré à domicile et nombre de repas servis.....	128
Tableau 40 : imad : clients à Genève utilisant un dispositif d'alarme-santé (sécurité) à domicile (1) .....	130
Tableau 41 : Foyers : places réalisées et prévues à Genève .....	138
Tableau 42 : Foyers : paramètres de base de la planification à Genève, en 2014 .....	143
Tableau 43 : Foyers : état des lieux à Genève et données prévisionnelles utilisées pour la planification .....	144
Tableau 44 : Foyer généraliste : besoins à l'horizon 2019, à Genève .....	146
Tableau 45 : Foyer spécialisé jour : besoins à l'horizon 2019, à Genève .....	146
Tableau 46 : Foyer spécialisé jour/nuit : besoins à l'horizon 2019, à Genève .....	147
Tableau 47 : Foyer spécialisé jour/nuit : besoins à l'horizon 2019, à Genève .....	147
Tableau 48 : Foyers : synthèse des besoins 2016-2019 à Genève, selon le type de foyer et la fréquentation moyenne hebdomadaire observée .....	148
Tableau 49 : Foyers : synthèse des besoins 2016-2019 à Genève, selon le type de foyer et la fréquentation moyenne hebdomadaire optimisée.....	148
Tableau 50 : IEPA : logements disponibles, à Genève.....	166
Tableau 51 : Répartition et proportion des locataires <sup>1</sup> en 2009, variation quinquennale de l'effectif de la population utilisé pour les projections et nombre de locataires projeté, selon les classes d'âges, à Genève.....	167
Tableau 52 : IEPA : année anticipée de mise en exploitation à Genève .....	170
Tableau 53 : IEPA : liste des projets 2016-2019 à Genève .....	170
Tableau 54 : Pourcentage des interventions en 2012, selon les communes genevoises principales.....	178
Tableau 55 : Communes genevoises suburbaines : communes en contiguïté avec Genève-Ville et dont la densité de population est $\geq 20$ h/hectare (1).....	186
Tableau 56 : Communes genevoises périphériques : communes sans contiguïté avec le centre ou dont la densité de population est $< 20$ h/hectare.....	186
Tableau 57 : Proposition de planification des ambulances d'urgence 2015-2019, à Genève .....	192
Tableau 58 : Comparaison du nombre de médecins actifs dans différentes spécialités médicales entre quelques pays de l'Union Européenne, la Suisse et le canton de Genève.....	197
Tableau 59 : Autorisations de pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire délivrées de 2003 au 31.12.2014, à Genève .....	201
Tableau 60 : Effectifs 2011 à Genève (nombre d'employés et d'équivalents plein-temps [EPT]).....	215
Tableau 61 : Hôpitaux de soins aigus : projection des besoins en personnel de santé à Genève, selon scénario ¼ Best / Engagement transfrontalier .....	216
Tableau 62 : Hôpitaux de soins aigus : projection des besoins en personnel de santé à Genève, selon scénario Référence / Engagement transfrontalier.....	216
Tableau 63 : Cliniques psychiatriques : projection des besoins en personnel de santé à Genève, selon scénario Référence / Engagement transfrontalier.....	217
Tableau 64 : Cliniques de réadaptation : projection des besoins en personnel de santé à Genève, selon scénario Référence / Engagement transfrontalier.....	218

Tableau 65 : EMS : projection des besoins en personnel de santé à Genève, selon scénario Référence / Augmentation des soins ambulatoires .....	219
Tableau 66 : EMS : projection des besoins en personnel de santé à Genève, selon scénario Référence / Augmentation des soins en EMS .....	219
Tableau 67 : Aide et soins à domicile : projection des besoins en personnel de santé à Genève, selon scénario Référence .....	220
Tableau 68 : Projection des besoins totaux en personnel de santé à Genève (employés et EPT).....	221
Tableau 69 : Départs 2020 compte tenu de la retraite ou de la durée de vie professionnelle (employés), à Genève .....	222
Tableau 70 : Besoins en personnel de santé dans les entités genevoises d'ici à 2020 par rapport à 2011.....	223
Tableau 71 : Récapitulatif des besoins 2016-2019 à Genève et mesures proposées pour y répondre.....	228

## Liste des figures

Figure 1 :	Écart entre les différentes projections 2011 et la réalité. Âges 0-59 ans.....	27
Figure 2 :	Écart entre les différentes projections 2011 et la réalité. Âges 60-79 ans.....	28
Figure 3 :	Écart entre les différentes projections 2011 et la réalité. Âges 80 ans ou plus.....	29
Figure 4 :	Population résidante à Genève, selon le sexe et l'âge, en 2010 et 2040.....	31
Figure 5 :	Population résidante à Genève, selon le groupe d'âges 80 ans ou plus et projections.....	32
Figure 6 :	Nombre de journées 2008-2020 à Genève.....	41
Figure 7 :	Réadaptation et gériatrie, nombre de séjours en 2012.....	60
Figure 8 :	Réadaptation et gériatrie, nombre de journées en 2012.....	60
Figure 9 :	Réadaptation et gériatrie, nombre de séjours en 2012.....	61
Figure 10 :	Réadaptation et gériatrie, nombre de séjours en 2012.....	61
Figure 11 :	Nombre de cas de psychiatrie en 2012, à Genève.....	73
Figure 12 :	Nombre de journées psy en 2012.....	73
Figure 13 :	Nombre de cas psy en 2012.....	74
Figure 14 :	Nombre de journées hospitalières psy en 2012.....	74
Figure 15 :	Nombre de cas psy en 2012.....	75
Figure 16 :	Catégories de durée de séjours psy en 2012.....	75
Figure 17 :	Durée moyenne de séjour (DMS) psy en 2012.....	76
Figure 18 :	Nombre de cas psy en 2012.....	76
Figure 19 :	Nombre de journées psy en 2012.....	77
Figure 20 :	Nombre de patients psy en 2012.....	77
Figure 21 :	Nombre de cas psy en 2012 avec plus de 3 hospitalisations par an.....	78
Figure 22 :	Nombre d'heures moyen de soins psy en 2012.....	78
Figure 23 :	EMS, évolution du besoin en lits et des lits disponibles 2012-2020.....	103
Figure 24 :	SAD : heures de soins de base et infirmiers à Genève (selon le prestataire, en 2013).....	115
Figure 25 :	imad, CSI, Sitex : clientèle selon le groupe d'âges et le prestataire, à Genève, en 2013.....	116
Figure 26 :	imad : proportion des types de prestations SAD, à Genève, en 2013.....	116
Figure 27 :	imad : soins de base à Genève, selon l'âge des clients, de 2010 à 2014.....	117
Figure 28 :	imad : soins infirmiers à Genève, selon l'âge des clients, de 2010 à 2014.....	118
Figure 29 :	imad : évolution des prestations de soins de base et infirmiers à Genève (1).....	121
Figure 30 :	imad : aide pratique à Genève, selon l'âge des clients, de 2010 à 2014.....	125
Figure 31 :	imad : évolution des prestations d'aide pratique à Genève.....	127
Figure 32 :	imad : évolution des prestations de repas à Genève.....	129
Figure 33 :	imad : évolution du nombre de clients recevant des prestations de sécurité à leur domicile habituel, à Genève.....	131
Figure 34 :	Foyers de jour et nuit à Genève, avec les localisations correspondantes.....	138
Figure 35 :	Foyers de jour : caractéristiques d'exploitation à Genève (1).....	139
Figure 36 :	Foyers de jour : répartition des clients à Genève, selon la fréquentation hebdomadaire, en 2014 (1).....	140
Figure 37 :	Foyers de jour : durée de fréquentation à Genève (1).....	141
Figure 38 :	UATR : taux d'occupation des lits tous les jours de l'année 2012, à Genève.....	152
Figure 39 :	IEPA à Genève, avec les localisations correspondantes.....	165
Figure 40 :	IEPA : distribution de l'âge prévalent des résidents à Genève, en 2009 et 2015.....	168
Figure 41 :	IEPA : distribution de la durée de location à Genève en 2009 et 2015.....	169
Figure 42 :	Nombre et types d'appels entrants à la centrale Urgences-Santé 144 à Genève (1).....	175

Figure 43 : Évolution du nombre d'appels entrants à la centrale Urgences-Santé 144 à Genève (1) .....	176
Figure 44 : Nombre de folios et modèle linéaire jusqu'en 2012 (ancien système d'aide à l'engagement) à Genève .....	176
Figure 45 : Nombre d'appels urgents (Types A et B) entrants à la centrale d'appels sanitaires urgents par année à Genève.....	177
Figure 46 : Nombre d'interventions d'ambulances projetées (PROJ) et observées (REAL) 2009-2014 à Genève, par classes d'âge (1) .....	178
Figure 47 : Nombre d'interventions par commune genevoise avec pourcentage cumulé en 2012.....	179
Figure 48 : Évolution du nombre d'interventions à Genève, selon l'urbanisation .....	179
Figure 49 : Évolution du nombre d'interventions à Genève, selon le secteur géographique (1).....	180
Figure 50 : Évolution de l'incidence cantonale des interventions d'ambulances en fonction de l'urbanisation, à Genève.....	180
Figure 51 : Évolution de l'incidence globale des interventions d'ambulances en fonction des territoires démographiques et de l'âge, à Genève .....	180
Figure 52 : Charge de travail horaire instantanée, évolution des moyennes annuelles par tranche horaire, à Genève (1) .....	181
Figure 53 : Nombre de prestations du SMUR, à Genève (1) .....	182
Figure 54 : Évolution du nombre de missions de l'hélicoptère REGA 15, à Genève (1).....	182
Figure 55 : Nombre d'interventions impliquant plusieurs patients pris en charge par le SMUR, à Genève .....	183
Figure 56 : Croissance de l'incidence des interventions, à Genève.....	189
Figure 57 : Projection de l'évolution du nombre de transports sanitaires urgents à Genève, entre 2016 et 2019.....	190
Figure 58 : Nombre total d'autorisations de pratiquer pour les médecins spécialistes délivrées pour le canton de Genève (1).....	199
Figure 59 : Nombre total (y compris médecins sans spécialité) d'autorisations de pratiquer délivrées pour les médecins entre le 5 juillet 2013 et le 31 décembre 2014, à Genève .....	202
Figure 60 : Évolution trimestrielle du nombre de médecins facturant à charge de l'assurance-maladie à Genève (entre décembre 2006 et décembre 2014).....	204
Figure 61 : Évolution et répartition du nombre de médecins facturant à charge de l'assurance-maladie pour les années 2009 à 2015, ainsi que nombre annuel de délivrance d'autorisations de pratiquer, de 2012 à 2014 (après l'abrogation de la clause du besoin) .....	205
Figure 62 : Variation du nombre de médecins et du coût à charge des assureurs de ceux-ci, en pourcent, pour le canton de Genève, entre 2012 et 2014.....	206



## Annexes

### ***Annexe 1 : Planification hospitalière des soins somatiques aigus dans le canton de Genève, Y. Egli, Novembre 2014***

**Planification hospitalière  
des soins somatiques aigus  
dans le canton de Genève**

RAPPORT FINAL

Yves Egli, MD, MA, PhD  
Expert indépendant

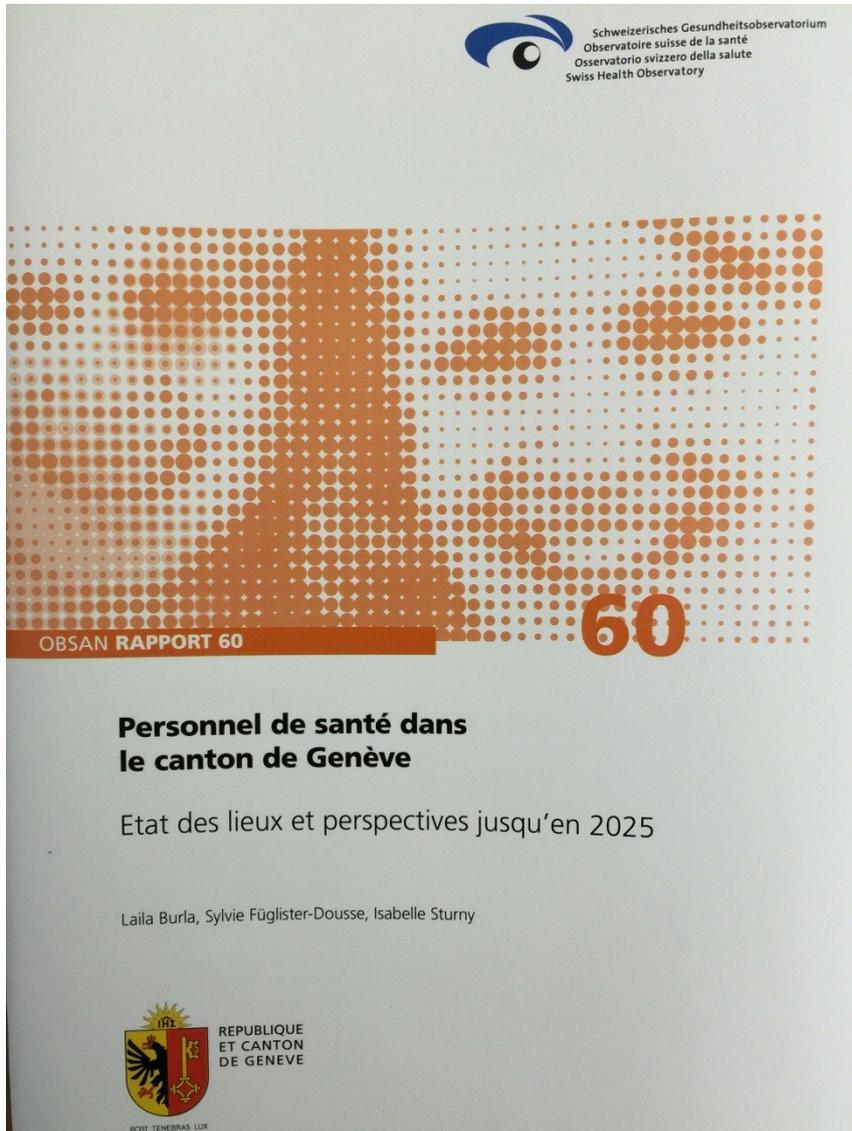
Mandat du département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé du canton de Genève  
- DEAS

Dr Yves Egli – Planification hospitalière des soins somatiques aigus  
dans le canton de Genève – Version du 10.11.2014

1

## **Annexe 2 : Personnel de santé dans le canton de Genève**

Laila Burla, Sylvie Füglistler-Dousse, Isabelle Sturny : Personnel de santé dans le canton de Genève, état des lieux et perspectives jusqu'en 2025. Obsan rapport 60, 2014 : <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/fr/index/05/publikationsdatenbank.html?publicationID=5522>



### **Annexe 3 : Catégories de fonctions relevées dans la statistique des hôpitaux**

Catégories de fonctions relevées dans la statistique des hôpitaux	Regroupement pour les analyses	
Chef de section Médecin cadre Médecin hospitalier Chef de clinique Médecin-assistant	Médecins	
Infirmier/ère diplômé(e) avec spécialisation Infirmier/ère diplômé(e) Sage-femme	Personnel soignant	Degré tertiaire
Personnel soignant avec un diplôme du niveau secondaire II Personnel soignant au niveau auxiliaire		Degré secondaire II
Autre personnel soignant		Autre personnel soignant
Technicien-ne en salle d'opération Technicien-ne en radiologie médicale Technicien-ne en analyse biomédicale Personnel médico-technique avec diplôme du niv. secondaire II Ambulancier/ère Technicien-ne ambulancier/ère Personnel académique	Personnel médico-technique	
Physiothérapeute Ergothérapeute Diététicien-ne Logopédie (Orthophoniste) Thérapeute d'activation Psychologue Masseur médical Personnel médico-thérapeutique avec diplôme du niv. secondaire II Autre thérapeute	Personnel médico-thérapeutique	

## Annexe 4 : Catégories de fonctions relevées dans la SOMED

Catégories de fonctions relevées dans la Somed	Regroupement pour les analyses	
Médecin	Médecins	
Infirmier/ère diplômé/e avec formation complémentaire	Personnel soignant	
Infirmier/ère diplômé/e		Degré tertiaire
Infirmier/ère diplômé/e niveau I		
Infirmier/ère – assistant/e CC CRS		
Assistant/e en soins et santé communautaire CFC		
Aide-soignant/e avec certificat		Degré secondaire II
Accompagnateur/trice avec CFC		
Autre formation du domaine de l'assistance et des soins		
Assistant/e médical/e avec CFC <sup>1</sup>		
Auxiliaire de santé CRS		
Stagiaire infirmier/ère (minimum 3 mois)	Autres/sans formation	
Autre formation (autres domaines)		
Personne non diplômée		
Thérapeute diplômé/e	Thérapeutes dipl.	

<sup>1</sup> Comme le personnel au bénéfice d'un CFC d'assistant médical est peu nombreux, il est regroupé avec le personnel soignant.

## Annexe 5 : Catégories de formations relevées dans la SPITEX

Catégories de formations relevées dans la statistique de l'aide et des soins à domicile	Regroupement pour les analyses	
Infirmier/-ère HES	Personnel de soins et de l'accompagnement	Degré tertiaire
Infirmiers/ères diplômé(e)s ES		
Niveau diplôme: infirmiers/-ères niveau II		
Niveau diplôme: infirmiers/-ères diplômé(e)s SG/GKP/HMP/PSY		
Niveau diplôme: infirmiers/-ères diplômé(e)s niveau I		
Infirmiers/-ères dipl. en santé publique, domaine de l'aide et des soins à domicile		
Spécialisation infirmier/-ère, branche puériculture		
Autres formations post dipl. (clinicienne niveau I, gestion, soins palliatifs, soins intensifs,...)		
Sage-femme		
Niveau certificat: infirmiers/-ères-assistant(e)s (CC CRS)		
Aide familiales (CFC ou diplôme cantonal), assistant/e en soins et santé communautaire (CFC)		
Assistant/e de personnes âgées (CFC), assistant/e socio-éducatif/ive (CFC)		
Aide soignant/e (CRS), aide en soins et accompagnement (AFP)		
Cours dans le domaine de l'aide et des soins (p.ex. cours de base Croix-Rouge)	Autres/sans formation	
Autres professionnels diplômés de la santé (ergo- et physiothérapeutes, etc.)		
Assistant/e médical/e	Autre personnel de santé	

