

Date de dépôt : 11 mai 2011

Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur la sur la planification sanitaire du canton de Genève 2012-2015

Mesdames et
Messieurs les députés,

Le rapport de planification sanitaire 2012-2015 que vous trouverez ci-joint décrit l'évolution des besoins en soins et dessine les orientations de politique publique en matière de santé. Il répond aux exigences de la loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal) en termes de planification des institutions de soins stationnaires, ainsi qu'aux prescriptions de la loi cantonale sur la santé.

Le rapport comprend la planification médico-sociale, la planification hospitalière, la planification des structures de maintien à domicile, la planification ambulatoire ainsi que la planification préhospitalière. Il sera complété ultérieurement par une mise à jour du plan d'action relatif aux priorités du plan cantonal de promotion de la santé. Il est par ailleurs à noter que les structures médico-sociales ont fait l'objet d'une planification adoptée par le Conseil d'Etat en 2010. Le présent rapport se réfère aux conclusions de cette dernière tout en les actualisant. Quant à la planification ambulatoire, sa réalisation dépendra des marges de manœuvre que le législateur fédéral laissera aux cantons dans ce domaine.

Au bénéfice de ces explications, le Conseil d'Etat vous invite, Mesdames et Messieurs les Députés, à prendre acte du rapport ci-joint et de ses annexes.

AU NOM DU CONSEIL D'ETAT

La chancelière :
Anja WYDEN GUELPA

Le président :
Mark MULLER

Planification médico-sociale et sanitaire du canton de Genève 2012-2015



Table des matières

INDEX DES ABRÉVIATIONS	7
-------------------------------	----------

LISTE DES TABLEAUX	10
---------------------------	-----------

LISTE DES FIGURES	11
--------------------------	-----------

1. Résumé.....	15
2. Introduction générale.....	19
3. Bases légales de la planification.....	22
3.1. Au niveau fédéral.....	22
3.2. Au niveau cantonal.....	22
4. Objectifs de législation.....	23
5. Historique.....	24
6. Projections démographiques.....	24

PLANIFICATION HOSPITALIÈRE	27
-----------------------------------	-----------

7. Introduction.....	27
8. Aperçu du cadre légal.....	28
8.1. Au niveau fédéral.....	28
8.2. Au niveau cantonal.....	31
8.3. Objectifs de la planification.....	32
9. Données utiles à la planification.....	32
9.1. Données disponibles.....	32
9.1.1. Soins aigus.....	33
9.1.2. Soins non aigus.....	33
9.1.3. Psychiatrie.....	34
9.1.4. Réadaptation et Gériatrie.....	34
10. Modèle de l'observatoire suisse de la santé.....	35
11. Méthode de projections.....	37
11.1. Soins aigus.....	37
11.2. Soins non aigus : psychiatrie, gériatrie et réadaptation.....	38
11.3. Pertinence du modèle.....	38
11.4. Hypothèses.....	39
11.4.1. Scénarios de l'évolution démographique.....	39
11.4.2. Évolution des durées moyennes de séjour.....	41
11.4.3. Hypothèses propres au modèle de projections.....	41
12. Résultats.....	42
12.1. Soins aigus.....	43
12.2. Psychiatrie.....	51
12.3. Gériatrie.....	56
12.4. Réadaptation.....	59
12.5. Hospitalisations hors-canton.....	62
12.5.1. Flux de patients « sortants ».....	63

12.5.2. Flux de patients « entrants »	64
12.6. Discussion/propositions/effets du réseau de soins	66
13. Conclusions	67

ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX **71**

14. Établissements médico-sociaux.....	71
14.1. Introduction.....	71
14.2. Hypothèse	71
14.3. Analyse.....	72
14.4. Résultats	72
14.5. Conclusions.....	73

MAINTIEN À DOMICILE **77**

15. Introduction	77
16. Fondements, bases légales	78
16.1. Au niveau fédéral	78
16.2. Au niveau cantonal.....	79
17. Historique.....	80
18. Données utiles à la planification	81
19. Définitions et périmètre des prestations du maintien à domicile.....	82
19.1. Immeubles avec encadrement pour personnes âgées	82
19.2. Foyers de jour et de nuit.....	83
19.3. Unités d'accueil temporaire	84
19.3.1. Unités d'accueil temporaire de répit (UATR).....	84
19.3.2. Unité d'accueil temporaire médicalisé (UATM).....	85
19.4. Aide et soins à domicile.....	85
20. Méthode de projection	86
21. Résultats	87
21.1. Immeubles avec encadrement social	87
21.1.1. Hypothèses	87
21.1.2. Données.....	87
21.1.3. Méthode	87
21.1.4. Résultats	87
21.1.5. Discussion/propositions/effets réseau de soins	96
21.1.6. Conclusion	97
21.2. Foyer de jour et de nuit	97
21.2.1. Introduction	97
21.2.2. Méthode	98
21.2.3. Résultats	98
21.2.4. Discussion/propositions/effets réseau de soins	99
21.2.5. Conclusion	100
21.3. Unité d'accueil temporaire de répit (UATR).....	100
21.3.1. Introduction	100
21.3.2. Résultats	100
21.3.3. Discussion/propositions/effets réseau de soins	100
21.3.4. Conclusions	100

21.4.	Soins à domicile et aide pratique	101
21.4.1.	Introduction	101
21.4.2.	Méthode	101
21.4.3.	Hypothèse	101
21.4.4.	Résultats	102
21.4.5.	Discussion/propositions/effets réseau de soins	110
21.4.6.	Conclusion	111
21.5.	Repas et sécurité	111
21.5.1.	Introduction	111
21.5.2.	Hypothèses	111
21.5.3.	Résultats	112
21.5.4.	Conclusion	112
21.6.	Proches-aidants	112
22.	Conclusion	113

LA PLANIFICATION AMBULATOIRE

115

23.	Introduction	115
23.1.	Contexte	115
23.2.	Fondements, bases légales	115
23.3.	Objectifs de la planification	116
23.4.	Évolution du recours au système de soins et éléments démographiques ...	117
23.5.	Risques	117
23.5.1.	Stratégie de réduction du risque : Commission quadripartite	118
24.	Historique, rappel des faits	118
24.1.	La clause du besoin 2002-2009	118
24.1.1.	Genève versus la Suisse	118
24.1.2.	Liste d'attente	119
24.1.3.	Droits de pratique : volume stable de 2003 à 2010	119
24.1.4.	Les effets de l'application de la clause du besoin à Genève de 2002 à 2009	120
25.	Situation initiale	122
26.	Données utiles à la planification	123
26.1.	Données nécessaires	123
26.2.	Données disponibles	123
27.	Planification ambulatoire	125
27.1.	Projections	125
27.1.1.	Méthode	125
27.1.2.	Hypothèse	125
27.1.3.	Analyse	126
27.1.4.	Résultats	126
27.2.	Discussion/propositions/effet des réseaux de soins	126
27.3.	Conclusion	126

LA PÉNURIE DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ **129**

28. Médecins.....	129
28.1. Contexte	129
28.2. Données disponibles	129
29. Personnel soignant	130
29.1. Contexte	130
29.2. Données disponibles	130

PLANIFICATION PRÉHOSPITALIÈRE **137**

30. Introduction générale	137
30.1. Contexte	137
30.2. Fondements, bases légales et normes	138
30.2.1. Législation internationale et fédérale	138
30.2.2. Législation cantonale	138
30.3. Objectifs de la planification.....	138
30.4. Évolution du recours au système de soins et éléments démographiques ...	139
30.4.1. Évolution du nombre d'appels urgents au 144, des missions de régulation ainsi que du nombre de missions urgentes avec engagement d'ambulances entre 2004 et 2009.....	139
30.4.2. Dépassement de capacité	140
30.4.3. Événements majeurs	142
30.5. Risques (exemples: sanitaire, juridique, financier, politique).....	142
31. Historique.....	142
32. Situation initiale.....	143
32.1. Définitions.....	143
32.1.1. Ambulancier	143
32.1.2. Technicien ambulancier	144
32.1.3. Médecin d'urgence.....	144
32.1.4. Types d'interventions des ambulances	144
32.1.5. Indices de mesure des délais	145
32.2. Normes.....	146
32.2.1. Normes de qualité de l'IAS	146
32.2.2. Délais de traitement des appels.....	146
32.2.3. Délais d'intervention.....	147
32.2.4. Équipes ambulanciers.....	147
32.2.5. Construction et équipement des véhicules	147
32.3. Chiffres clés.....	148
32.3.1. CASU-144	148
32.3.2. Ambulances	149
32.3.3. Interventions réalisées par le SMUR des HUG.....	162
32.3.4. Interventions de l'hélicoptère des HUG, REGA 15	163
32.3.5. Événements majeurs 2007-2010	164
32.3.6. Service du médecin cantonal.....	165
33. Données utiles à la planification	168
33.1. Données disponibles	168
33.1.1. Préhospitalier	168

34. Planification préhospitalière	169
34.1. Projections.....	169
34.1.1. Méthode	169
34.1.2. Hypothèses	170
34.1.3. Analyse	171
34.1.4. Modèle OCSTAT de croissance de la population	173
34.1.5. Résultats	173
34.2. Conclusions.....	175

BIBLIOGRAPHIE

177

Index des abréviations

AFC	Attestation de formation complémentaire
AGAD	Association genevoise d'aide à domicile
AOS	Assurance obligatoire des soins
APADO	Association pour l'aide à domicile
APDRG	All Patient Diagnosis Related Groups
AVQ	Activités de la vie quotidienne
BSC	Brigade sanitaire cantonale
CASS.....	Centres d'action sociale et de santé
CDS.....	Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CEFOPS.....	Centre de formation professionnelle santé et social
CESU.....	Centre d'enseignement de soins d'urgences (École supérieure de soins ambulanciers Bois-Cerf)
CIMHS	Convention intercantonale relative à la coordination et à la concentration de la médecine hautement spécialisée, du 5 décembre 2008 (K 2 20)
Cst	Constitution fédérale
DARES	Département des affaires régionales, de l'économie et de la santé
DASS.....	Direction des affaires sanitaires et sociales
DETEC	Département fédéral de l'environnement, des transports, de l'énergie et de la communication
DGS.....	Direction générale de la santé
DMS.....	Durée moyenne de séjour
DRG.....	Diagnosis Related Groups (en français : groupe homogène de malades)
EMS.....	Établissement médico-social
FF	Feuille fédérale
FIDP	Fondations immobilières de droit public
FIP	Feuilles d'interventions préhospitalières
FSASD.....	Fondation des services d'aide et de soins à domicile
GRIMCA	Groupe romand d'intervention médicale en cas de catastrophe

Index des abréviations (suite)

HUG.....	Hôpitaux universitaires de Genève
IAS.....	Interassociation de sauvetage
IEPA.....	Immeubles avec encadrement pour personnes âgées
LaLAMal	Loi cantonale d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 29 mai 1997 (J 3 05)
Lalc.....	Loi fédérale sur l'alcool, du 21 juin 1932 (RS 680)
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (RS 832.10)
LAVS.....	Loi fédérale sur l'assurance vieillesse et survivants, du 20 décembre 1946 (RS 831.10)
LCASS.....	Loi sur les centres d'action sociale et de santé, du 21 septembre 2001 (K 1 07)
LEMS.....	Loi relative aux établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées, du 3 octobre 1997 (abrogée)
LEPM.....	Loi sur les établissements publics médicaux, du 19 septembre 1980 (K 2 05)
LFCSP	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 (K 2 10)
LGEPA.....	Loi sur la gestion des établissements pour personnes âgées, du 4 décembre 2009 (J 7 20)
LGL.....	Loi générale sur le logement et la protection des locataires, du 4 décembre 2007 (I 4 05)
LIAF	Loi sur les indemnités et les aides financières, du 15 décembre 2005 (D 1 11)
LPMéd	Loi fédérale sur les professions médicales universitaires, du 23 juin 2006 (RS 811.11)
LPPCi	Loi fédérale sur la protection de la population et la protection civile, du 4 octobre 2002 (RS 520.1)
LPrév	Loi sur la prévention (FF 2009 6389)
LS	Loi cantonale sur la santé, du 7 avril 2006 (K 1 03)
LSDom.....	Loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile, du 26 juin 2008 (K 1 06)
LTSU.....	Loi relative à la qualité, la rapidité et l'efficacité des transports sanitaires urgents, du 29 octobre 1999 (K 1 21)
LUP.....	Loi pour la construction de logements d'utilité publique, du 24 mai 2007 (I 4 06)
OACI.....	Organisation de l'aviation civile internationale
OAMal.....	Ordonnance d'application de la loi sur l'assurance-maladie, du 27 juin 1995 (RS 832.102)
Obsan.....	Observatoire suisse de la santé
OCP.....	Ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie, du 3 juillet 2002 (RS 832.104)

Index des abréviations (suite)

OCSTAT.....	Office cantonal de la statistique
OFS.....	Office fédéral de la statistique
OLAF.....	Ordonnance sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire (RS 832 103)
ORES.....	Ores Conseil, Marthe Erismann, Lausanne, conseils en organisation sanitaire et médico-sociale
PASS.....	Programme d'accès aux soins
PICA.....	Piquet catastrophe
PNA.....	Programme national alcool
RAMEPM.....	Règlement concernant l'admission des malades dans les établissements publics médicaux, du 7 novembre 1984 (K 2 05.04)
RaOLAF.....	Règlement d'application de l'ordonnance sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire, du 1er janvier 2010 (J3 05.50)
RComOLAF.....	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, du 1er janvier 2010 (J 3 05.51)
RGL.....	Règlement d'exécution de la loi générale sur le logement et la protection des locataires, du 1er octobre 1992 (I 4 05.01)
RISanté.....	Règlement sur les institutions de santé, du 22 août 2006 (K 2 05.06)
ROsiris.....	Règlement sur l'organisation de l'intervention dans des situations exceptionnelles, du 22 janvier 2003 (G 3 03.03)
RPS.....	Règlement sur les professions de santé, du 22 août 2006 (K 3 02.01)
RS.....	Règlement sanitaire
RSDom.....	Règlement d'application de la loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile, du 16 décembre 2009 (K 1 06.01)
RTRSA.....	Règlement fixant le tarif relatif au renforcement médical des services d'ambulances effectués par les SMUR de la Brigade Sanitaire cantonale, du 25 janvier 2006 (K 1 21.03)
RTSU.....	Règlement d'application de la loi relative à la qualité, la rapidité et l'efficacité des transports sanitaires urgents, du 13 juin 2001 (K 1 21.01)
RUG.....	Réseau des urgences genevois
SASCOM.....	Service d'aide et de soins communautaires
SCRIS.....	Service cantonal de recherche et d'information statistiques du canton de Vaud
SIS.....	Service d'incendie et de secours de la ville de Genève
SMUR.....	Services mobiles d'urgence et de réanimation
SSA.....	Service de sécurité de l'aéroport
SSMUS.....	Société suisse de médecine d'urgence et de sauvetage
SwissDRG ...	Système de tarifs unifiés
UMUS.....	Unité mobile d'urgence sociale

Liste des tableaux

Tableau 1 :	diagnostics psychiatriques principaux selon CIM-10	34
Tableau 2 :	diagnostics principaux de réadaptation selon CIM-10	35
Tableau 3 :	activité des principaux établissements du canton	43
Tableau 4 :	total annuel des cas de soins aigus, 2008-2020	44
Tableau 5 :	total annuel des cas de soins aigus, 2008-2020, par pôle d'activité ...	44
Tableau 6 :	jours d'hospitalisation selon la durée moyenne de séjour (DMS)	50
Tableau 7 :	cas d'hospitalisations psychiatriques, 2008-2020	52
Tableau 8 :	jours d'hospitalisation psychiatrique, 2008-2020	53
Tableau 9 :	total des cas d'hospitalisation gériatrique, 2008-2020	57
Tableau 10 :	total des jours d'hospitalisation gériatrique, 2008-2020	58
Tableau 11 :	total des cas de réadaptation, 2008-2020	60
Tableau 12 :	total des jours d'hospitalisation en réadaptation, 2008-2020	61
Tableau 13 :	patients « sortants »	63
Tableau 14 :	patients « entrants »	63
Tableau 15 :	évolution 2008-2015 des patients « sortants »	64
Tableau 16 :	évolution 2008-2015 des patients « entrants » domiciliés en Suisse ..	65
Tableau 17 :	hypothèses de longévité pour les projections démographiques	72
Tableau 18 :	taux de lits EMS rapportés à divers groupes d'âge usuels	73
Tableau 19 :	taux de lits EMS pour divers groupes d'âge	73
Tableau 20 :	principales activités et caractéristiques des institutions privées	85
Tableau 21 :	état du parc des IEPA	88
Tableau 22 :	occupation et caractéristiques des appartements à encadrement	88
Tableau 23 :	prestataires de l'encadrement selon le type de loyer	89
Tableau 24 :	locataires par classe d'âge en 2009	89
Tableau 25 :	variation de l'effectif des classes d'âge par période de cinq ans	90
Tableau 26 :	relation entre le coût des IEPA et celui des EMS	96
Tableau 27 :	Taux de médecins pour 100'000 habitants	119
Tableau 28 :	droits de pratiquer délivrés aux médecins spécialistes 2003-2010 ...	133
Tableau 28 :	suite	134
Tableau 28 :	suite	135
Tableau 30 :	événements avec plus de cinq patients	164
Tableau 31 :	événements programmés nécessitant coordination	165
Tableau 32 :	évolution de l'incidence du nombre des transports classés par catégorie d'âges pour les années 2011 à 2015	173

Liste des figures

Figure 1 :	modèle de projection.....	36
Figure 2 :	pôles d'activité des soins aigus.....	37
Figure 3 :	solde migratoire selon différents scénarios.....	40
Figure 4 :	pyramide des âges en Suisse.....	41
Figure 5 :	évolution du total des cas de soins aigus, 2012-2020.....	45
Figure 6 :	évolution cumulée en pourcent, 2012-2020.....	46
Figure 7 :	augmentation en pourcent 2008-2015.....	47
Figure 8 :	nombre de journées 2008-2020, selon trois scénarios de durée moyenne de séjour.....	51
Figure 9 :	psychiatrie - nombre de cas, 2012-2020.....	53
Figure 10 :	psychiatrie - journées d'hospitalisation, 2008-2020.....	54
Figure 11 :	psychiatrie - évolution cumulée des cas en pourcent 2012-2020.....	54
Figure 12 :	augmentations du nombre de cas psychiatriques, de 2012 à 2015.....	56
Figure 13 :	gériatrie - évolution des cas, 2012-2020.....	57
Figure 14 :	gériatrie - évolution des journées d'hospitalisation, 2008-2020.....	58
Figure 15 :	gériatrie - évolution cumulée des cas en pourcent 2012-2020.....	59
Figure 16 :	réadaptation - évolution des cas, 2012-2020.....	60
Figure 17 :	réadaptation - évolution des journées d'hospitalisation, 2008-2020.....	61
Figure 18 :	réadaptation - évolution cumulée des cas en pourcent, 2012-2020.....	62
Figure 19 :	hospitalisations pour les patients genevois, selon le canton d'hospitalisation, en 2008.....	64
Figure 20 :	patients extracantonaux dans les hôpitaux genevois, en 2008.....	66
Figure 21 :	foyers de jour et nuit avec les localisations correspondantes.....	84
Figure 22 :	projection du nombre de places en immeuble à encadrement, 2010-2040.....	90
Figure 23 :	accroissement annuel projeté (H3) et variation des effectifs des classes.....	91
Figure 24 :	distribution de l'âge des locataires lors de leur admission dans un IEPA.....	92
Figure 25 :	distribution de l'âge des occupants des IEPA le 1er janvier 2009.....	93
Figure 26 :	distribution de la durée des locations.....	94
Figure 27 :	proportion de locataires quittant leur IEPA en 2009.....	95
Figure 28 :	proportion de locataires quittant les IEPA selon leur âge le 1er janvier 2009.....	95
Figure 29 :	clients des services d'aide et de soins à domicile, 2009.....	102
Figure 30 :	durée des prestations d'aide et de soins à domicile.....	103
Figure 31 :	durée des prestations de maintien à domicile selon l'âge du client.....	104
Figure 32 :	durée des prestations de maintien à domicile selon le profil client FSASD.....	104
Figure 33 :	distribution de l'âge des clients anciens et des nouveaux en 2009.....	105
Figure 34 :	effectifs des clients consommant des prestations de soins LAMal et d'aide pratique - anciens et nouveaux clients jusqu'en 2020.....	106

Liste des figures (suite)

Figure 35 :	effectifs des clients consommant des prestations de soins LAMal et d'aide pratique - anciens et nouveaux clients jusqu'en 2040	107
Figure 36 :	durée cumulée des soins LAMal et de l'aide pratique jusqu'en 2040	108
Figure 37 :	évolution de la clientèle de l'aide et des soins à domicile jusqu'en 2020	109
Figure 38 :	nombre de bénéficiaires de dispositif de sécurité et de repas - Anciens et nouveaux clients	112
Figure 39 :	médecins en pratique privée, Genève 1990-2007	121
Figure 40 :	médecins en pratique privée, Suisse 1990-2007	121
Figure 41 :	augmentation totale des coûts par assuré à Genève et pour la Suisse de 2005 à 2008	122
Figure 42 :	médecins spécialistes actifs au 31.12.2010	124
Figure 43 :	nombre de médecins en activité pour les dix principales spécialités sans les médecins de premier recours	125
Figure 44 :	nombre de missions de régulation par année	139
Figure 45 :	évolution du nombre de transports urgents	140
Figure 46 :	distribution du nombre de codes « Coyote » sur 24 heures durant l'année 2009	141
Figure 47 :	distribution quotidienne du code « Coyote » durant l'année 2009	141
Figure 48 :	définition des délais observés en rapport avec la régulation, la mission ainsi que l'intervention pour une urgence sanitaire	145
Figure 49 :	nombre de régulations et de missions reçues par la centrale 144	148
Figure 50 :	répartition des missions par entreprises et services	150
Figure 51 :	répartition jours / nuits des interventions des ambulances par zone géographique	151
Figure 52 :	nombre de prises en charge, par secteur géographique - Ambulances Odier SA	152
Figure 53 :	nombre de prises en charge, par secteur géographique - Ambulances Services SA	153
Figure 54 :	nombre de prises en charge, par secteur géographique - Rive Droite SA	153
Figure 55 :	nombre de prises en charge, par secteur géographique - SK ambulances SA	154
Figure 56 :	nombre de prises en charge, par secteur géographique - Service d'incendie et de secours	155
Figure 57 :	nombre de prises en charge, par secteur géographique - Service de sécurité de l'aéroport	156
Figure 58 :	nombre annuel et répartition des interventions primaires et secondaires avec degrés d'urgence 1 et 2	157
Figure 59 :	évolution du nombre annuel d'interventions par secteur géographique de 2004 à 2009	158

Liste des figures (suite)

Figure 60 :	délai moyen en minutes des interventions urgentes selon secteur géographique	159
Figure 61 :	délai moyen des interventions urgentes P1 et S1 ; n=14'647	160
Figure 62 :	destinations des interventions urgentes en 2009	161
Figure 63 :	nombre d'interventions du SMUR (Cardiomobile) entre 2007 et 2010	162
Figure 64 :	interventions de l'hélicoptère des HUG, REGA 15	163
Figure 65 :	saisie des feuilles d'intervention préhospitalière (FIP) par année	166
Figure 66 :	nombre de véhicules et d'inspections annuelles	167
Figure 67 :	nombre de missions urgentes, non urgentes ainsi que régulations sans intervention	168
Figure 68 :	nombre de régulations, missions urgentes, non urgentes et régulations sans intervention	169
Figure 69 :	incidence annuelle des interventions rapportée à la population résidente	171
Figure 70 :	incidence annuelle des interventions rapportée à la ville et aux zones périphériques et suburbaines	172
Figure 71 :	croissance de la population selon le modèle OCSTAT	173

1. Résumé

Le rapport de planification sanitaire 2012-2015 décrit l'évolution des besoins en soins et dessine les orientations de politique publique en matière de santé du canton de Genève. Il répond aux exigences de la Loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal) en termes de planification des institutions de soins stationnaires, ainsi qu'aux prescriptions de la Loi cantonale sur la santé (LS).

Le rapport de planification comprend la planification médico-sociale, la planification hospitalière, la planification des structures de maintien à domicile, la planification ambulatoire ainsi que la planification préhospitalière. Le rapport sera complété ultérieurement par une mise à jour du plan d'action relatif aux priorités du plan cantonal de promotion de la santé. Il est par ailleurs à noter que les structures médico-sociales ont fait l'objet d'une planification adoptée par le Conseil d'Etat en 2010. Le présent rapport se réfère à ses conclusions tout en actualisant la projection jusqu'en 2015 avec les dernières données démographiques disponibles. Quant à la planification ambulatoire, sa réalisation dépendra des marges de manœuvre que le législateur fédéral laissera aux cantons dans ce domaine.

La période de planification 2012-2015 est calquée sur l'entrée en vigueur des éléments principaux de la révision de la LAMal relative au financement hospitalier. Elle s'adapte également à la période de renouvellement des contrats de prestations quadriennaux. Le rapport de planification présente ainsi le cadre général de l'évolution des besoins dans lequel s'inscrira le financement des différentes structures.

Les orientations stratégiques qui sous-tendent le rapport reflètent le programme de législature du Conseil d'Etat 2010-2013. Elles sont axées autour de la poursuite de la politique de maintien à domicile et d'une amélioration de l'efficacité du réseau de soins genevois. Le développement de capacités nouvelles - notamment dans le domaine du maintien à domicile et du soutien aux proches des personnes âgées - ainsi qu'une meilleure orientation des patients dans le réseau de soins, doivent permettre de limiter les augmentations de capacité dans les institutions de soins stationnaires (Etablissement médico-sociaux et hôpitaux).

L'évolution démographique 2012-2030 se caractérise par des modifications marquées de la pyramide des âges. Ces dernières sont liées à la fois à l'augmentation de l'espérance de vie et à l'arrivée à l'âge de la retraite des fortes cohortes populationnelles nées durant le troisième quart du siècle dernier. L'histoire récente du canton de Genève incite en outre à choisir un scénario dynamique d'augmentation de la population. Le recours aux soins va donc augmenter de façon sensible. Afin de garantir le financement de l'accès aux soins durant cette période cruciale, des gains d'efficacité globale du réseau de soins doivent permettre d'atténuer les besoins de financement supplémentaires.

Dans le domaine hospitalier, la période 2012-2015 reste lourde d'incertitudes liées au passage au nouveau financement hospitalier. L'introduction d'une structure nationale de forfaits par cas, l'obligation pour les cantons de participer selon une clé de répartition fixe au financement de toutes les capacités inscrites sur la liste ainsi que le libre choix de

l'hôpital génèrent des incertitudes pour les coûts à charge des cantons autant que pour les revenus des institutions. Pour répondre aux besoins de la population, le canton de Genève pourra être amené à conclure des mandats de prestations avec des cliniques aujourd'hui non subventionnées. De façon globale, l'augmentation des cas de soins aigus d'ici 2015 est estimée à 4% par rapport à 2012. Le rapport ne préconise pas d'augmenter de façon proportionnelle les capacités hospitalières. La hausse semble pouvoir être assumée par une meilleure coordination du réseau de soins ainsi que par une diminution - même minime - des durées moyennes de séjour. Il faut néanmoins garder en mémoire que le canton devra participer au financement de l'augmentation des cas puisque ce sont désormais les cas qui sont financés davantage que les structures. Le rapport de planification hospitalière servira de référence à l'adoption de la liste hospitalière par le Conseil d'Etat.

Dans le domaine médico-social, les projections actualisées par rapport à la planification de 2010 montrent que la population âgée pourrait augmenter un peu plus vite que prévu par les anciennes projections. Néanmoins, l'ouverture de 359 places d'EMS en 2011 ainsi que les améliorations de la coordination du réseau de soins ainsi que de l'orientation des patients permettent de dire que les capacités actuelles resteront suffisantes jusqu'en 2015. Néanmoins, cela nécessite d'éviter des entrées prématurées en EMS. Par ailleurs, les prévisions à long terme font l'objet de révisions périodiques pour adapter, le cas échéant, le programme de construction d'EMS.

L'effort le plus marqué devra être effectué durant la période de planification devra être effectué dans le maintien à domicile. Les besoins d'aide et de soins à domicile augmenteront d'environ 4% par année, sous le triple effet de la démographie, de la contention des coûts dans le domaine hospitalier liée à l'introduction des forfaits par cas et par l'augmentation de l'intensité des besoins en soins des nouveaux patients âgés. Parallèlement, l'augmentation de l'offre en termes d'unités d'accueil temporaire ainsi qu'en termes d'immeubles avec encadrement pour personnes âgées devra être soutenue afin de permettre une véritable orientation adéquate des patients selon leurs besoins. Le rapport préconise de porter la capacité en UATR à 100 lits d'ici 2015. Il recommande également d'augmenter les places en foyers de jour. Il préconise enfin la construction de un à huit immeubles avec encadrement. La solution minimale correspond au maintien de la capacité actuelle face à l'augmentation démographique. La solution maximale permettrait d'offrir quelque 500 places de plus aux personnes âgées et à leurs proches. Ces capacités permettent de retarder l'entrée en EMS et d'éviter des journées d'hospitalisation inappropriées. Elles contribuent ainsi grandement à l'efficacité du réseau.

Dans le domaine préhospitalier, la précédente planification a surestimé l'augmentation des besoins en transports urgents. Le présent rapport, sur la base d'une analyse détaillée de l'existant, ne préconise pas une augmentation des capacités dans ce domaine. Néanmoins, il recommande une augmentation des capacités de la centrale d'appel. Il indique également la nécessaire adaptation - qui a déjà partiellement eu lieu en collaboration avec les services privés - des bases de départ des ambulances à l'évolution de l'habitat des Genevois.

Dans le domaine ambulatoire, enfin, le canton recommande de poursuivre sa politique de régulation de l'offre médicale privée concertée avec les associations professionnelles. L'objectif est de rééquilibrer la densité médicale genevoise vers un meilleur ratio de médecins de premiers recours par rapport aux spécialistes. Sa réalisation dépend cependant des possibilités d'intervention laissées aux cantons par la LAMal et qui doivent faire l'objet d'un nouvel examen par les Chambres fédérales d'ici la fin 2011.

2. Introduction générale

Le présent rapport de planification répond aux exigences de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), dont l'article 39 impose la réalisation d'une planification hospitalière. Il répond également à la loi cantonale sur la santé qui prévoit que le Conseil d'Etat présente tous les quatre ans une planification sanitaire cantonale. Dans cette optique, il doit donner une vue d'ensemble de l'offre de soins que le canton se propose d'assurer.

L'espérance de vie n'a jamais été aussi élevée en Suisse et la population vieillit. Les importantes cohortes de population nées entre 1945 et 1970 entrent petit à petit dans des catégories d'âge où le recours aux soins augmente significativement. De même, un nombre croissant de personnes du quatrième âge sont quant à elles concernées par les problématiques liées aux soins de longue durée et à la dépendance.

Cette transition démographique représente un défi pour tous les pays occidentaux. Les conséquences attendues dans le secteur sanitaire pour la période 2012-2030 conditionnent dès aujourd'hui les principales orientations politiques. Elles font peser de fortes contraintes sur l'organisation générale du système de santé.

Les enjeux en matière de finances publiques sont importants. Le maintien de l'accès à des soins de qualité pour tous, priorité du Conseil d'Etat, a des conséquences financières contraignantes. A ce titre, les améliorations en termes d'efficacité, d'organisation et de collaboration au sein du système sanitaire cantonal doivent contribuer à permettre de relever les défis futurs.

Enfin, la période de planification 2012-2015 sera marquée par de profonds bouleversements du financement des prestations par l'assurance maladie. Dès 2012, la réforme du financement des hôpitaux selon les nouvelles dispositions de la LAMal et le libre-choix de l'hôpital influenceront considérablement le système de santé. En outre, le nouveau régime de financement des soins de longue durée - entré en vigueur en 2011 - déploiera tous ses effets et entraînera également des redéfinitions des rapports entre l'Etat et certains prestataires de soins.

Une action cohérente sur le long terme

Dans le canton de Genève, les besoins et la consommation de soins s'inscrivent en croissance contrôlée mais constante, depuis plusieurs années. Nous savons que cette tendance va continuer, voire s'accroître, non pas comme conséquence d'une éventuelle surconsommation de soins par la population, mais pour des raisons statistiquement observables.

Durant ces dernières années, le canton de Genève a orienté sa politique autour d'axes structurants tels que la promotion du maintien à domicile, l'efficacité dans le domaine hospitalier ou encore la régulation de l'offre de soins ambulatoires. La planification sanitaire 2012-2015 s'inscrit dans la continuité de cette action.

Promotion du maintien à domicile

La politique du Conseil d'État, clairement orientée en faveur des soins à domicile, place Genève parmi les cantons où ce type de prise en charge est le plus développé en Suisse. Elle a permis de contenir le nombre de places d'EMS nécessaires, beaucoup plus coûteuses à long terme. Genève a indéniablement été un canton précurseur en la matière et cette tendance s'observe désormais également dans la plupart des autres cantons romands. Outre son aspect plus économique, elle présente l'avantage de satisfaire aux aspirations d'une majorité de la population.

Réduction des journées d'hospitalisations inappropriées

La réduction des hospitalisations inappropriées reste également une préoccupation, malgré les efforts et les progrès déjà réalisés ces dernières années qui se sont traduits par une évolution du nombre de journées d'hospitalisation proportionnellement bien inférieure à celle du nombre des cas. La durée moyenne des hospitalisations a par exemple été réduite.

Dans ce domaine, les améliorations supplémentaires n'ont de sens que si elles peuvent se faire sans dégrader la qualité des soins. Il faut également éviter un report de travail mal coordonné sur le reste du réseau de soins, au risque de voir son efficience globale diminuer.

A ce titre, le Conseil d'Etat attire l'attention sur la nécessaire diversification de l'offre - par la création de structures intermédiaires avec missions spécifiques, le plus souvent destinées aux personnes âgées - ainsi que sur sa mise à niveau, par exemple par la poursuite du programme de construction d'EMS en cours de réalisation. Cette diversification de l'offre doit évidemment correspondre aux besoins réels de la population, mais elle nécessite surtout d'être complétée par un dispositif adéquat d'accompagnement et d'orientation des patients.

Volonté de réguler l'offre de soins

Genève est l'un des cantons où l'offre de soins ambulatoires est la plus importante, notamment concernant le nombre de cabinets médicaux. Les cantons sont chargés de la mise en œuvre des dispositions relatives de la LAMal (clause du besoin) pour réguler ce domaine. Le Conseil d'Etat a privilégié une régulation concertée avec les milieux intéressés, ce qui a permis d'assurer la disponibilité des soins tout en maintenant les coûts et en garantissant de bonnes conditions de travail aux prestataires de soins. Les cantons ont perdu en 2010 la possibilité de réguler la médecine de premier recours. La volonté du Conseil d'Etat est néanmoins de poursuivre la régulation de la médecine spécialisée, pour autant que la loi fédérale continue à l'autoriser. Le but d'une telle démarche n'est pas de rationner les soins, mais d'éviter une prolifération non coordonnée de moyens dans des domaines où l'offre est déjà suffisante.

Priorité pour la période 2012-2015 : un réseau de soins axé sur l'efficience et la qualité

La volonté du Conseil d'Etat est de prêter une attention particulière aux collaborations entre les différents partenaires du réseau de soins afin d'avoir encore davantage qu'aujourd'hui une orientation des patients vers la structure la mieux adaptée à ses besoins. Orienter « la bonne personne, au bon endroit et au bon moment » constitue l'un des enjeux de la planification sanitaire afin d'avoir l'allocation des ressources la plus efficace possible et les soins de la meilleure qualité possible. La nécessité de mener une action proactive dans ce domaine, pour mieux orienter les patients vers des soins adaptés à leur cadre de vie, répond à une logique de planification ciblée sur la personne plutôt que sur les structures.

Cette approche demande des efforts de coordination ainsi que la mise en place d'outils d'évaluation communs aux différents prestataires. En introduisant des instruments d'évaluation du besoin, notamment ceux prévus par le Programme d'accès aux soins (PASS), l'orientation du patient vers le type de prestations le mieux adapté en termes d'efficience et de qualité devient la conséquence d'un choix étayé. Cette approche, qui tient compte de la liberté individuelle, a pour but d'optimiser la prise en charge des personnes en situation de perte d'autonomie ou d'indépendance.

Renforcer la coordination du réseau de soins doit aider à dégager une marge de manœuvre pour amortir en partie les effets du vieillissement, assurer un financement durable des soins, une couverture adéquate des besoins de la population et garantir un accès pour toutes et tous à des soins de qualité.

Une vision globale pour des actions coordonnées

Dans le présent document, l'accent a été mis sur l'élaboration d'un rapport de planification sanitaire global afin de retrouver une vue d'ensemble du système sanitaire. Elle comprend :

- la planification hospitalière (ensemble des soins aigus et des soins de longue durée très intenses, y compris les soins psychiatriques et les soins continus) ;
- la planification médico-sociale (hébergement, sécurité, aide et soins) ;
- la planification ambulatoire (prestations médicales, prestations médicales déléguées sans les prestations médico-sociales) ;
- des éléments de planification des ressources humaines et de la formation professionnelle dans le domaine de la santé ;
- la planification préhospitalière (urgences médico-chirurgicales, gestion des appels et transport urgent) ;
- la promotion de la santé.

Le but du présent rapport est de procéder à un inventaire global des besoins, qui servira de base pour les quatre prochaines années. Les choix politiques nécessaires et d'orientation des ressources limitées à disposition pourront dès lors reposer sur ces éléments. En rassemblant l'ensemble des domaines sanitaires concernés dans un document unique, le Conseil d'Etat souhaite partager une vision complète de la réalité actuelle et évoquer

les principales options possibles pour l'avenir. Cette planification identifie notamment les besoins auxquels répondent les différents contrats de prestations entre l'Etat et les partenaires du réseau.

Considérée dans son ensemble, la planification sanitaire cantonale est sujette à de nombreuses variables (cadre légal, financements, modification des besoins, etc.). Il est donc important de la réexaminer y compris durant la période de planification pour confirmer l'adéquation de l'offre et avec les besoins prévus.

3. Bases légales de la planification

3.1. Au niveau fédéral

Le principe même de la planification sanitaire ne figure pas expressément dans la Constitution fédérale de la Confédération suisse, du 18 avril 1999 (Cst ; RS 101). L'article 41 Cst. contient néanmoins un but social relatif aux soins. Il précise en effet que « *la Confédération et les cantons s'engagent à ce que toute personne bénéficie des soins nécessaires à sa santé* » (alinéa 1, lettre b). Ce but est toutefois confronté au problème des ressources disponibles, puisque l'article 41 alinéa 3 Cst. dispose expressément que la Confédération et les cantons poursuivent les buts sociaux visés « *dans le cadre de leurs compétences constitutionnelles et des moyens disponibles* ». Aussi, l'article 41 Cst. doit être compris dans le sens qu'il oblige l'Etat à s'efforcer de rendre possible l'accès aux soins indispensables à toute personne, en tenant compte des ressources à disposition (13^{ème} Journée de droit de la santé, Institut du droit de la santé de l'Université de Neuchâtel, page 48).

La loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal ; RS 832.10) et l'ordonnance sur l'assurance-maladie, du 27 juin 1995 (OAMal ; RS 832.102) constituent les fondements de la planification hospitalière. Cette législation détermine en particulier les conditions auxquelles les établissements hospitaliers et autres institutions sont admis à pratiquer à la charge de la LAMal tout en précisant qu'ils doivent correspondre à la planification cantonale. L'admission d'un établissement en tant que fournisseur de prestations et la prise en charge d'une prestation par l'assurance obligatoire des soins supposent l'inscription de l'hôpital concerné ou d'une de ses divisions sur la liste hospitalière cantonale (art. 39 LAMal). L'article 58a alinéa 1 OAMal souligne par ailleurs que la planification vise à couvrir les besoins en soins des habitants des cantons et doit leur garantir le traitement hospitalier à l'hôpital ou dans une maison de naissance, ainsi que le traitement dans un établissement médico-social.

3.2. Au niveau cantonal

La loi sur la santé, du 7 avril 2006 (LS ; K 1 03) appréhende la planification sanitaire cantonale d'une manière générale. Plus particulièrement, elle identifie les autorités compétentes en matière de planification, définit les buts de cette planification en précisant qu'ils consistent à « déterminer les besoins en soins, compte tenu de l'évolution démographique, définir

les moyens de les satisfaire de la façon la plus rationnelle et la plus économique possible et garantir des soins appropriés de qualité ». Elle énonce au demeurant l'obligation pour le Conseil d'Etat de présenter une planification quadriennale au Grand Conseil et souligne que la réalisation, l'exécution et le financement de la planification sont fixés dans des dispositions légales spécifiques (articles 5, 6, 8 et 28 LS).

Enfin, la loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile, du 26 juin 2008 (LSDom ; K 1 06) a pour but de préserver l'autonomie des personnes dont l'état de santé et/ou de dépendance exige de l'aide et/ou des soins. Pour ce faire, elle institue un réseau de soins regroupant des partenaires publics et privés, détermine son fonctionnement et distingue trois types de prestations qui servent à réaliser le but énoncé, soit : le maintien à domicile, l'organisation d'aide et de soins à domicile ainsi que les structures intermédiaires (articles 1, 5, 9, 13, 17 et 19).

4. Objectifs de législation

Le présent rapport de planification s'inscrit également dans les objectifs de législation du Conseil d'Etat. Ces derniers énumèrent notamment les points suivants :

- assurer le financement des séjours en EMS ;
- répondre au défi du vieillissement en assurant aux aînés des soins, des logements adaptés ainsi que du soutien pour leurs proches ;
- garantir l'accès équitable à des soins de qualité, notamment grâce aux efforts de maîtrise des coûts, la mise en réseau des partenaires et par une nouvelle planification hospitalière ;
- réaliser une planification sanitaire régionale ;
- de réaliser les investissements hospitaliers nécessaires, notamment par la construction d'un nouveau bâtiment des lits aux Hôpitaux universitaires de Genève.

Il est à préciser que la dernière planification hospitalière établie par le canton de Genève date de 2003 ; elle couvrait une période allant jusqu'à fin 2010. L'entrée en vigueur de plusieurs articles révisés de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) relatifs au financement hospitalier et au libre-choix de l'hôpital par le patient, qui déploieront leurs effets dès le 1^{er} janvier 2012, incite néanmoins à choisir pour tous les domaines couverts par le présent rapport une période courant de 2012 à 2015, de façon également à correspondre à la périodicité des contrats de prestations. Pour cette raison, l'actuelle liste hospitalière reste valable durant toute l'année 2011, conformément à l'arrêté du Conseil d'Etat, du 21 janvier 2004, qui précise bien que sa validité expirera à l'entrée en vigueur de la révision de la LAMal sur le financement hospitalier.

5. Historique

La planification sanitaire 2012-2015 fait suite à de nombreuses études réalisées par le canton en la matière. Les premiers grands travaux de planification ont été réalisés en 1996, puis en 1998. Il s'agit du rapport Gilliard sur le système de santé genevois et de deux rapports sur la planification qualitative du système de santé genevois (rapport 1 : « Les domaines d'actions prioritaires et la réforme du système de santé » et rapport 2 : « La santé des Genevois et le système de santé selon les 38 buts de l'OMS »).

Afin de définir les principes généraux de la planification sanitaire, la commission de planification du système de soins hospitaliers a été créée en 2001. Ses travaux ont abouti au rapport sur la planification hospitalière du système de santé genevois 2003-2010 (RD483) et à l'élaboration de la nouvelle liste hospitalière cantonale. Ce rapport prévoyait une diminution de la capacité en lits hospitaliers et une augmentation dans les établissements médico-sociaux (EMS). Toutes ces recommandations ont été réalisées et ont constitué des axes structurant du réseau de soins pendant la dernière période de planification.

Parallèlement, les différents organismes subventionnés ou bénéficiaires d'indemnités de fonctionnement ont profité dès 2008 de contrats de prestations quadriennaux. Enfin, la loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile (LSDom) a été votée à l'unanimité en juin 2008. Elle instaure notamment des principes visant à évaluer les besoins des personnes âgées afin de l'orienter vers la structure la plus appropriée. L'application de cette loi doit donc également permettre de recenser avec précisions les besoins non satisfaits.

6. Projections démographiques

Deux jeux de projections démographiques ont été utilisés dans les travaux exposés dans les pages qui suivent.

Le premier est dérivé des projections 2001 de M. Jacques Menthonnex (Service cantonal vaudois de recherche et d'information statistiques (SCRIS)). Ces résultats, adaptés par le professeur Philippe Wanner, sont utilisés pour les EMS et le secteur des soins à domicile (rapport Wanner en annexe). Cette analyse est fondée sur six hypothèses de longévité de la population.

Un second jeu de projections, plus récent (2010), toujours réalisé par J. Menthonnex, dont les résultats seront publiés par l'Office cantonal de la statistique (OCSTAT) en 2011, a été utilisé pour les planifications préhospitalière, hospitalière et pour certains calculs concernant les clients de l'aide et des soins à domicile. Il s'agit du scénario dit « engagement transfrontalier ». Ce scénario anticipe une plus grande attractivité du canton de Genève, en raison de sa meilleure performance économique durant la crise 2007-2008, par comparaison au reste de la Suisse. C'est une variante qui propose un accroissement de la population plus important que celui qui a été observé jusqu'ici, résultant d'un solde migratoire plus élevé.

Les nouvelles projections du scénario « engagement transfrontalier » suivent toutefois de près l'hypothèse retenue parmi les anciennes projections. Les écarts entre les deux prévisions démographiques resteront minimes jusqu'en 2025. Etant donné que la planification sanitaire fera l'objet d'un nouveau rapport et sera revu avant cette date, les anciennes prévisions peuvent être considérées comme encore totalement valables. Les résultats de la planification des EMS (réalisés en 2009 et dont le rapport est annexé) et ceux du maintien à domicile continuent à être valides.

Cela étant, il est nécessaire de suivre attentivement l'évolution de la part de la population très âgée (80 ans et plus) qui requiert une place en EMS, afin de réagir rapidement. En effet, la capacité médico-sociale institutionnelle doit pouvoir s'adapter au besoin. Cependant, la croissance de la population très âgée s'accompagnera vraisemblablement d'une réduction de la morbidité, jusqu'à présent ignorée dans la prévision du nombre de lits EMS à planifier.

Planification hospitalière

7. Introduction

La planification hospitalière a pour but d'organiser le système de soins somatiques pour répondre aux besoins de la population, tout en visant l'économicité, l'accès et la qualité des soins. Planifier l'évolution du recours aux soins et en piloter les changements nécessitent une bonne connaissance de la situation actuelle et de son évolution possible à moyen et long terme.

Dans le canton de Genève, la planification hospitalière ne connaît pas uniquement une dimension cantonale importante liée à la présence, sur son territoire, d'un hôpital universitaire, de nombreux établissements privés et d'une multitude d'organisations internationales, mais aussi une dimension intercantonale, notamment avec le canton de Vaud, et transfrontalière, avec la France voisine.

Dans son rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil concernant la planification hospitalière du système de santé genevois pour les années 2003 à 2010 (RD 483), le canton prévoyait de réduire l'offre en journées d'hospitalisation, de réguler l'offre quantitative et de favoriser son adaptation aux besoins à long terme.

L'objectif concernant la réduction de journées d'hospitalisation a pu être plus ou moins atteint grâce au virage ambulatoire et aux progrès technologiques qui ont eu lieu dans plusieurs secteurs hospitaliers comme l'ophtalmologie, l'oto-rhino-laryngologie et la psychiatrie.

À l'avenir, l'accélération du vieillissement de la population aura un impact sur tout le système sanitaire et particulièrement dans le domaine hospitalier. L'évolution des besoins en soins de la population, liée aux perspectives démographiques, pointe vers une augmentation du nombre de cas d'hospitalisation. Cet accroissement sera important dans les domaines de soins non aigus et particulièrement dans les soins de réadaptation.

Les incitations financières liées aux forfaits par cas ainsi que l'application dès 2015 des critères d'économicité et de qualité prévue dans le nouveau régime de financement hospitalier de la loi fédérale sur l'assurance maladie du 18 mars 1994 (LAMal) obligeront les hôpitaux à s'adapter afin de traiter plus de cas en moins de jours, tout en assurant la même qualité. Ces effets s'inscrivent dans la durée et auront des conséquences sur l'ensemble du paysage hospitalier genevois.

Le processus cantonal genevois de planification hospitalière a été retardé d'un an, pour faire coïncider le début de la nouvelle période de planification avec l'entrée en vigueur des réformes de la LAMal, au 1^{er} janvier 2012. Durant l'année 2011, la liste hospitalière actuelle continue de s'appliquer, ainsi que le permet l'arrêté du Conseil d'Etat du 21 janvier 2004 déterminant la liste des hôpitaux admis par le canton de Genève au sens de la LAMal. La nouvelle planification hospitalière va permettre de définir les besoins à couvrir pour la période 2012-2015.

8. Aperçu du cadre légal

8.1. Au niveau fédéral

La révision de la LAMal du 21 décembre 2007 prévoit un nouveau mode de financement dès le 1^{er} janvier 2012 et entraîne davantage d'exigences pour les cantons en termes de planification. L'article 39 de la LAMal et les articles 58a à 58e de l'OAMal fixent le cadre de la planification hospitalière cantonale. Ils portent sur la détermination de l'offre, l'efficacité et la qualité des prestations ainsi que sur les mandats de prestations.

D'un point de vue général, cette modification légale occasionne les changements suivants :

- les cantons sont obligés de cofinancer les prestations remboursées par l'assurance obligatoire des soins réalisées dans les établissements publics ou privés figurant sur les listes hospitalières cantonales, conformément à un système de tarifs unifiés par cas (SwissDRG), fixant les pondérations relatives de chaque prise en charge selon des comparaisons entre hôpitaux au niveau suisse et garantissant la meilleure efficacité possible ;
- ils ont la charge de planifier l'offre des établissements hospitaliers pratiquant à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) de manière à répondre aux besoins de la population. Pour ce faire, ils doivent tenir compte de l'offre privée. L'assurance obligatoire des soins peut néanmoins intervenir dans des établissements ne figurant pas sur la liste hospitalière si une convention tarifaire est conclue entre cet établissement et un ou plusieurs assureurs. Cela signifie qu'un meilleur contrôle de l'évolution des coûts à charge de la LAMal dans le domaine hospitalier ne peut pas automatiquement se déduire du nouveau financement hospitalier ;
- du point de vue du calendrier, la nouvelle répartition des coûts entre cantons et assurance (au moins 55% pour les cantons) pour les établissements figurant sur la liste hospitalière intervient au 1^{er} janvier 2012. En revanche, les nouveaux critères de planification relatifs à l'économicité et la qualité ne seront applicables qu'à partir de 2015.

Genève, comme d'autres cantons, doit donc établir une nouvelle liste hospitalière basée sur le nombre de cas traités, qui entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2012. L'actuelle liste hospitalière, qui comptabilise des lits, contient l'ensemble des cliniques privées genevoises en plus des établissements publics médicaux. Le fait de figurer sur la liste permet actuellement de facturer à charge de l'AOS, mais sans contribution cantonale.

Sous réserve d'avoir passé un mandat de prestations avec les établissements concernés, le canton sera tenu, dès le 1^{er} janvier 2012, de subventionner à hauteur de 55 % au minimum toutes les prestations hospitalières du catalogue AOS réalisées dans les établissements listés. Ce changement est fondamental ; il implique que le canton de Genève doit entièrement refondre sa liste hospitalière selon les nouveaux principes définis dans la législation fédérale, en déterminant quels sont les établissements nécessaires pour couvrir les besoins de la population et en leur confiant des mandats de prestations ciblés.

La nouvelle liste tiendra l'inventaire de tous les mandats de prestations attribués aux établissements médicaux et non plus comme un simple « répertoire » d'établissements. Cela présuppose que le canton détermine, aussi précisément que possible, quels seront les besoins de sa population dans chaque discipline médicale, et qu'il couvre ces besoins en confiant des mandats aux hôpitaux et à certaines cliniques sélectionnées pour les réaliser.

Le canton n'interviendra pas dans le financement des cliniques non listées. Comme par le passé, ces dernières auront cependant toujours la possibilité de négocier directement des « forfaits LAMal » avec les assureurs (art. 49a, al. 4 LAMal), échappant ainsi à toute planification des besoins.

Les dispositions légales ci-dessous constituent la pierre angulaire juridique du nouveau financement et de la nouvelle planification des établissements hospitaliers, introduits par la révision de la LAMal du 21 décembre 2007 :

Article 39 LAMal (liste hospitalière)

¹ 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.

² Les cantons coordonnent leurs planifications.

^{2bis} 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.

^{2ter} 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.

³ 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).

Art. 41 LAMal (libre choix)

¹ 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.

^{1bis} 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'art. 49a jusqu'à concurrence du tarif applicable pour ce traitement dans un hôpital répertorié du canton de résidence.

^{1ter} L'al. 1bis s'applique par analogie aux maisons de naissance.

² 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.

³ 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'art. 49a. A l'exception du cas d'urgence, une autorisation du canton de résidence est nécessaire.

^{3bis} 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.

⁴ 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 (art. 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.

Art. 58b OAMal (planification des besoins en soins)

¹ Les cantons déterminent les besoins selon une démarche vérifiable. Ils se fondent notamment sur des données statistiquement justifiées et sur des comparaisons.

² Ils déterminent l'offre utilisée dans des établissements qui ne figurent pas sur la liste qu'ils ont arrêtée.

³ Ils déterminent l'offre qui doit être garantie par l'inscription d'établissements cantonaux

et extracantonales sur la liste visée à l'art. 58e afin que la couverture des besoins soit assurée. Cette offre correspond aux besoins déterminés conformément à l'al. 1, déduction faite de l'offre déterminée conformément à l'al. 2.

En résumé, le nouveau financement et la nouvelle planification des établissements hospitaliers impliquent principalement :

- un nouveau système tarifaire (SwissDRG) ;
- un financement forfaitaire des prestations ;
- une nouvelle répartition du financement entre l'Etat et l'assurance obligatoire des soins (55 % au moins pour l'Etat et 45 % pour les assureurs) ;
- une liste cantonale des établissements hospitaliers en fonction des prestations médicales pour lesquels ils sont mandatés ;
- un cofinancement des établissements listés. Les établissements non listés auront la possibilité de conclure des conventions avec les assurances ;
- le libre-choix d'un hôpital figurant sur les diverses listes hospitalières cantonales.

8.2. Au niveau cantonal

Les dispositions de la loi sur la santé concernent l'ensemble de la planification sanitaire, laquelle comprend la planification hospitalière. Elles 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.

Par ailleurs, il y a lieu de relever les législations suivantes, qui réglementent également le domaine hospitalier :

- loi cantonale d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 29 mai 1997 (LaLAMal ; J 3 05), qui sera adaptée d'ici fin 2011 pour répondre aux nouvelles exigences fédérales ;
- loi sur les établissements publics médicaux, du 19 septembre 1980 (LEPM ; K 2 05) ;
- 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) ;
- règlement concernant l'admission des malades dans les établissements publics médicaux, du 7 novembre 1984 (RAMEPM ; K 2 05.04) ;
- règlement sur les institutions de santé, du 22 août 2006 (RISanté ; K 2 05.06) ;
- convention intercantonale relative à la coordination et à la concentration de la médecine hautement spécialisée, du 5 décembre 2008 (CIMHS ; K 2 20).

8.3. Objectifs de la planification

Le canton de Genève doit déterminer l'offre nécessaire pour couvrir les besoins des habitants domiciliés sur son territoire et édicter une nouvelle liste hospitalière, en prenant en considération des critères - désormais imposés par le droit fédéral -, tels que notamment l'accès aux soins, le caractère économique et la qualité des prestations.

Le processus de planification hospitalière cantonale consiste à déterminer précisément la nature et le nombre de prestations que le canton doit financer pour répondre de manière adéquate aux besoins de ses habitants, puis à répartir contractuellement ces prestations entre les établissements hospitaliers qui auront été sélectionnés. La LAMal prévoit que si une partie des besoins est déjà couverte, que ce soit par des établissements non subventionnés situés dans le canton, par des établissements situés hors du canton ou encore dans le cadre de projets pilotes dans les zones frontalières, elle doit être déduite.

La loi fédérale n'accorde pas de droit automatique à l'admission sur la liste, il existe donc une latitude pour le canton dans le choix des établissements avec lesquels il conclura des mandats de prestations.

Afin de coordonner son action, de valider ses choix et de communiquer avec les partenaires concernés, le Conseil d'Etat a institué, par le biais d'un règlement, en date du 3 février 2010, une commission consultative en matière de planification hospitalière composée de représentants des hôpitaux, des cliniques privées, des assureurs (santésuisse), des médecins et des partenaires régionaux (RComPlanH ; J 3 05.52). Les tâches de ladite commission consistent, en particulier, à formuler des recommandations, sur demande du département et à l'attention du Conseil d'Etat, sur les besoins en soins hospitaliers de la population du canton de Genève et sur la mise en œuvre de la planification hospitalière ou sur tout autre sujet en lien avec la planification sanitaire.

La commission s'est réunie régulièrement depuis le début de l'année 2010. Ses travaux ont notamment porté sur l'identification des besoins de la population dans les diverses spécialités médicales et chirurgicales, ainsi que sur les progrès techniques potentiels, les modalités de prises en charge des patients et les différents scénarios d'évolution des besoins.

9. Données utiles à la planification

9.1. Données disponibles

Les projections démographiques établies par le Service cantonal de recherche et d'information statistiques du canton de Vaud (SCRIS) et la « statistique médicale des hôpitaux » de l'Office fédéral de la statistique (OFS) constituent les principales sources de données sur lesquelles se fonde l'étude, avec comme point de départ l'année 2008. La distinction entre soins aigus, soins psychiatriques et réadaptation repose sur les définitions exposées ci-après.

9.1.1. Soins aigus

En ce qui concerne les soins aigus, le nouveau modèle de financement des prestations hospitalières se base sur une structure unique de tarifs forfaitaires mise au point sous la responsabilité directe du Conseil fédéral : les SwissDRG. Il en découle que les analyses traditionnellement basées sur le nombre de journées d'hospitalisation effectuées ou sur une planification des lits doivent être abandonnées. Seuls les cas d'hospitalisation sont déterminants. Néanmoins, il est toujours possible de calculer, par déduction, le nombre de journées et de lits nécessaires pour couvrir les besoins exprimés en nombre de cas.

Rappelons que les Hôpitaux Universitaires de Genève appliquent déjà, depuis plusieurs années, un système de facturation forfaitaire appelé APDRG, très proche du nouveau système qui sera introduit en 2012. A ce titre, les HUG sont particulièrement bien préparés à la transition d'un système à l'autre. Ils ont d'ores et déjà pu procéder à des simulations de facturation qui n'ont pas mis en évidence d'incompatibilité majeure.

Comme la base de données de la statistique médicale des hôpitaux regroupe des données brutes sans aucun critère de tri, il a tout d'abord fallu extraire spécifiquement les cas d'hospitalisation correspondant au périmètre des « soins aigus ». Voici les critères d'inclusion et d'exclusion appliqués :

- traitement hospitalier (séjour d'au moins 24 heures, séjour de moins de 24 heures pendant lequel un lit est occupé pendant une nuit, séjour à l'hôpital en cas de transfert dans un autre hôpital ou en cas de décès) ;
- sortie pendant l'année (cas statistiques A) ;
- hôpitaux de soins aigus de type K1 (hôpitaux de soins généraux) ou cliniques spécialisées de type K231 (chirurgie), K232 (gynécologie, néonatalogie) ou K233 (pédiatrie) ;
- sans les centres de charges M500 (cliniques psychiatriques), M900 (gériatrie) et M950 (clinique de réadaptation) ;
- sans les DRG suivants : 620, 629, 637, 638, 999. Les nouveau-nés en bonne santé ou décédés dans les 48 heures sont attribués à la mère, étant donné qu'ils n'ont pas normalement de « lit » attribué et qu'ils ne font pas l'objet d'une facturation distincte (Cette procédure se distingue de celle appliquée par le canton de Zurich ; elle veut éviter que les nouveau-nés en bonne santé soient comptés à double, une fois dans le domaine de prestations « nouveau-né », une fois sous « obstétrique »).

Les cas de soins somatiques aigus ont été regroupés par APDRG (APDRG Suisse), puis par pôles d'activité.

9.1.2. Soins non aigus

Dans les domaines de soins hospitaliers non aigus que sont la psychiatrie, la réadaptation et la gériatrie, l'unité de mesure de référence reste la journée d'hospitalisation. A terme, il est cependant prévu d'étendre le système de tarifs SwissDRG aux soins non aigus également.

9.1.3. Psychiatrie

Les cas de traitement psychiatrique ont été définis comme suit :

- hospitalisations ;
- sortie pendant l'année (cas statistiques A) ;
- tous les cas imputés au centre de prise en charge M500 (psychiatrie).

Les cas psychiatriques ont été classés et analysés selon les diagnostics principaux de la classification internationale des maladies, version 10 (CIM-10) (tableau 1).

Tableau 1 : diagnostics psychiatriques principaux selon CIM-10

Diagnosics	Intitulé
F00-F09	Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques
F10-F19	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives
F20-F29	Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants
F30-F39	Troubles de l'humeur [affectifs]
F40-F48	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes
F50-F59	Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques
F60-F69	Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte
F70-F79	Retard mental
F80-F89	Troubles du développement psychologique
F90-F98	Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence
F99	Trouble mental, sans précision

Les cas psychiatriques qui n'incluaient pas de diagnostic F ont été attribués à la dernière catégorie (F99).

9.1.4. Réadaptation et Gériatrie

Les cas de réadaptation et de gériatrie ont été définis comme suit :

- hospitalisations ;
- sortie pendant l'année (cas statistiques A) ;
- tous les cas imputés au centre de prise en charge M950 (réadaptation).

Les cas de réadaptation ont également été regroupés selon les diagnostics principaux de la CIM-10 (tableau 2).

Tableau 2 : diagnostics principaux de réadaptation selon CIM-10

Diagnosics	Intitulé
F00-F09	Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques
Z00-Z99	Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé
M00-M99	Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif
I00-I99	Maladies de l'appareil circulatoire
F00-F99	Troubles mentaux et du comportement
S00-S99	Lésions traumatiques
J00-J99	Maladies de l'appareil respiratoire
C00-D48	Tumeurs
G00-G99	Maladies du système nerveux
	Autre

10. Modèle de l'observatoire suisse de la santé

Le modèle utilisé a été développé par l'Observatoire suisse de la santé (OBSAN) dans son document de travail 32, « Modèle de projection du recours aux soins comme outil d'aide à la planification hospitalière » (Weaver et al., 2009) (référence 29), disponible sur internet à l'adresse mentionnée ci-dessous :

<http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/fr/index/01/02.html?publicationID=3501>

L'année 2008 constitue le point de départ de notre analyse, car il s'agit de l'année la plus récente pour laquelle nous disposons de statistiques exhaustives. A partir de ces données de base, le modèle permet de projeter l'évolution du nombre de cas et de journées d'hospitalisation par groupe de DRG (diagnosis related group) pour le canton de Genève en fonction de trois variables principales :

- le taux d'hospitalisation par âge et par DRG ;
- la durée de séjour hospitalier par DRG ;
- l'évolution de la population par âge.

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

Dans un premier temps, les taux d'hospitalisation et les durées moyennes de séjour par DRG réels sont calculés pour 2008 et servent de base pour la suite de l'analyse. Dans un second temps, les projections sont réalisées d'après des estimations démographiques portant sur l'horizon 2020, en se basant sur les taux d'hospitalisation et les durées moyennes de séjour de 2008.

De cette manière, il est possible d'estimer le nombre de cas et de journées d'hospitalisation

par APDRG pour les années futures (figure 1).

Figure 1 : modèle de projection

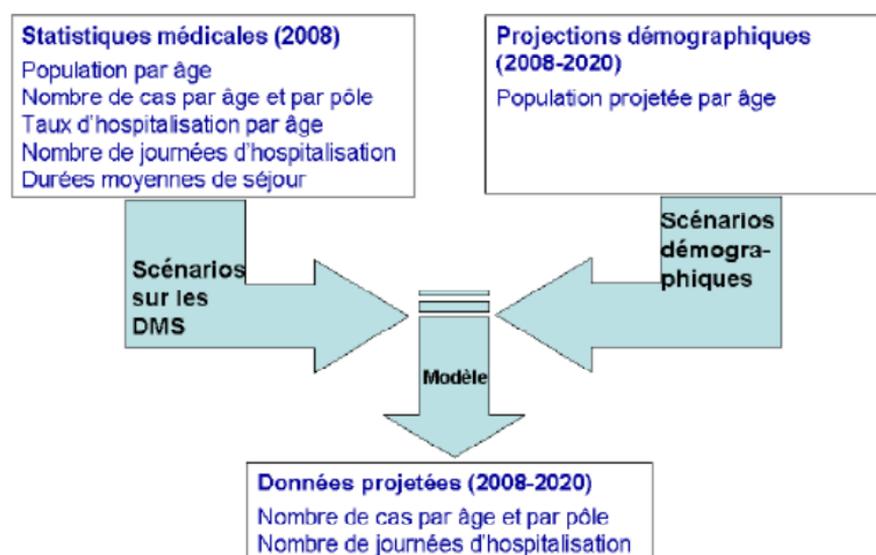


Figure 2 : pôles d'activité des soins aigus

Deux groupes :

A)
Soins aigusB)
Soins de psychiatrie
Soins de réhabilitation
Soins de gériatriePôles
d'activité

A	Système nerveux
B	Ophthalmologie
C	ORL, Stomatologie
D	Pneumologie
E	Cardiologie, Vasculaire
F	Digestif
G	Gynécologie
H	Orthopédie, Rhumatologie
I	Tissu cutané et tissu sous-cutané
J	Endocrinologie
K	Uro-néphrologie
M	Obstétrique
N	Nouveau-nés
O	Hématologie
P	Maladies infectieuses
Q	Toxicologie, Intoxications, Alcool
R	Psychiatrie
S	Traumatismes graves, Brûlures
T	Transplantations d'organes, Greffes de moelle
U	Autres prises en charge
V	Chimiothérapie, Radiothérapie, Transfusion
W	Gériatrie
X	Décès, Transferts immédiats
Y	Réadaptation
Z	Erreurs

Le modèle livre des informations transparentes et, par là, des bases d'analyse claires et précises sur lesquelles le canton de Genève peut fonder et piloter sa planification hospitalière. Cependant, comme le vieillissement de la population et les changements prévus dans le mode de financement et dans l'organisation des soins soulèvent des questions quant à l'évolution future du recours aux soins hospitaliers, les résultats des analyses statistiques ne sauraient être les seuls déterminants de la politique cantonale. Cette dernière doit également s'appuyer sur des analyses complémentaires menées, notamment, avec les partenaires concernés du réseau de soins.

11. Méthode de projections

11.1. Soins aigus

La méthode comprend deux étapes principales :

1^{er} étape: nombre de cas

Les taux d'hospitalisation régionaux par âge sont extrapolés pour les prochaines années sur la base du scénario démographique retenu.

2^{ème} étape: nombre de journées d'hospitalisation

Les journées et les durées d'hospitalisation sont analysées de manière plus poussée sur la base de différents scénarios. L'hypothèse d'un raccourcissement de la durée de séjour

au cours des prochaines années découle de la multiplication des incitations financières prévues par le nouveau système de financement qui vise à accroître l'économicité, la qualité et l'efficacité des hôpitaux.

Trois scénarios de durées moyennes de séjour ont été développés pour tenir compte de ces facteurs:

- le scénario « Référence » : part d'une situation inchangée ces prochaines années pour ce qui est de la durée moyenne de séjour (DMS) dans le canton. Les deux autres scénarios prennent en compte une « augmentation de l'efficacité » ;
- le scénario « Best » : prévoit que la durée de séjour par DRG dans le canton évolue en se rapprochant de la durée de séjour la plus courte dans les hôpitaux de Suisse ;
- le scénario « ¼ best » : prévoit que la durée de séjour par DRG dans le canton évolue en se rapprochant de la durée de séjour qui détermine le quart (25^{ème} percentile) des hôpitaux suisses ayant les durées d'hospitalisation les plus courtes..

La combinaison de ces trois scénarios avec celui de l'évolution démographique donne trois projections différentes du nombre annuel de journées d'hospitalisation en soins aigus, qui sont détaillées ci-dessous dans la partie « résultats ».

Le protocole de calcul ne fournit pas directement d'estimation du nombre de lits nécessaires pour faire face aux nombres des cas et des journées d'hospitalisation. Toutefois, cette estimation découle directement d'une pondération avec les taux moyens d'occupation des lits, soit par hôpital soit globalement.

11.2. Soins non aigus : psychiatrie, gériatrie et réadaptation

Dans les secteurs de la psychiatrie, de la gériatrie et de la réadaptation, le nombre de cas et le nombre de journées d'hospitalisation sont calculés essentiellement au moyen des scénarios de l'évolution démographique.

Les prévisions relatives aux durées de séjour en réadaptation ont été établies en recourant à des valeurs moyennes normalisées. En d'autres termes, on part de l'hypothèse qu'il existe une distribution normale de la durée de séjour dans ce domaine. Cette méthode est utilisable pour la réadaptation, mais elle n'est pas applicable en psychiatrie, où les maladies ne suivent pas une évolution « standardisée ».

11.3. Pertinence du modèle

En résumé, le modèle a été retenu car il permet de considérer trois aspects importants de l'évolution du secteur hospitalier du canton de Genève :

- il propose des scénarios de réduction des durées de séjour pour prendre en compte certains gains d'efficacité et le progrès technologique potentiel ;

- il prévoit que le vieillissement de la population et d'autres changements démographiques auront des conséquences sur le nombre de patients à prendre en charge dans les établissements du canton. Cet aspect est pris en compte au travers des scénarios de l'Office cantonal de la statistique (OCSTAT) utilisés pour les projections ;
- il permet enfin d'inclure également l'ensemble des flux de patients entre le canton de Genève et les autres cantons, notamment en intégrant des évolutions démographiques différenciées selon les cantons d'origine des patients.

Il faut préciser que les durées moyennes de séjour par DRG jugées aberrantes (trop courtes ou trop longues) ne sont pas prises en compte. Les situations particulières – aussi bien au niveau des patients traités que de l'organisation des soins dans les établissements du canton – sont donc écartées de l'analyse quand elles conduisent à des durées de séjour atypiques.

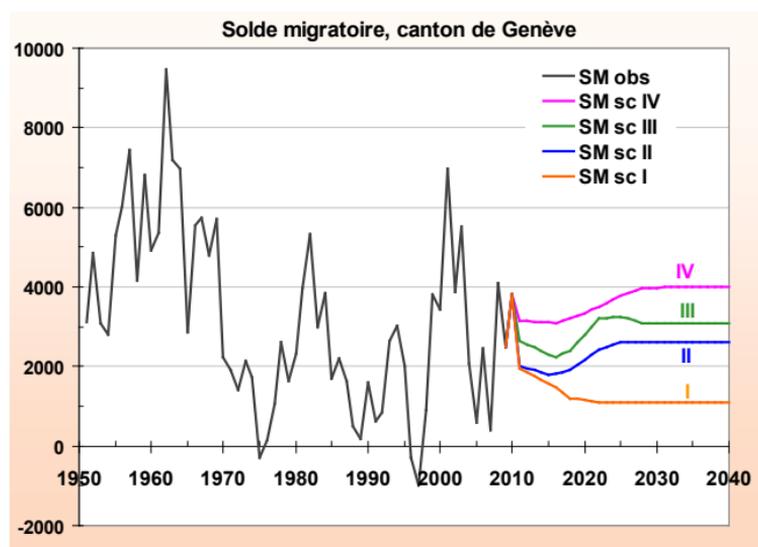
L'analyse prend ainsi en considération les durées de séjour comprises dans une fourchette jugée acceptable statistiquement. Cette manière de faire permet de réduire le risque de biais dans les résultats. Elle est utilisée par APDRG Suisse pour calculer les « cost-weights » (APDRG Suisse, 2004). Le cost-weight est un indice de pondération des coûts qui indique le poids moyen des frais de traitement des patients d'un groupe DRG par rapport à celui de l'ensemble des patients en traitement stationnaire aigu en Suisse.

11.4. Hypothèses

11.4.1. Scénarios de l'évolution démographique

Les prévisions sur le recours aux soins sont en grande partie déterminées par la structure démographique de la population. Plusieurs scénarios de l'évolution démographique ont été développés par le SCRIS sur la base des données fournies par l'OCSTAT.

Figure 3 : solde migratoire selon différents scénarios



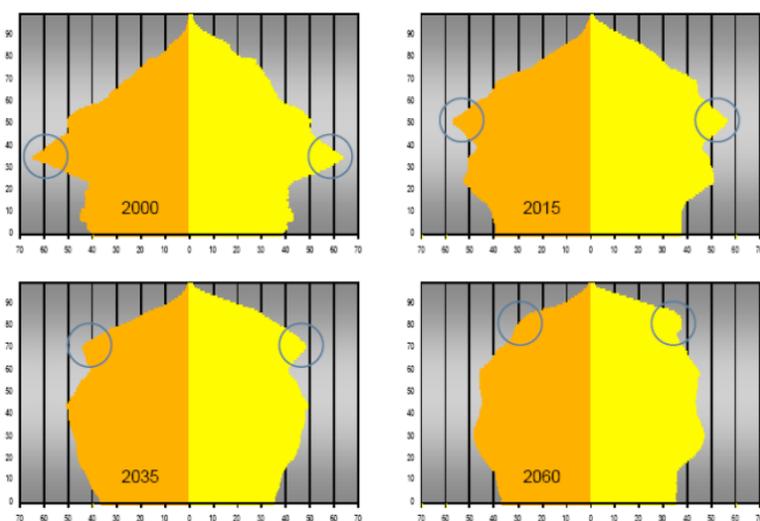
(Source OCSTAT-SCRIS)

- I. le scénario « Morosité économique » ;
- II. le scénario « Tendances récentes » ;
- III. le scénario « Engagement transfrontalier » ;
- IV. le scénario « Dynamisme urbain ».

Le scénario « engagement transfrontalier » a été choisi pour élaborer les projections (figure 3). Il se caractérise par un contexte économique favorable et un fort solde migratoire. Le descriptif détaillé des scénarios est tiré du rapport 2011 de l'OCSTAT (sous presse).

Comme le montre la figure 4, le vieillissement des fortes cohortes populationnelles nées entre 1945 et 1975 influencera énormément l'évolution quantitative des besoins en soins psychiatriques et de réadaptation dans la (les) prochaine(s) décennie(s), car ce type de prestations s'adresse majoritairement à une population de 40 ans et plus.

Figure 4 : pyramide des âges en Suisse



11.4.2. Évolution des durées moyennes de séjour

Nous avons inclus dans l'analyse la possibilité d'une réduction des durées moyennes de séjour en soins aigus selon trois degrés d'intensité. Ces hypothèses permettent d'apprécier l'influence potentielle de facteurs très divers, comme :

- les progrès médicaux, technologiques et l'évolution des prises en charge ;
- l'organisation interne des hôpitaux (coordination, efficacité, effort du personnel soignant) ;
- la complexité des soins (cas lourds/légers) ;
- l'organisation du réseau des soins (prises en charge ambulatoires après le séjour, cliniques de réadaptation et de convalescence) ;
- la mise en application des SwissDRG.

Un des corollaires de la compression des durées de séjour en soins aigus serait un report de travail plus ou moins important sur le reste du réseau de soins. Ce phénomène sera quantifié dans une analyse ultérieure.

11.4.3. Hypothèses propres au modèle de projections

Cette présentation ne serait pas complète sans un inventaire des hypothèses sous-jacentes à notre méthode d'estimation de l'évolution des soins somatiques aigus.

Les principales hypothèses implicites du modèle sont les suivantes :

- dans le canton, les taux d'hospitalisation par âge et DRG demeurent constants dans le temps ;
- les durées moyennes de séjour sont estimées par DRG, sans distinction de l'âge des patients ;
- les proportions de cas «inliers» (= données statistiquement relevantes) et «outliers» (= données aberrantes, non prises en compte) demeurent constantes dans le temps ;
- les durées de séjour ne baissent que pour les cas «inliers» ;
- la qualité des soins est supposée constante et indépendante de la durée d'hospitalisation ;
- le progrès technologique est en partie intégré dans l'analyse au travers de la réduction des durées de séjour ;
- les modifications médico-techniques qui auront des impacts sur la prévalence de certains diagnostics ne sont pas prises en compte à ce stade, car les taux d'hospitalisation sont maintenus constants ;
- les préférences de la population résidente demeurent inchangées, ce qui signifie que la structure de la demande reste la même ;
- il n'y a pas de besoins en soins non satisfaits ni de surconsommation. C'est-à-dire que le recours observé à l'année de référence correspond à la demande de la population du canton. Cela implique que le problème des éventuelles listes d'attente n'est pas pris en compte, à ce stade, dans le modèle. Cela étant, la commission de planification qui s'est penchée sur la question des files d'attente n'a soulevé aucune problématique majeure.

Ces hypothèses sont nécessaires, d'une part pour avoir des tailles de sous-populations suffisamment grandes pour que l'analyse statistique soit valide et d'autre part, pour limiter la multiplication des scénarios et donc des résultats à disposition.

12. Résultats

Les résultats ne sont pas présentés par DRG, car cette classification des patients comprend plus de 600 catégories, ce qui ne permet pas une prise de connaissance aisée de l'évolution des besoins. Pour faciliter le travail de planification et permettre une vision synthétique de l'activité hospitalière, les résultats sont regroupés en 22 pôles d'activité (PA). Toutefois, tous les résultats détaillés par DRG ont aussi été calculés.

Toutes les projections présentées dans le présent chapitre se rapportent uniquement aux hospitalisations de patients domiciliés à Genève (dénommés «genevois» dans les figures). L'activité totale des établissements hospitaliers du canton comprend, en plus, les patients provenant du reste de la Suisse et de l'étranger, mais ces données ne sont pas utilisées, car elles sortent du cadre de la planification hospitalière cantonale, tel que le définit la LAMal.

Les résultats sont subdivisés en quatre domaines : soins somatiques aigus, psychiatrie, réadaptation, gériatrie. Les hospitalisations hors-canton sont analysées dans un chapitre à part. Dans chaque domaine, les données présentées indiquent la situation de départ de l'année de référence (2008), ainsi que les projections jusqu'en 2015.

Les prévisions du nombre de cas reposent sur les trois scénarios démographiques, tandis que celles concernant les journées d'hospitalisation prennent également en compte des scénarios sur le raccourcissement de la durée de séjour.

Les résultats présentés regroupent l'activité d'hospitalisation des principaux établissements hospitaliers du canton.

Tableau 3 : activité des principaux établissements du canton

		Soins aigus	Psychiatrie	Gériatrie	Réadaptation
HUG	établissement public médical	X	X	X	X
Clinique de Joli-Mont	établissement public médical	X			X
Clinique genevoise de Montana	établissement public médical		X		X
Clinique Belmont	clinique privée		X		
Clinique de Carouge	clinique privée	X			
Clinique de la Plaine	clinique privée	X			
Clinique des Grangettes	clinique privée	X			
Clinique Générale Beaulieu	clinique privée	X			
Clinique la Colline	clinique privée	X			
Hôpital de la Tour	clinique privée	X			
Nouvelle Clinique Vert-Pré	clinique privée	X			

A ces établissements, qui figurent sur l'actuelle liste hospitalière (voir annexes), s'ajoutent la Clinique ophtalmologique de Vermont, le Groupe médical d'Onex et MV Santé Clinique Champel qui fournissent des prestations principalement ambulatoires.

12.1. Soins aigus

Sur l'ensemble de l'année 2008, les hôpitaux genevois ont enregistré 52'859 cas d'hospitalisation, représentant 356'208 journées, soit une DMS de 6.74 jours.

Tableau 4 : total annuel des cas de soins aigus, 2008-2020

		Scénario démographique N°3			
		Année	Cas projetés	Hausse depuis 2008	Hausse depuis 2012
CAS PROJÉTÉS	2008		52'859	année de base	
	2009		53'578	1.36%	
	2010		54'525	3.15%	
	2011		55'297	4.61%	
	2012		56'055	6.05%	année de base
	2013		56'812	7.48%	1.35%
	2014		57'543	8.86%	2.65%
	2015		58'289	10.27%	3.99%
	2016		59'029	11.67%	5.31%
	2017		59'774	13.08%	6.64%
	2018		60'549	14.55%	8.02%
	2019		61'332	16.03%	9.41%
2020		62'148	17.57%	10.87%	

Tableau 5 : total annuel des cas de soins aigus, 2008-2020, par pôle d'activité

Pôles d'activité	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
A	2'198	2'227	2'262	2'296	2'328	2'364	2'400	2'435	2'470	2'501	2'538	2'572	2'609
B	1'494	1'520	1'549	1'578	1'606	1'636	1'667	1'693	1'723	1'752	1'784	1'816	1'848
C	2'068	2'090	2'114	2'133	2'152	2'169	2'189	2'208	2'226	2'246	2'265	2'284	2'307
D	2'551	2'589	2'634	2'685	2'726	2'769	2'811	2'855	2'899	2'939	2'986	3'028	3'077
E	3'856	3'926	4'003	4'079	4'155	4'233	4'306	4'381	4'451	4'523	4'598	4'675	4'752
F	6'255	6'337	6'436	6'522	6'615	6'700	6'792	6'880	6'963	7'046	7'127	7'213	7'298
G	2'726	2'756	2'790	2'817	2'843	2'866	2'887	2'907	2'924	2'945	2'965	2'989	3'014
H	9'216	9'333	9'483	9'610	9'737	9'869	9'994	10'126	10'258	10'401	10'536	10'674	10'807
I	1'427	1'446	1'471	1'490	1'510	1'530	1'546	1'565	1'583	1'602	1'621	1'639	1'657
J	635	644	653	661	670	676	683	688	695	701	710	718	725
K	3'033	3'077	3'125	3'173	3'220	3'270	3'313	3'359	3'407	3'450	3'500	3'544	3'594
M	5'713	5'736	5'791	5'818	5'849	5'881	5'911	5'948	5'978	6'016	6'059	6'107	6'168
N	1'024	1'063	1'160	1'172	1'181	1'187	1'192	1'197	1'202	1'207	1'213	1'219	1'228
O	713	723	734	745	755	766	776	786	797	807	818	829	839
P	608	617	626	635	643	653	660	669	677	689	698	706	716
Q	656	662	671	679	685	694	703	711	718	724	731	739	747
S	300	304	307	312	317	320	325	329	334	337	341	346	349
T	45	46	46	47	47	48	48	49	49	49	50	50	50
U	2'789	2'837	2'896	2'953	3'009	3'063	3'116	3'167	3'226	3'280	3'336	3'394	3'452
V	912	922	935	946	952	963	971	982	994	1'004	1'017	1'026	1'039
X	3'904	3'977	4'072	4'166	4'265	4'357	4'443	4'532	4'621	4'712	4'806	4'898	4'995
Z	736	749	765	779	788	800	809	821	833	843	853	865	875
Total soins aigus	52'859	53'578	54'525	55'297	56'055	56'812	57'543	58'289	59'029	59'774	60'549	61'332	62'148
Hausse annuelle en %		101.36%	101.77%	101.42%	101.37%	101.35%	101.29%	101.30%	101.27%	101.26%	101.30%	101.29%	101.33%
Hausse cumulée base 2012					100%	101.35%	102.66%	103.99%	105.31%	106.64%	108.02%	109.41%	110.87%

Les pôles d'activité sont décrits sous figure 2.

Le tableau 5 constitue la base fondamentale de la planification des besoins 2012-2015, au sens de la LAMal, car l'une des nouveautés du droit fédéral veut que les cantons ne planifient plus les journées d'hospitalisation en soins aigus, mais uniquement les

cas d'hospitalisation. Ce changement s'inscrit dans la logique du nouveau système de financement forfaitaire.

D'une année à l'autre, la répartition des cas dans les 22 pôles d'activité est susceptible de varier significativement. 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. Bien qu'aucune observation statistique des données à long terme n'ait encore pu être effectuée dans ce domaine, il faut prévoir, par précaution, une variabilité du nombre annuel de cas par pôle d'environ 5 à 10 % en moyenne.

Figure 5 : évolution du total des cas de soins aigus, 2012-2020
(patients genevois hospitalisés à Genève)

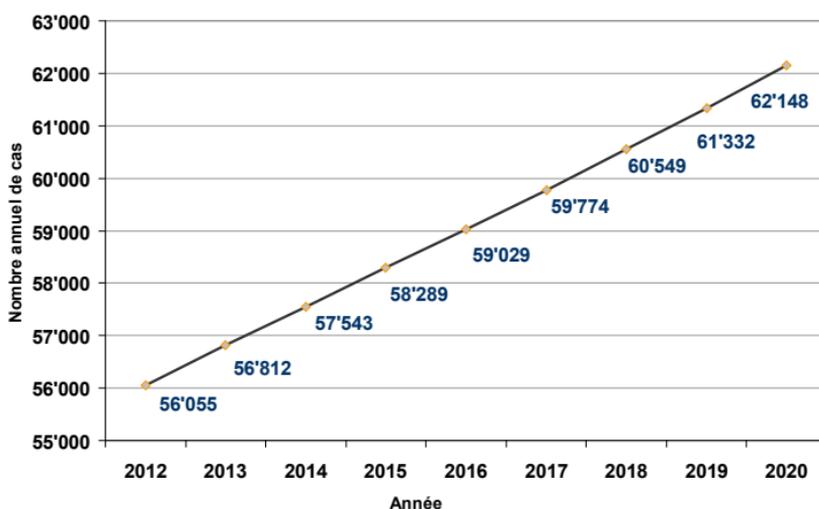


Figure 6 : évolution cumulée en pourcent, 2012-2020

(total des cas de soins aigus, patients genevois hospitalisés à Genève)

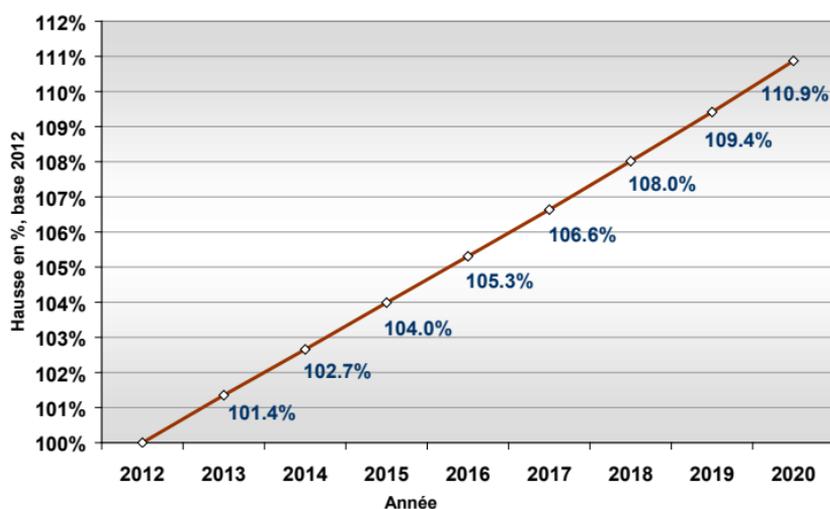
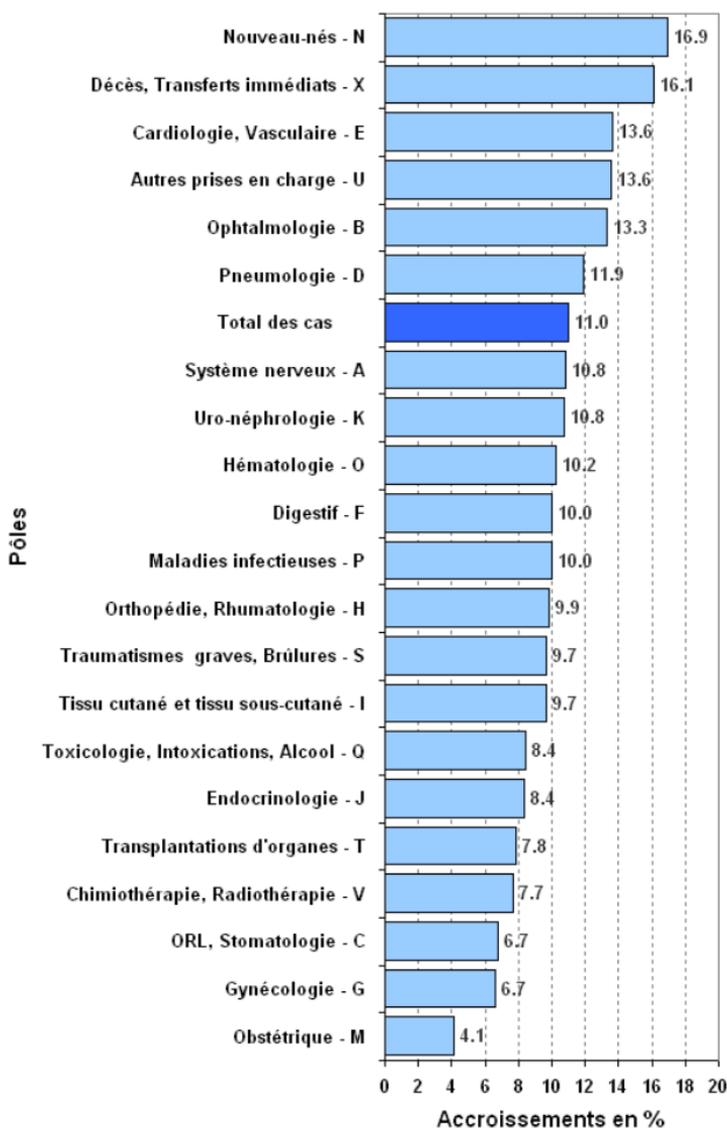


Figure 7 : augmentation en pourcent 2008-2015
(par pôle d'activité, cas d'hospitalisation de soins aigus)



La tendance généralement haussière est confirmée par la figure 7, puisque sur l'ensemble de la période considérée, le total des cas d'hospitalisation devrait augmenter de 11 %. De plus, les prévisions montrent que tous les domaines de prestations sont concernés, bien qu'il existe des différences significatives entre les divers pôles.

Comme les taux d'incidence des différentes pathologies varient avec l'âge, les projections par pôle d'activité tiennent compte de l'évolution de l'âge moyen des patients. Par contre, le modèle utilisé ne tient pas compte de l'évolution d'autres facteurs épidémiologiques ou de celle des techniques médicales. C'est pourquoi, au moment de la mise en œuvre concrète de la planification hospitalière et de l'adoption de la liste hospitalière par le Conseil d'Etat, ces facteurs ne peuvent pas être exhaustivement intégrés au présent rapport ; ils seront ajoutés à l'analyse lorsque les dernières informations seront connues. A ce titre, le préavis de la commission consultative en matière de planification hospitalière sera primordial, ainsi que celui des établissements hospitaliers concernés qui seront systématiquement consultés.

De plus, compte tenu du nouveau mode de financement dual des prestations, entre l'Etat, qui conclura des mandats de prestations avec les hôpitaux, et les assureurs-maladie, un suivi annuel précis de l'activité des différents établissements hospitaliers sera effectué et des correctifs réguliers pourront être apportés aux volumes des mandats. Dès lors, il est possible d'affirmer que le contrôle exercé par le canton sur l'activité des hôpitaux et cliniques devra se renforcer, de même que ses prérogatives en matière de planification hospitalière, cette dernière devant dorénavant être considérée comme un processus continu.

Si les nouvelles dispositions législatives fédérales en matière de financement et de planification renforcent le rôle des cantons, elles contribuent aussi, paradoxalement, à augmenter les incertitudes en matière de coordination et d'anticipation. En effet, la concurrence plus ouverte entre hôpitaux et le libre-choix des patients tendent à soumettre tout ce secteur aux «lois du marché», par définition contradictoires avec la notion même de planification centralisée. De plus, l'interprétation des nouvelles dispositions de la LAMal qui entreront en vigueur au 1^{er} janvier 2012 (et que le canton de Genève s'apprête à intégrer dans sa propre législation) n'est ni parfaitement explicite, ni univoque. Force est donc de constater que la réforme du financement hospitalier est encore un chantier en construction et que l'année 2012 constituera une phase de réglages.

Évolution attendue des durées moyennes de séjours (DMS), 2012-2015

Deux paramètres influencent l'évolution du nombre total annuel des journées d'hospitalisation: le nombre de cas et les durées moyennes de séjours. Le nombre des cas est principalement influencé par des facteurs démographiques (nombre d'habitants et pyramide des âges). La marge d'erreur dépend du scénario retenu, mais elle est relativement faible.

Par ailleurs, les progrès médicaux et techniques peuvent aussi avoir une influence positive, car ils sont susceptibles de reporter une partie des hospitalisations dans le domaine de la médecine ambulatoire. Ce «virage ambulatoire», dépend de facteurs qui

ne sont pas modélisables, comme l'invention d'une nouvelle technique chirurgicale ou d'un médicament révolutionnaire, par exemple.

Rappelons qu'en matière de soins aigus, la LAMal prévoit une planification des cas, et non pas des journées. Le nouveau financement forfaitaire des prestations selon le système SwissDRG suit également cette logique. De fait, les hôpitaux seront soumis à de fortes incitations financières visant à diminuer les durées moyennes des séjours, puisque les montants des forfaits facturables seront eux-mêmes étalonnés sur la base de durées de séjour aussi courtes que possible.

A Genève, les HUG travaillent déjà depuis plusieurs années avec un système de facturation forfaitaire dénommé « APDRG ». Il est à noter que les HUG figurent déjà parmi les hôpitaux les plus efficaces de Suisse dans plusieurs domaines, selon les statistiques utilisées par notre modèle de prévision et par les responsables du système SwissDRG.

Plusieurs raisons nous incitent à rester prudents sur les pronostics de baisse des DMS aux HUG. Premièrement, plus un hôpital est important et plus le nombre de cas qu'il traite annuellement est élevé. Il a donc moins de chances de se distinguer de la moyenne. Deuxièmement, le vieillissement de la population est une tendance de fond qui tend plutôt à faire augmenter les DMS. Troisièmement, en tant qu'hôpital public, les HUG ont le devoir de s'occuper de tous les patients, y compris des catégories les plus précarisées, dont le suivi médical est souvent déficient.

C'est essentiellement à titre d'information que les différents pronostics sur l'évolution des journées d'hospitalisation ont été intégrés au présent rapport (tableau 6). Ils peuvent avoir une influence sur les coûts des hôpitaux. Ils n'en auront en revanche plus sur les revenus dans le cadre d'un financement par cas.

Tableau 6 : journées d'hospitalisation selon la durée moyenne de séjour (DMS)

(taux annuels en soins aigus)

Scénario démographique N°3			
Année	Journées projetées	Hausse depuis 2008	Hausse depuis 2012
Journées projetées (DMS 'canton')			
2008	356'208	année de base	
2009	361'624	1.52%	
2010	368'927	3.57%	
2011	374'729	5.20%	
2012	380'343	6.78%	année de base
2013	386'022	8.37%	1.49%
2014	391'603	9.94%	2.96%
2015	397'321	11.54%	4.46%
2016	402'915	13.11%	5.93%
2017	408'664	14.73%	7.45%
2018	414'583	16.39%	9.00%
2019	420'539	18.06%	10.57%
2020	426'568	19.75%	12.15%
Journées projetées (DMS 'quart_best')			
2008	356'208	année de base	
2009	357'094	0.25%	
2010	359'659	0.97%	
2011	360'558	1.22%	
2012	361'118	1.38%	année de base
2013	361'547	1.50%	0.12%
2014	361'717	1.55%	0.17%
2015	361'790	1.57%	0.19%
2016	366'770	2.97%	1.57%
2017	371'904	4.41%	2.99%
2018	377'189	5.89%	4.45%
2019	382'527	7.39%	5.93%
2020	387'875	8.89%	7.41%
Journées projetées (DMS 'best')			
2008	356'208	année de base	
2009	351'670	-1.27%	
2010	348'619	-2.13%	
2011	343'755	-3.50%	
2012	338'400	-5.00%	année de base
2013	332'742	-6.59%	-1.67%
2014	326'689	-8.29%	-3.46%
2015	320'361	-10.06%	-5.33%
2016	324'797	-8.82%	-4.02%
2017	329'372	-7.53%	-2.67%
2018	334'083	-6.21%	-1.28%
2019	338'839	-4.88%	0.13%
2020	343'594	-3.54%	1.53%

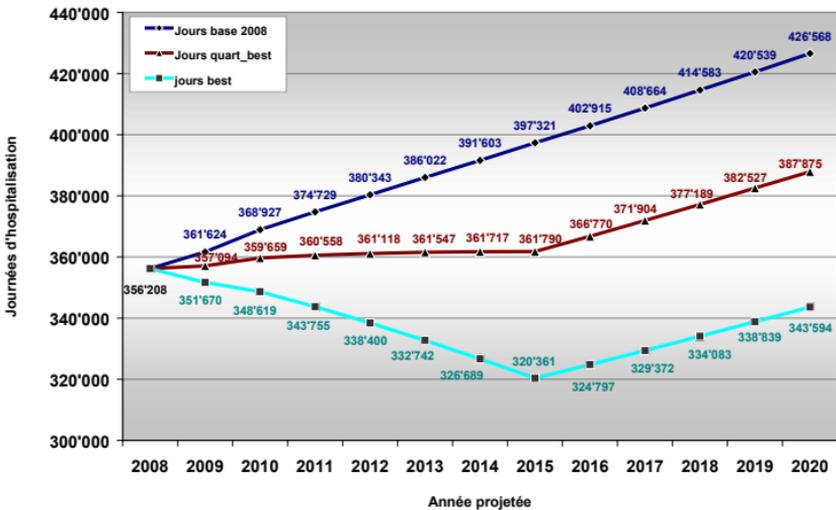
JOURNÉES CALCULÉES EN FONCTION DES PRONOSTICS SUR LES DURÉES MOYENNES DE SÉJOUR

Journées projetées, DMS canton
 Ces projections sont réalisées 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.

Journées projetées, DMS quart_best
 Ces projections sont réalisées sur la base de 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.

Journées projetées, DMS best
 Ces projections sont réalisées sur la base de 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.

Figure 8 : nombre de journées 2008-2020, selon trois scénarios de durée moyenne de séjour
(soins aigus, valeurs annuelles)



Les prévisions 2008-2020 (figure 8) indiquent une augmentation du nombre de journées d'hospitalisation pour tous les scénarios considérés. Cette augmentation, pour la période 2008-2020, pourrait approcher les 20 % pour le scénario de référence, à savoir le scénario « canton ». Elle se limiterait à un peu plus de 8 % environ pour le scénario « ¼ best ». On remarque que la tendance repart nettement à la hausse à partir de 2015 pour tous les scénarios. Dès lors, nous ne préconisons pas d'envisager une réduction structurelle du nombre de lits.

12.2. Psychiatrie

Sur l'ensemble de l'année 2008, les hôpitaux genevois ont enregistré 5'481 cas d'hospitalisation psychiatrique, représentant 113'872 journées, soit une DMS légèrement inférieure à 21 jours.

Pour rappel, les projections relatives à l'évolution annuelle du nombre des cas d'hospitalisation psychiatrique de patients genevois dans les établissements du canton se basent sur le scénario démographique « Engagement transfrontalier », présenté au point 11.4.1.

Tableau 7 : cas d'hospitalisations psychiatriques, 2008-2020

Scénario démographique N°3				
	Année	Cas projetés	Hausse depuis 2008	Hausse depuis 2012
CAS PROJÉTÉS	2008	5'481	année de base	
	2009	5'542	1.1%	
	2010	5'614	2.4%	
	2011	5'669	3.4%	
	2012	5'724	4.4%	année de base
	2013	5'774	5.3%	0.9%
	2014	5'822	6.2%	1.7%
	2015	5'874	7.2%	2.6%
	2016	5'918	8.0%	3.4%
	2017	5'972	9.0%	4.3%
	2018	6'022	9.9%	5.2%
	2019	6'073	10.8%	6.1%
2020	6'128	11.8%	7.1%	

Figure 9 : psychiatrie - nombre de cas, 2012-2020
(patients genevois hospitalisés à Genève)

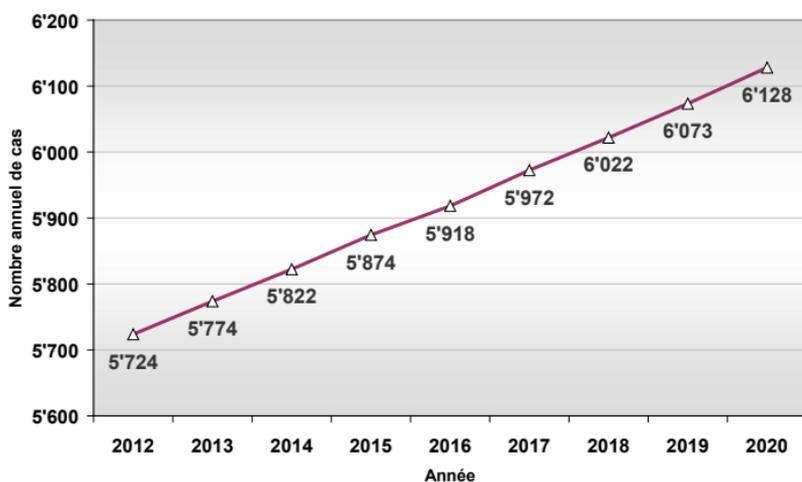


Tableau 8 : journées d'hospitalisation psychiatrique, 2008-2020

Scénario démographique N°3			
Année	Journées projetés	Hausse depuis 2008	Hausse depuis 2012
2008	113'872	année de base	
2009	115'304	1.3%	
2010	117'215	2.9%	
2011	118'719	4.3%	
2012	120'439	5.8%	année de base
2013	122'127	7.2%	1.4%
2014	123'655	8.6%	2.7%
2015	125'332	10.1%	4.1%
2016	126'650	11.2%	5.2%
2017	128'366	12.7%	6.6%
2018	129'715	13.9%	7.7%
2019	131'308	15.3%	9.0%
2020	132'628	16.5%	10.1%

Journées projetées, DMS canton
Ces projections sont réalisées sur la base des durées moyennes de séjour réelles observées en 2008.

Figure 10 : psychiatrie - journées d'hospitalisation, 2008-2020
(patients genevois hospitalisés à Genève)

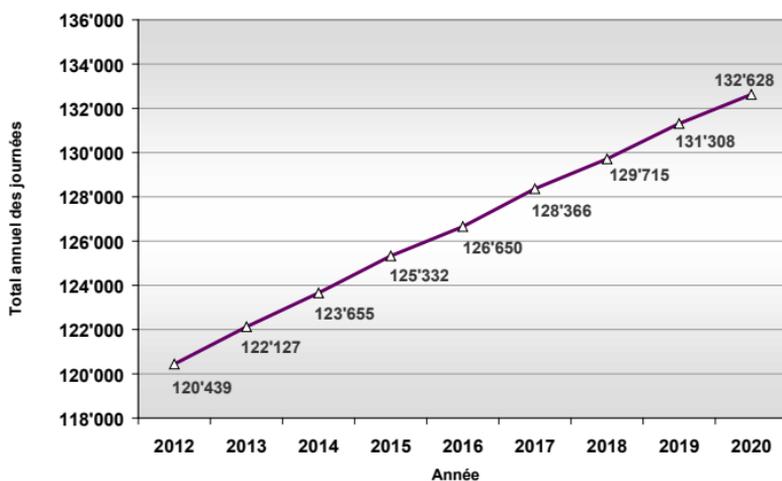
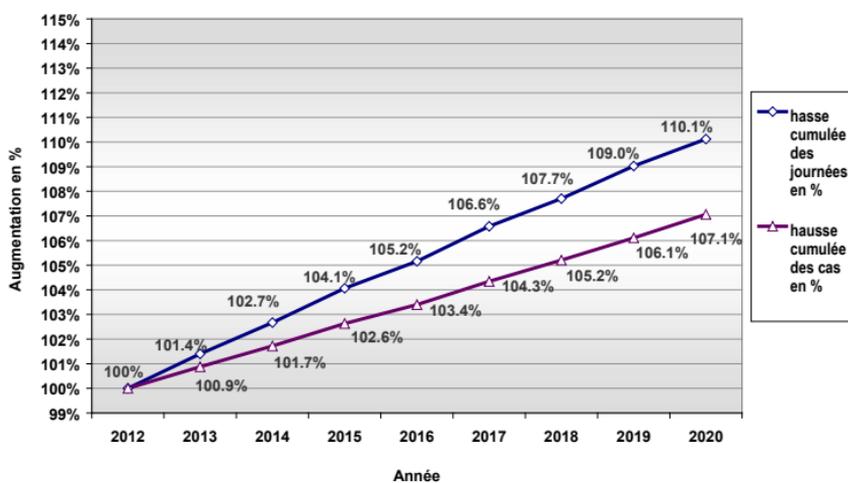


Figure 11 : psychiatrie - évolution cumulée des cas en pourcent 2012-2020
(base 2012, patients genevois hospitalisés à Genève)



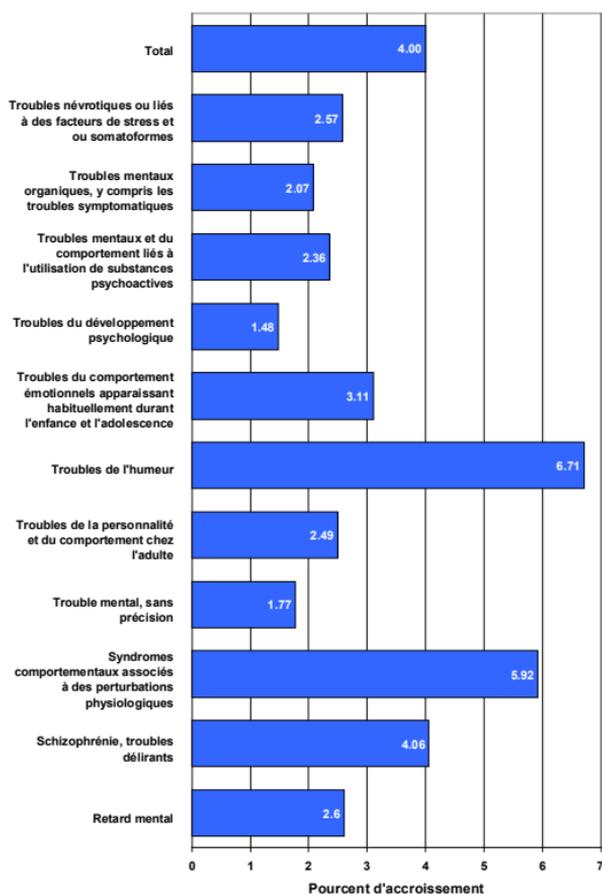
En psychiatrie, alors que la DMS avait fortement diminué de 2004 à 2008, une tendance légèrement inverse se profile pour la période 2012-2015 (+1.5 %). La figure 11 illustre ce phénomène. Le nombre annuel de journées évolue plus rapidement que le nombre annuel de cas entre 2012 et 2020. En termes de nombre de cas, les « Troubles de l'humeur/affectifs » arrivent en tête, suivis des « Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives » et de la « Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants ». Le nombre de journées d'hospitalisation psychiatrique par habitant dans le canton de Genève (275 journées pour 1000 habitants) est plus bas que la moyenne suisse (366 journées pour 1000 habitants).

Les prévisions relatives aux soins psychiatriques (figure 12) indiquent une hausse d'environ 2.6 % du nombre de cas sur la période 2012 à 2015. Les groupes de diagnostics principaux mentionnés ci-dessus devraient continuer à jouer un rôle important (Troubles de l'humeur ou affectifs : +3.1 %, Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives : +1.8 % et Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants : +2.6 %). Néanmoins, en raison notamment du vieillissement de la population, on constate une forte augmentation (+5.9 %) des « Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques » (ce groupe diagnostic comprend entre autres les différents types de démence).

Dans le domaine psychiatrique, il est particulièrement difficile d'établir des prévisions fiables sur l'évolution de la DMS, car la durée d'hospitalisation de deux patients souffrant de la même maladie peut varier considérablement d'un cas à l'autre.

Figure 12 : augmentations du nombre de cas psychiatriques, de 2012 à 2015

(en pourcent, par groupe de diagnostics, scénario « Tendence récente »)



12.3. Gériatrie

Sur l'ensemble de l'année 2008, les HUG ont enregistré 2'642 cas d'hospitalisation gériatrique, représentant 141'811 journées, soit une DMS de 53.7 jours. Pour rappel, les projections relatives à l'évolution annuelle du nombre des cas d'hospitalisation gériatrique de patients genevois aux HUG se basent sur le scénario démographique N°3, présenté au point 11.4.1.

Tableau 9 : total des cas d'hospitalisation gériatrique, 2008-2020

Scénario démographique N°3				
	Année	Cas projetés	Hausse depuis 2008	Hausse depuis 2012
CAS PROJÉTÉS	2008	2'642	année de base	
	2009	2'712	2.6%	
	2010	2'804	6.1%	
	2011	2'897	9.7%	
	2012	2'988	13.1%	année de base
	2013	3'090	17.0%	3.4%
	2014	3'184	20.5%	6.6%
	2015	3'270	23.8%	9.4%
	2016	3'361	27.2%	12.5%
	2017	3'454	30.7%	15.6%
	2018	3'552	34.5%	18.9%
	2019	3'651	38.2%	22.2%
	2020	3'748	41.9%	25.4%

Figure 13 : gériatrie - évolution des cas, 2012-2020

(patients genevois hospitalisés à Genève)

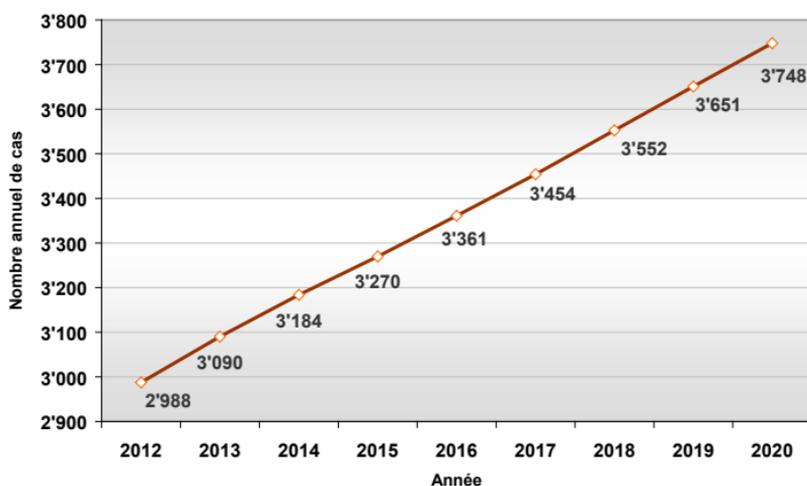


Tableau 10 : total des journées d'hospitalisation gériatrique, 2008-2020

Scénario démographique N°3				
	Année	Journées projetées	Hausse depuis 2008	Hausse depuis 2012
JOURNÉES PROJÉTÉES	2008	141'811	année de base	
	2009	145'087	2.3%	
	2010	149'589	5.5%	
	2011	154'177	8.7%	
	2012	158'930	12.1%	année de base
	2013	164'008	15.7%	3.2%
	2014	168'603	18.9%	6.1%
	2015	173'287	22.2%	9.0%
	2016	177'705	25.3%	11.8%
	2017	182'499	28.7%	14.8%
	2018	187'577	32.3%	18.0%
	2019	192'330	35.6%	21.0%
2020	197'139	39.0%	24.0%	

Journées projetées, DMS canton
Ces projections sont réalisées sur la base des durées moyennes de séjour réelles observées en 2008.

Figure 14 : gériatrie - évolution des journées d'hospitalisation, 2008-2020

(patients genevois hospitalisés à Genève)

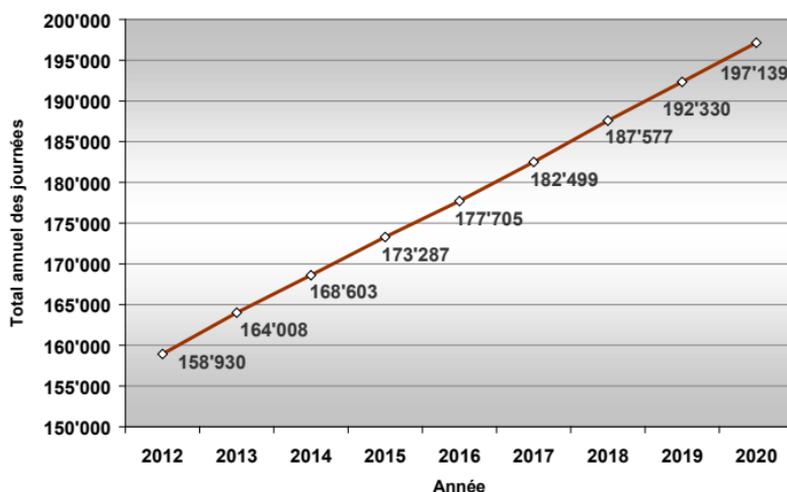
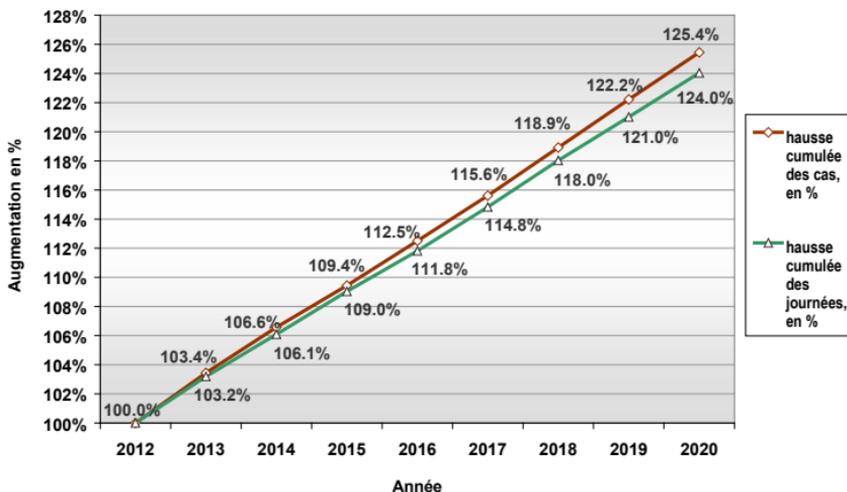


Figure 15 : gériatrie - évolution cumulée des cas en pourcent 2012 - 2020

(base 2012, patients genevois hospitalisés à Genève)



La figure 15 illustre l'évolution projetée des cas (+9.4%) et des journées d'hospitalisation (+9%) jusqu'en 2015, en prenant 2012 comme année de départ. Selon le modèle statistique, la DMS ne devrait pas évoluer très sensiblement ; elle s'établirait à 53 jours à l'horizon 2015, contre 53.7 en 2008. Cependant, il existe dans ce domaine un potentiel de diminution lié à l'amélioration en cours du réseau de soins. Ce point constitue l'une des priorités de la planification 2012-2015.

12.4. Réadaptation

Sur l'ensemble de l'année 2008, les hôpitaux genevois ont enregistré 7'228 cas d'hospitalisation en réadaptation, représentant 148'899 journées, soit une DMS légèrement inférieure à 21 jours. Pour rappel, les projections relatives à l'évolution annuelle du nombre des cas d'hospitalisation en réadaptation de patients genevois dans les établissements du canton se basent sur le scénario démographique N°3.

Tableau 11 : total des cas de réadaptation, 2008-2020

Scénario démographique N°3				
	Année	Cas projetés	Hausse depuis 2008	Hausse depuis 2012
CAS PROJETÉS	2008	6'662	année de base	
	2009	6'785	1.8%	
	2010	6'941	4.2%	
	2011	7'079	6.3%	
	2012	7'228	8.5%	année de base
	2013	7'376	10.7%	2.1%
	2014	7'525	13.0%	4.1%
	2015	7'672	15.2%	6.1%
	2016	7'822	17.4%	8.2%
	2017	7'972	19.7%	10.3%
	2018	8'120	21.9%	12.3%
	2019	8'271	24.2%	14.4%
	2020	8'429	26.5%	16.6%

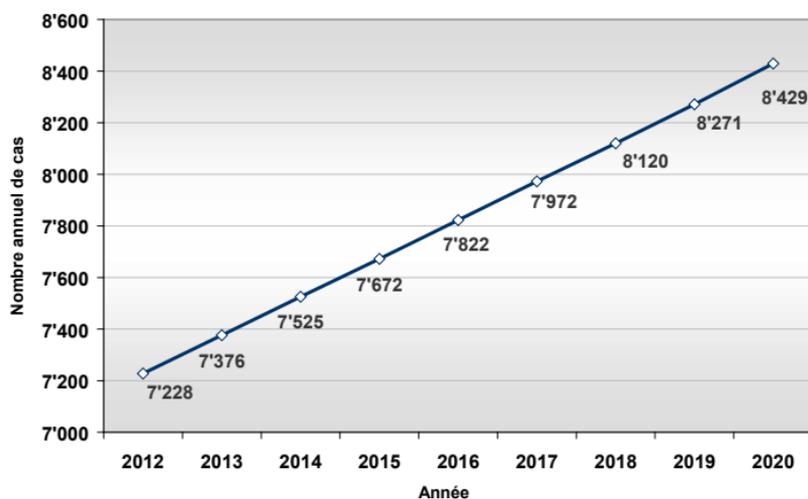
Figure 16 : réadaptation - évolution des cas, 2012-2020
(patients genevois hospitalisés à Genève)

Tableau 12 : total des journées d'hospitalisation en réadaptation, 2008-2020

Scénario démographique N°3				Journées projetées, DMS canton Ces projections sont réalisées sur la base des durées moyennes de séjour réelles observées en 2008.
Année	Journées projetées	Hausse depuis 2008	Hausse depuis 2012	
2008	148'899	année de base		
2009	151'787	1.9%		
2010	155'318	4.3%		
2011	158'628	6.5%		
2012	162'257	9.0%	année de base	
2013	165'874	11.4%	2.2%	
2014	169'566	13.9%	4.5%	
2015	173'040	16.2%	6.6%	
2016	176'747	18.7%	8.9%	
2017	180'444	21.2%	11.2%	
2018	184'158	23.7%	13.5%	
2019	187'917	26.2%	15.8%	
2020	191'763	28.8%	18.2%	

Figure 17 : réadaptation - évolution des journées d'hospitalisation, 2008-2020
(patients genevois hospitalisés à Genève)

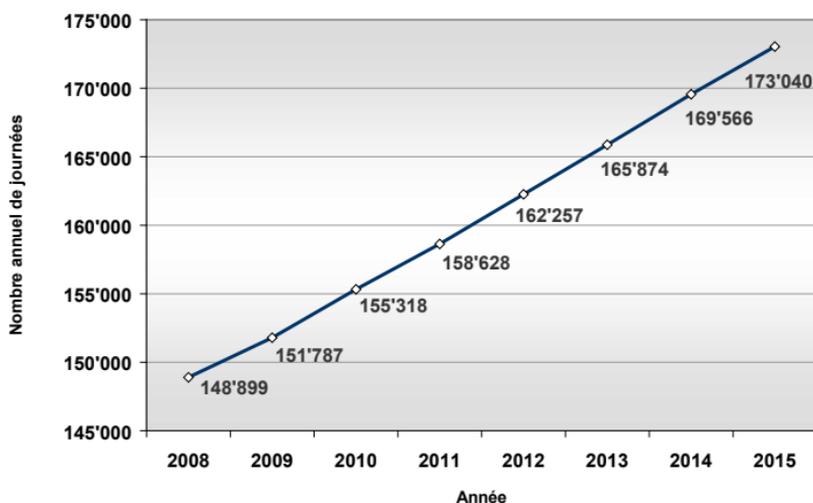
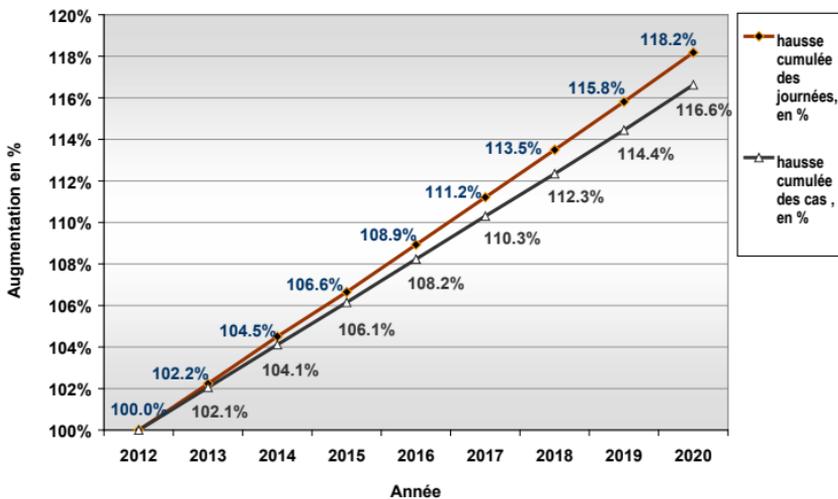


Figure 18 : réadaptation - évolution cumulée des cas en pourcent, 2012-2020

(base 2012, patients genevois hospitalisés à Genève)



La demande de soins de réadaptation a augmenté depuis 2004. Cette tendance, appelée à se renforcer, s'explique en partie par le vieillissement de la population. Néanmoins, la durée de séjour a eu tendance à diminuer entre 2003 et 2008. Le nombre de cas d'hospitalisation dans les différentes cliniques de réadaptation du canton de Genève s'élève à 12 cas pour 1'000 habitants, ce qui correspond à 303 jours d'hospitalisation pour 1'000 habitants. Les valeurs genevoises sont plus élevées que les moyennes suisses, aussi bien pour le recours aux soins de réadaptation que pour la durée de séjour en réadaptation.

12.5. Hospitalisations hors-canton

En 2008, 96 % de la population genevoise a été soignée dans le canton. La liberté de choix du patient qu'introduira la LAMal, en 2012, ne devrait pas bouleverser les flux de patients domiciliés à Genève hospitalisés dans un autre canton (patients « sortants »).

Concernant les patients des autres cantons ou internationaux hospitalisés dans le canton de Genève (patients « entrants »), nous pouvons nous attendre à une augmentation du flux, car l'offre de soins est abondante et de qualité dans notre canton.

Il faut noter que la proportion de patients « sortants » reste marginale dans le domaine des soins aigus, non négligeable pour ce qui concerne les soins psychiatriques et qu'elle est importante pour les soins de réadaptation.

Tableau 13 : patients « sortants »

(en nombre et en pourcent par type de soins 2008)

Types de soins	Aigus	Psy	Réa	Total
Cas totaux	56'700	5'794	7'917	70'411
Patients « sortants »	1'735	313	719	2'767
Patients « sortants » en pourcent du total	3.2	5.7	9.1	3.9

Le raisonnement inverse s'applique pour les patients « entrants » hospitalisés dans des structures genevoises. Ces personnes s'adressent principalement à des établissements de soins aigus.

Tableau 14 : patients « entrants »

(en nombre et en pourcent par type de soins 2008)

Types de soins	Aigus	Psy	Réa	Total
Cas totaux	67'755	6'091	8'150	81'996
Patients « entrants »	11'055	297	233	11'585
Patients « sortants » en pourcent du total	16.3	4.9	2.9	14.1

Ce recours aux soins est le reflet de la structure hospitalière genevoise qui se caractérise par une offre abondante d'établissements de soins aigus et une offre moins importante d'établissements de soins de réadaptation.

A défaut d'avoir une analyse détaillée sur les déterminants du choix du patient, nous nous limiterons à une analyse de la situation actuelle et à prévoir des évolutions, toutes choses restant égales par ailleurs.

12.5.1. Flux de patients « sortants »

Le tableau ci-dessous indique l'évolution 2008-2015 des cas et des journées qui concernent les patients « sortants ».

Tableau 15 : évolution 2008-2015 des patients « sortants »
(Genevois hospitalisés hors du canton)

Année	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Cas	2'767	2'807	2'851	2'890	2'927	2'967	3'003	3'040
Journées	35'228	35'831	36'412	36'930	37'456	37'909	38'366	38'868

Les cantons de Vaud (1'874 cas, dont 1'068 cas de soins aigus) et du Valais (372 cas, dont 256 cas de soins aigus) fournissent la majeure partie de ces prestations de soins hospitalières extracantonales. La Clinique genevoise de Montana n'est naturellement pas prise en compte, puisqu'elle est enregistrée comme un hôpital genevois.

Figure 19 : hospitalisations pour les patients genevois, selon le canton d'hospitalisation, en 2008



Sur la période 2008-2015, le flux « sortant » de patients montre une augmentation de 11 % des cas et de 14 % du nombre de jours. Les principaux cantons de destination resteront vraisemblablement les cantons de Vaud et du Valais.

12.5.2. Flux de patients « entrants »

En 2008, 14.1 % des patients hospitalisés dans le canton de Genève n'étaient pas domiciliés dans le canton. Il s'agit de patients domiciliés dans d'autres cantons de la

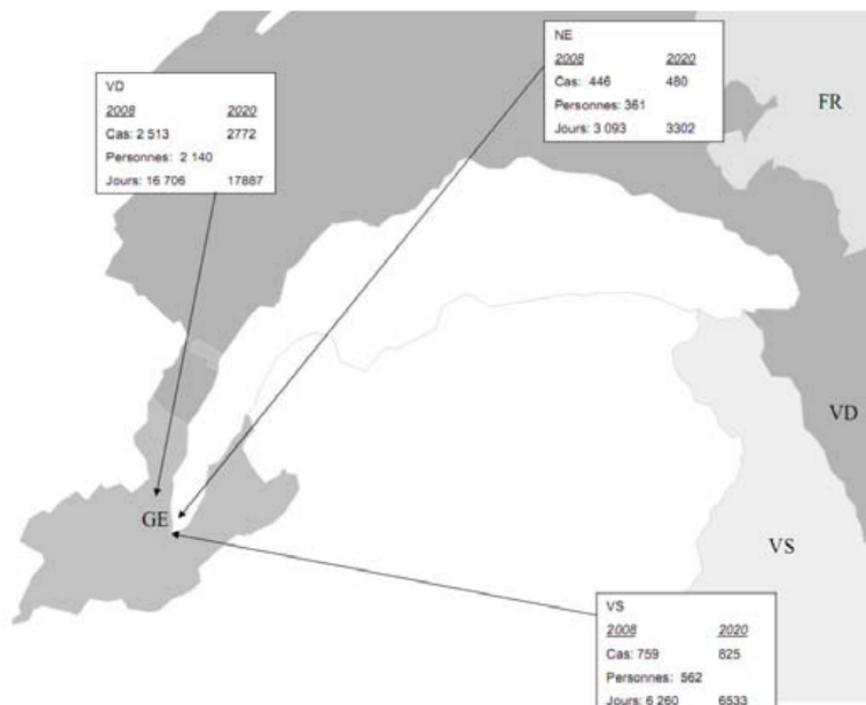
Suisse (40 %) et de patients en provenance d'autres pays, notamment de France voisine et des fonctionnaires internationaux (60 %). Cette proportion pourrait augmenter, car l'offre de soins genevoise est importante et de bonne qualité.

Tableau 16 : évolution 2008-2015 des patients « entrants » domiciliés en Suisse
(internationaux exclus)

Année	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Cas totaux	11'585	11'638	11'689	11'739	11'789	11'835	11'877	11'920
Journées totales	86'717	87'159	87'565	87'950	88'332	88'700	89'020	89'370
Cas domiciliés en Suisse	4'735	4'788	4'839	4'889	4'939	4'985	5'027	5'070
Journées des domiciliés en Suisse	35'991	36'433	36'839	37'224	37'606	37'974	38'294	38'644

Les prévisions concernant les patients en provenance de la Suisse (patients « entrants ») indiquent une augmentation d'environ 7 % du nombre de cas et de journées. Comme pour les patients « sortants » la plupart des patients « entrants » domiciliés en Suisse proviendront des cantons de Vaud (2'772 cas, +7.1 %), du Valais (825 cas, +4.4 %), ainsi que du canton de Neuchâtel (480 cas, +6.8 %).

Figure 20 : patients extracantonaux dans les hôpitaux genevois, en 2008



Les prévisions pour les patients en provenance d'autres pays restent difficiles à estimer et il est fait l'hypothèse que ce nombre restera plus au moins constant jusqu'en 2015. Pour ces patients, en 2008, les hôpitaux genevois ont réalisé 6'850 cas et 50'726 journées d'hospitalisation.

12.6. Discussion/propositions/effets du réseau de soins

Même les meilleures prévisions réalisables à l'heure actuelle peinent à répondre aux nouvelles exigences du droit fédéral, qui demandent une planification du nombre de cas. Non seulement, il est impossible de prévoir à coup sûr le nombre d'hospitalisations qui auront lieu dans chaque spécialité en 2015, mais en plus, le libre-choix de l'hôpital risque de considérablement «brouiller» les prévisions, puisque tout patient sera susceptible, dès 2012, de choisir un hôpital situé hors de son canton de domicile.

Toutefois, il est possible de s'adapter à l'évolution réelle du nombre de cas, qui sera suivie régulièrement durant toute la période de planification. Ceci permettra d'une part d'adapter

continuellement l'offre de soins aux besoins de la population et, d'autre part, d'affiner les prévisions ultérieures.

Le canton de Genève a la chance de disposer d'une densité hospitalière suffisante et, dans un tel contexte, la coordination des moyens à disposition, au travers d'une complémentarité entre l'hôpital cantonal et les cliniques privées, représente le moyen le plus rationnel et le plus efficace de couvrir les besoins de la population.

Ce type de collaboration avec le secteur privé est clairement recherché par les nouvelles dispositions du droit fédéral, qui vont même plus loin en imposant une certaine mise en concurrence des hôpitaux et en définissant de manière détaillée les critères de leur comparabilité (efficacité, prix, qualité).

Le désengorgement du secteur des soins aigus gériatriques aux HUG constitue un des objectifs prioritaires à atteindre pour la période de planification 2012-2015. Actuellement, certains séjours hospitaliers se prolongent en raison du manque de structures dites «intermédiaires», censées prendre le relais dès qu'une hospitalisation en soins aigus n'est plus indispensable.

La construction prévue de lits d'EMS 2010-2020 dont les résultats ont été mis à jour dans ce rapport et l'augmentation des ressources dédiées aux structures qui fournissent des soins de type non aigus pour le maintien à domicile devraient permettre de résoudre cette problématique et d'alléger les hôpitaux.

13. Conclusions

Le canton de Genève a suivi une politique de régulation de l'offre cohérente et efficace. Cette politique a porté ses fruits tant en termes d'adéquation de l'offre par rapport aux besoins qu'en termes de maîtrise des coûts. L'accès aux soins pour tous a été garanti à Genève.

Dorénavant, suite à l'introduction d'une plus grande liberté de choix pour les patients, aux nouvelles dispositions de la LAMal en matière de financement, à l'augmentation des coûts de la santé, ainsi qu'à la complexification du système sanitaire dans son ensemble, le canton de Genève se devra de rester très réactif en matière de pilotage de son système de santé.

En contraignant les cantons à cofinancer les prestations à charge de l'assurance de base, tant pour les hospitalisations que pour les soins de longue durée, la loi fédérale conduit les cantons à devoir définir de manière beaucoup plus précise les volumes de soins nécessaires à la couverture des besoins de leur population. Cet effort passera également par une amélioration de la coordination de l'offre de soins régionale et intercantonale.

Dernière étape de la planification hospitalière, la répartition des missions et des cas entre les établissements constitue le but ultime de l'exercice et donnera lieu, sur la base des projections et des analyses du présent rapport, à une nouvelle liste hospitalière, adoptée par le Conseil d'Etat, qui entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2012.

A Genève, les cliniques privées réalisent actuellement environ 30 % des cas de soins aigus pour des patients domiciliés dans le canton, toutes assurances confondues (LAMal, LAA, LAI, LCA, etc.). Il faut dès lors prévoir la possibilité d'une collaboration avec certaines de ces cliniques, par l'achat de prestations dans des volumes définis d'avance, pour disposer d'une couverture adéquate des besoins.

Les prévisions réalisées mettent en évidence de sensibles différences d'évolution entre les secteurs de soins (soins aigus, psychiatrie, gériatrie et réadaptation), d'ici 2015. Si pour ce qui concerne les soins aigus, l'analyse de l'évolution du nombre de cas par pôle d'activité est prépondérante, il n'en va pas de même pour les autres types de soins qui continueront d'être financés en fonction des journées d'hospitalisation.

Pour la période 2012-2015, l'augmentation des cas de soins aigus représente 1'488 cas, soit 4 %. Les gains d'efficacité, l'amélioration du fonctionnement du réseau de soins ainsi que le virage ambulatoire, devraient libérer des capacités qui permettront aux établissements existants de répondre à ce besoin supplémentaire. Dès lors, nous ne préconisons pas d'envisager de modification structurelle du nombre de lits. Toutefois, le canton devra participer au financement de ces nouveaux cas.

Les projections relatives aux soins psychiatriques indiquent une hausse d'environ 150 cas (+2.6 %), représentant 4'893 jours (+4.1 %), sur la même période. Étant donné que ces prestations sont presque entièrement réalisées par les HUG, il faudra s'assurer que ces derniers seront en mesure d'absorber le surcroît de patients. A ce titre, une diminution des durées moyennes de séjour, même modeste, compenserait l'augmentation des cas, ce qui limiterait considérablement l'impact direct sur les finances du canton.

Concernant les soins de gériatrie, le vieillissement démographique aura sans surprise un impact important. L'augmentation prévue dans ce domaine représentera 282 cas (+9.4%) et 14'357 journées d'hospitalisation (+9%). La DMS ne devrait pas évoluer très sensiblement, toutefois il existe un réel potentiel de diminution des hospitalisations, lié à l'amélioration de la prise en charge par d'autres structures du réseau de soins. De ce fait, il s'agit de cas hypothétiques qui, une fois le Programme d'accès aux soins (PASS) entré en vigueur, pourraient être absorbés sans difficultés par les structures hospitalières. En effet, ces dernières se verraient déchargées d'un certain nombre de cas qui, actuellement, n'ont pas la possibilité d'être orientés et pris en charge dans des structures adéquates.

Les soins de réadaptation enregistreront aussi une augmentation importante entre 2012 et 2015, soit 444 cas (+6.1 %) et 10'783 journées (+6.6 %). A l'effet du vieillissement s'ajoute ici l'effet des forfaits par cas, qui incitent les établissements à sortir les patients de la zone de soins aigus de plus en plus précocement. Les HUG et les cliniques de Joli-Mont et de Montana délivrent ces prestations, mais il faut relever que les patients genevois s'adressent également à des structures hors canton.

Dans ces deux derniers domaines particulièrement, les options en matière de réseau de soins auront une influence directe sur l'efficacité et la qualité des prises en charge. Même si le canton ne peut échapper aux conséquences du vieillissement démographique et aux effets pervers de la compression des durées des séjours hospitaliers, il peut mettre en place un réseau de soins capable de diriger les patients au bon endroit et au bon moment. Le réseau de soins pourrait ainsi constituer l'outil permettant d'absorber les augmentations prévues dans le domaine hospitalier, sans nécessairement attribuer à ce dernier de ressources supplémentaires.

Établissements médico-sociaux

14. Établissements médico-sociaux

14.1. Introduction

L'espérance de vie à la naissance n'a cessé de croître depuis 25 ans. Les valeurs genevoises (2006-2007) sont de 80.2 ans pour les hommes et de 84.9 ans pour les femmes. Toutefois, bien qu'un nombre croissant de personnes âgées vivent plus longtemps en bonne santé, les dernières années de vie deviennent pour certaines de plus en plus médicalisées, en raison de leur incapacité à accomplir seules des gestes de la vie quotidienne et en raison de diverses comorbidités et maladies chroniques liées à l'âge avancé.

Dans les cas où les affections physiques ou psychiques ne permettent plus la prise en charge à domicile, la personne se retrouve donc amenée à passer la dernière étape de sa vie dans une institution capable de fournir des soins relativement lourds sur le plan de la médicalisation.

Jadis « maisons de retraite » accueillant des personnes autonomes dans l'accomplissement des actes de la vie quotidienne avec un minimum d'aide, les EMS d'aujourd'hui accueillent en majorité des résidents dépendants sur le plan physique. Ces derniers nécessitent des soins et souffrent souvent de problèmes psychiques et de troubles cognitifs qui nécessitent une aide ou un contrôle quasiment permanents. La planification des EMS a été réalisée en 2009 et adoptée en 2010 par le Conseil d'Etat genevois. Ses résultats sont annexés. Dans le présent document se trouve néanmoins une mise à jour des changements dus à la démographie selon le principe de la planification roulante, afin de vérifier si les hypothèses retenues en 2009 doivent d'ores et déjà être adaptées.

En 2011, cinq EMS seront ouverts et 359 nouveaux lits mis à disposition. Parallèlement, 70 lits seront fermés. De plus, il est prévu de réduire progressivement l'équivalent d'environ 76 lits dans des chambres doubles des EMS existants d'ici fin 2011. Cette hausse nette de 213 lits portera le nombre total de places disponibles à 3'807 lits à la fin de l'année.

14.2. Hypothèse

L'analyse temporelle des besoins exprimée en nombre de lits nécessaires en EMS a été établie sur la base de plusieurs hypothèses démographiques. Cette analyse prend en considération l'utilisation des ressources en soins telles que connues en 2008.

Les hypothèses des scénarios démographiques sont présentées dans le tableau 17 et numéroté H1 à H5. Pour H3, on suppose que l'espérance de vie à la naissance de la population genevoise observée en 2020 sera proche de 81.5 ans pour les hommes et de 86.5 ans pour les femmes. En 2006/2007, cette espérance de vie s'élevait à 80.2 ans pour les premiers, et à 84.9 ans pour les secondes.

Tableau 17 : hypothèses de longévité pour les projections démographiques

Hypothèse		Gain de longévité en année	
Label	Effet	Homme	Femme
H1	Gain de longévité moins rapide de un an en treize ans	0.3	0.6
H2	Gain de longévité moins rapide de six mois en 13 ans	0.8	1.1
H3	Longévité/Mortalité s'améliorant au rythme actuel	1.3	1.6
H4	Gain de longévité plus rapide de six mois en treize ans	1.8	2.1
H5	Gain de longévité plus rapide de un an en treize ans	2.3	2.6
H6	Morbidité suit l'évolution de la longévité	1.3	1.6

14.3. Analyse

Dans le cadre d'une planification roulante, vérifiée annuellement, les projections et résultats présentés en annexes dans le rapport de planification médico-sociale d'avril 2010 (réf. 14) ont été examinés.

14.4. Résultats

À fin 2010, la réalité démographique montre des écarts par rapport à ce qui avait été projeté (réf. 15) Ces différences sont dues à des variations imprévisibles de la mortalité d'un âge à l'autre. Au total, le registre de population comprend 245 octogénaires de plus que prévu, ce qui correspond à un besoin supplémentaire probable de 20 à 30 lits d'EMS.

Par ailleurs, suite à l'ouverture de nouveaux EMS, le taux de lits a légèrement augmenté. Cela démontre que les besoins effectifs sont couverts correctement, malgré la hausse imprévue du nombre d'octogénaires évoquée plus haut.

Tableau 18 : taux de lits EMS rapportés à divers groupes d'âge usuels

Classe d'âge	2005			2006			2007		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Lits	690	2'445	3'135	687	2'430	3'117	679	2'422	3'101
Total	211'937	229'045	440'982	214'384	230'922	445'306	215'647	231'937	447'584
Taux / total	0.33	1.07	0.71	0.32	1.05	0.70	0.31	1.04	0.69
65 et +	26'238	38'321	64'559	26'867	39'009	65'876	27'682	39'858	67'540
Taux lits 65+	2.63%	6.38%	4.86%	2.56%	6.23%	4.73%	2.45%	6.08%	4.59%
80 et +	5'810	12'196	18'006	6'012	12'416	18'428	6'212	12'750	18'962
Taux lits 80+	11.88%	20.05%	17.41%	11.43%	19.57%	16.91%	10.93%	19.00%	16.35%

Classe d'âge	2008			2009			2010		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Lits	748	2'593	3'341	1'149	2'682	3'483	1'185	2'766	3'592
Total	215'647	231'937	447'584	220'751	220'751	457'628	223'887	240'032	463'919
Taux / total	0.35%	1.12%	0.75%	0.52%	1.21%	0.76%	0.53%	1.15%	0.77%
65 et +	28'469	40'869	69'338	29'316	41'866	71'182	30'103	42'686	72'789
Taux lits 65+	2.63%	6.34%	4.82%	3.92%	6.41%	4.89%	3.94%	6.48%	4.93%
80 et +	6'491	13'049	19'540	6'742	13'381	20'123	7'018	13'788	20'806
Taux lits 80+	11.52%	19.87%	17.10%	17.05%	20.04%	17.31%	16.89%	20.06%	17.26%

Situation au 31.12 de l'année considérée

Les indices de taux de lits médico-sociaux fluctuent durant la période 2005-2010. Cette fluctuation est inévitable en raison des ouvertures et des fermetures qui surviennent naturellement.

Tableau 19 : taux de lits EMS pour divers groupes d'âge
(projection pour fin 2011)

Classe d'âge	2011 (H3)		
	Hommes	Femmes	Total
Lits	1'256	2'931	3'807
Total	222'644	237'997	460'640
Taux / total	0.56%	1.23%	0.83%
65 et +	30'252	42'727	72'979
Taux lits 65+	4.15%	6.86%	5.22%
80 et +	7'056	13'456	20'512
Taux lits 80+	17.81%	21.78%	18.56%

Le tableau 19 montre les taux de lits projetés pour la fin 2011 en considérant l'accroissement net du nombre de lits nécessaires à cause de l'évolution de la population.

14.5. Conclusions

Avec l'ouverture prévue en 2011 de 359 lits d'EMS supplémentaires, le nombre de lits disponibles restera donc suffisant quelques années, même si la longévité augmente à cause de la baisse de la mortalité. **Sous réserve d'une activation du programme d'orientation des patients, la seule condition susceptible d'induire un déficit de**

lits serait l'admission prématurée d'un trop grand nombre de résidents en santé clairement meilleure que ceux qui résidaient dans les EMS en 2005. Ce nombre doit donc être adapté régulièrement.

L'effet cumulé de l'absence d'orientation des patients et de l'augmentation du nombre de personnes âgées confirme les calculs du rapport d'avril 2010.

Le 1er avril 2010, une nouvelle loi sur la gestion des établissements pour personnes âgées est entrée en vigueur. Elle prévoit un cadre de gestion clair et transparent, notamment dans le cadre de la fixation du prix de pension, la coordination des démarches d'admission et la standardisation des normes de construction. Par ailleurs, la LEMS a été abrogée par le Grand Conseil sur proposition du Conseil d'Etat.

Maintien à domicile

15. Introduction

La planification médico-sociale comporte :

- la planification du nombre de lits d'établissements médico-sociaux (EMS) qui a été présentée à part au chapitre précédent ;
- la planification du maintien à domicile qui inclut :
 - les immeubles avec encadrement ;
 - les foyers de jour ;
 - les unités d'accueil temporaires ;
 - l'aide et les soins à domicile ;

Les prestations utilisées pour le maintien à domicile sont de nature très hétérogène. Elles peuvent être regroupées en classes qui répondent à des besoins différents, mais concourent au fonctionnement efficient de l'ensemble du réseau: l'aide, les soins, les repas, la sécurité et l'hébergement.

Il y a plusieurs réponses possibles à la perte partielle de l'autonomie ou à l'apparition de handicaps affectant la mobilité et l'indépendance. Leur sélection influence la qualité de vie du bénéficiaire, mais aussi les coûts à charge de l'Etat et des assurances. Les principes d'économicité et de qualité de la prise en charge s'appliquent aussi dans ces domaines de planification et il est attendu, à terme, que la prise en charge optimale soit celle qui minimise également les coûts.

Lorsqu'on parle du maintien à domicile, on se réfère au lieu de vie librement choisi par une personne autonome et indépendante pour toutes les activités de la vie quotidienne (AVQ). Ce lieu de vie n'est pas associé à des prestations nécessaires au maintien de l'autonomie ou de l'indépendance.

Avec la dégradation de son autonomie ou de son indépendance, il est possible qu'une personne soit obligée de recourir à certaines prestations, à son domicile ou dans un nouveau lieu d'hébergement comme, par exemple, les immeubles avec encadrement pour personnes âgées (IEPA).

Lorsque la situation de santé et de dépendance se dégrade, l'ensemble des prestations qui sont nécessaires à la vie quotidienne du locataire ne peuvent plus lui être fournies correctement ni à son domicile ni en IEPA, qui deviennent des lieux de vie inadaptés. L'unité de mesure utilisée pour définir ce seuil est le temps de soins. Si le seuil est atteint, l'hébergement en établissement médico-social devient alors la meilleure alternative, pour des raisons de coûts, mais aussi de qualité. Afin de faciliter les choix des personnes en perte d'autonomie ou d'indépendance, le DARES a entrepris le développement d'une structure d'évaluation et d'orientation. Celle-ci a pour but d'objectiver et de quantifier les besoins. Ces observations sont combinées aux solutions de soins possibles qui sont discutées avec le candidat bénéficiaire.

La planification du maintien à domicile doit être régulièrement adaptée à la réalité sanitaire du canton et dépend fortement de ce qui se passe dans les autres structures de soins. Plusieurs méthodes et plusieurs stratégies de planification sont possibles. Elles ne répondent cependant pas toutes aux mêmes questions. Elles n'ont ni la même qualité, ni la même validité, ni la même fiabilité. Le choix entre ces approches dépend de plusieurs facteurs. La facilité avec laquelle le déficit ou l'excès de ressources s'ajuste détermine l'exigence de fiabilité. Plus la durée nécessaire à la correction est brève, moins son coût est élevé et plus grande est la tolérance. Ainsi, par exemple, il ne faut que quelques mois pour acheter une ambulance supplémentaire, mais plusieurs mois pour former le personnel soignant et des années pour construire un immeuble dont l'amortissement porte en règle générale sur trente ans.

Les prévisions de besoins que nous proposons dans ce chapitre reposent principalement sur l'évolution démographique et celle de l'état de santé de la population, en particulier de celle de la population âgée, mais nous avons également, là où c'est possible, essayé de tenir compte de l'évolution des stratégies de prise en charge, du calendrier de réalisation des structures et des infrastructures de soins, des variations de coûts et des changements des modes de financement.

16. Fondements, bases légales

16.1. Au niveau fédéral

Le financement des soins de longue durée

Le 13 juin 2008, le Parlement fédéral a adopté dans un train de mesures législatives, les principes du nouveau financement des soins à domicile et dans les établissements médico-sociaux (EMS) (FF 2005 1911). La nouvelle réglementation, qui consiste principalement en une modification des articles 25, 25a, 49, 50 et 104a LAMal, est entrée en vigueur au 1er janvier 2011. De cette nouvelle réglementation découlent principalement les changements suivants :

- le Conseil fédéral fixe les tarifs des soins de longue durée (EMS ou à domicile) remboursés par l'assurance obligatoire des soins (AOS). Ces tarifs sont désormais les mêmes sur l'ensemble de la Suisse et ne représentent plus qu'une contribution aux coûts. Cela signifie que la LAMal n'est plus censée couvrir la totalité des coûts des soins de longue durée. L'objectif est de ne pas faire supporter à la LAMal une part excessive des coûts liés au vieillissement de la population ;
- un report de charge sur le patient est autorisé. La part imputable est limitée à 20 % du montant maximum facturable aux assureurs pour la charge en soins la plus élevée (cette contribution se monte en outre au maximum à CHF 21.60 par jour dans les EMS et à CHF 15.95 pour les soins à domicile) ;
- les cantons assument le financement résiduel ;
- une nouvelle catégorie conceptuelle de soins est créée : les soins aigus et de transition ;

- la répartition du financement des soins entre le canton et l'assurance est équivalente à celle des hospitalisations (55 % canton ; 45 % AOS) durant les 15 jours qui suivent une hospitalisation en soins aigus. Cette répartition ne comprend pas de transfert de charge (20 %) sur le patient.

Plusieurs services privés et publics dispensent des soins à domicile et des prestations d'aide, aujourd'hui non limités sur le canton.

16.2. Au niveau cantonal

Afin d'appliquer les nouvelles dispositions du droit fédéral, le canton de Genève dispose du cadre légal offert par la loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile, du 26 juin 2008 (LSDom ; K 1 06). Les conditions de l'octroi des indemnités et aides financières y sont notamment précisées. Il convient de répondre aux critères de cette loi, notamment celui de répondre aux besoins de la planification et de l'utilité publique. Pour bénéficier d'un contrat de prestation avec l'Etat, il faut en plus répondre aux conditions de la loi sur les indemnités et les aides financières, du 15 décembre 2005 (LIAF ; D 1 11).

La LSDom vise surtout à préserver l'autonomie des personnes dont l'état de santé et/ou de dépendance exige de l'aide et/ou des soins. Elle entend aussi coordonner un réseau de soins qui regroupe les partenaires publics et privés du dispositif sanitaire cantonal. La mise en œuvre concrète de la loi dont il est question repose sur un outil d'évaluation des besoins que l'on a appelé « Programme d'accès aux soins » (PASS) qui n'est pas encore opérationnel.

Par le biais du PASS, le réseau doit garantir l'accès aux soins et l'égalité de traitement des bénéficiaires. Pour ce faire, il évalue les besoins selon les degrés de dépendance des personnes afin de les orienter vers les services les plus appropriés.

Le système d'évaluation/orientation du PASS comprend les étapes qui suivent :

Étape 1 : Le repérage des situations à risques à l'aide de l'outil PRISMA-7 (7 questions simples) est effectué par des professionnels de la santé (médecins traitants hospitaliers ou privés), des infirmières des services d'aide et de soins à domicile et des EMS et/ou des assistants sociaux. Lorsque quatre réponses sont positives, le processus lié au PASS peut débiter.

Étape 2 : Évaluation complète à l'aide de l'outil système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF). L'outil mesure le degré de dépendance, les finances et l'environnement du futur patient. Il est utilisé par des équipes composées d'infirmières et d'assistants sociaux de liaison du PASS.

Étape 3 : Orientation par les professionnels du PASS en collaboration avec les autres acteurs de la santé. Ce travail aboutit à une proposition adaptée à l'individu qui répond aux besoins de la personne, respecte ses souhaits en matière de structure et de localisation géographique.

Plusieurs autres lois et règlements cantonaux fixent le cadre dans lequel évolue la planification du maintien à domicile. Il s'agit des textes suivants :

- loi pour la construction de logements d'utilité publique, du 24 mai 2007 (LUP ; I 4 06) ;
- loi générale sur le logement et la protection des locataires, du 4 décembre 2007 (LGL ; I 4 05) ;
- règlement d'exécution de loi générale sur le logement et la protection des locataires, du 1^{er} octobre 1992 (RGL ; I 4 05.01) ;
- règlement d'application de la loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile, du 16 décembre 2009 (RSDom ; K 1 06.01).

17. Historique

Les services et les structures qui sont actuellement proposés aux personnes âgées du canton ont été mis en place par étapes successives.

En juin 1992, le peuple vote la loi sur l'aide et les soins à domicile (K 1 05) et le Conseil d'Etat décide un moratoire sur la construction de tout nouvel établissement médico-social (EMS). Cette double action doit permettre à un plus grand nombre de personnes âgées de rester plus longtemps à domicile et stabiliser l'offre de lits en EMS.

En janvier 1997, la loi sur l'aide et les soins à domicile est révisée pour permettre la mise en place progressive de 22 centres d'action sociale et de santé (CASS) dans le canton.

Le 1^{er} janvier 1998 entre en vigueur la loi relative aux établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées (LEMS). Elle a notamment pour effet de modifier le financement des EMS: subventionnement direct des EMS, déplaçonnement des prestations complémentaires cantonales pour les personnes résidant dans un EMS et quasi-fin de l'assistance publique pour ces dernières.

En 1999, la Fondation des services d'aide et de soins à domicile (FSASD) est créée. Elle permet le regroupement de trois services dans ce secteur : le service d'aide et de soins communautaires (SASCOM), l'association genevoise d'aide à domicile (AGAD) et l'association pour l'aide à domicile (APADO).

En décembre 2000, le moratoire sur la construction d'EMS est levé et est suivi, en avril 2001, par l'adoption d'un programme de construction de nouveaux EMS et en juillet de la même année, de directives ouvrant la voie à la rénovation des établissements existants.

En 2001, la loi sur les centres d'action sociale et de santé est votée (LCASS ; K 1 07) avec répartition des centres sur les 22 secteurs socio-sanitaires du canton et responsabilité aux communes de mettre à disposition des institutions sociales (Hospice général) et de santé (FSASD) les locaux pour y dispenser les prestations. Les CASS fournissent des prestations qui, assurées par des professionnels, sont destinées à couvrir les besoins des personnes âgées en matière d'aide et de soins à domicile. La mission d'un CASS

comporte plusieurs volets : l'accueil à la réception du centre ou au téléphone, l'aide et les soins à domicile, l'action sociale individuelle et l'action sociale de proximité.

En 2005, le DASS propose au Conseil d'Etat une politique en faveur des personnes âgées et fixe 6 objectifs de législature. Il dépose un rapport au Grand conseil sur la politique en faveur des personnes âgées dans le canton de Genève (RD 586).

En 2005, dans le prolongement des travaux du RD483, une première planification médico-sociale est présentée par la direction générale de la santé (DGS) selon le modèle Balance of Care (Antares consulting). Ce programme définit essentiellement le type de personnes bénéficiaires des soins à domicile, le catalogue des prestations à fournir, en particulier par la FSASD, y compris les prestations spécifiques (hospitalisation à domicile, l'unité mobile d'urgences sociales, les autres services d'aide et de soins à domicile, les foyers de jour, les services d'ergothérapie, etc.). Le rapport précise aussi notamment le coût et le financement des prestations, ainsi que l'interaction avec les HUG. Dans son rapport de juin 2007 sur ce programme, le Conseil d'Etat a conclu qu'un effort conséquent a été fourni par les institutions d'aide et de soins à domicile concernant, notamment, la définition d'un catalogue détaillé des prestations fournies, la définition des profils des bénéficiaires, les mesures d'efficience entreprises, la réponse aux besoins souvent plus complexes des bénéficiaires.

En juin 2008, la loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile (LSDom) est votée à l'unanimité. Elle a pour objectif d'instaurer le Programme d'accès aux soins (PASS). Le PASS a un rôle d'information, de coordination, d'anticipation, d'évaluation et d'orientation. Il doit également permettre de recenser avec précision les besoins non satisfaits.

En novembre 2010, la LSDom est modifiée afin de répondre au nouveau mode de financement des soins de longue durée introduit par le droit fédéral. Les travaux en vue de l'élaboration d'un programme cantonal de développement des soins palliatifs, qui fera l'objet d'une mise en place en 2011, démarrent la même année.

18. Données utiles à la planification

Les projections démographiques établies par le Service cantonal de recherche et d'information statistique du canton de Vaud (SCRIS) et retravaillées par le Professeur Wanner, démographe, sont à la base de l'analyse des besoins dans ce domaine.

La « statistique SOMED et SPITEX » de l'Office fédéral de la statistique (OFS) constitue aussi une des principales sources de données exploitées, mais uniquement pour les champs qui ont été convenablement renseignés. En effet, il s'avère que l'obligation de remplir les statistiques fédérales n'a été étendue à l'ensemble des partenaires du réseau qu'à partir de 2009 et n'est donc pas utilisable.

Pour les prestataires privés, la base de données des autorisations d'exploiter de la direction générale de la santé a été utilisée. Plusieurs anciens rapports de planification (voir bibliographie) et les informations en provenance des régies sur les appartements ont également alimenté l'étude.

19. Définitions et périmètre des prestations du maintien à domicile

En termes généraux, les prestations qui concourent au maintien à domicile consistent en des :

- prestations délivrées au domicile du bénéficiaire (ce sont l'aide et les soins à domicile qui comprennent l'aide pratique, les soins infirmiers, la livraison des repas et les prestations de sécurité) ;
- prestations pour lesquelles le bénéficiaire se déplace (soins infirmiers ambulatoires et foyer de jour) ;
- prestations incluant un hébergement particulier transitoire ou permanent : Unité d'accueil temporaire de répit (UATR), immeuble avec encadrement pour personnes âgées (IEPA).

Les IEPA, les UATR et les foyers de jour/nuit sont connus à Genève sous le terme de structures intermédiaires. L'organisation, le coût et le financement du déplacement distinguent les modes de distribution des prestations qui ont un impact sur l'efficacité du prestataire. Plusieurs d'entre-eux, publics et privés fournissent ces services.

19.1. Immeubles avec encadrement pour personnes âgées

Il existe plusieurs sortes d'IEPA et plusieurs sortes d'encadrement.

Les IEPA pour personnes âgées (ex-D2) étaient, par le passé, subventionnés par la Confédération qui a reporté cette charge sur le canton il y a une dizaine d'années. La construction de ce type de structure s'est donc interrompue et a été reprise ces dernières années en partie sous l'impulsion des Fondations immobilières de droit public (FIDP).

Les IEPA gérés par la FSASD ont pour mission de proposer des logements adaptés aux ressources financières et aux besoins d'encadrement des personnes âgées.

Pour être admis en tant que locataire d'un IEPA, le candidat doit en principe avoir atteint l'âge donnant droit à une rente de vieillesse selon l'article 21 de la loi fédérale sur l'assurance vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (LAVS).

Depuis l'entrée en vigueur de la LSDom, il devrait aussi remplir les conditions de l'article 6 (alinéas b et c), soit bénéficier d'une évaluation de ses besoins en soins, de son degré de dépendance et d'une orientation dans la structure adaptée. Ces conditions devraient être vérifiées lors de l'évaluation par le personnel de liaison du PASS.

19.2. Foyers de jour et de nuit

Le foyer est un lieu de vie partagée, périodique et/ou transitoire, intégré dans le réseau de soins pour le maintien à domicile, mais non un lieu de traitement des problématiques de santé. Il intervient en complémentarité avec les services d'aide et de soins à domicile, pour permettre le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie et apporte un soutien à la famille et aux proches dans de nombreuses situations.

C'est un lieu d'accueil et de soutien bio-psycho-social des personnes âgées, inséré dans un secteur géographique délimité.

Les missions principales du foyer de jour sont les suivantes :

- soutenir et décharger la famille et les proches ;
- prévenir la maltraitance ;
- préserver ou accroître les capacités physiques, intellectuelles et sociales en vue de maintenir les personnes âgées en perte d'autonomie dans leur lieu de vie ;
- contribuer, en complémentarité avec l'aide et les soins à domicile, à éviter les hospitalisations inappropriées ;
- rompre l'isolement, maintenir et favoriser de nouvelles activités et de nouvelles relations ;
- préparer la personne et son entourage à un éventuel séjour de longue durée dans un établissement médico-social (EMS) ;
- retarder l'entrée en séjour de longue durée dans un établissement médico-social.

En sus, le foyer de jour-nuit offre les prestations suivantes :

- restauration, hébergement nocturne et traitement du linge ;
- soins de base dans le prolongement des prestations de soins à domicile ;
- accompagnement et prestations de soins 24 h/24, qui ne sont alors plus dispensés dans le cadre de l'aide à domicile.

Les foyers de jour sont sectorisés, hormis le Relais Dumas (A) et le Pavillon de la Rive (B) qui reçoivent des patients souffrant de la maladie d'Alzheimer domiciliés sur l'ensemble du canton de Genève. Tous les foyers de jours sont au bénéfice d'un contrat de prestations avec le Département des affaires régionales, de l'économie et de la santé (DARES) et bénéficient d'une indemnité financière pour leur fonctionnement (Loi 10064 accordant une indemnité financière de fonctionnement à des institutions de maintien, d'aide et de soins à domicile pour les années 2008 à 2011).

Figure 21 : foyers de jour et nuit avec les localisations correspondantes



Source : association genevoise des foyers pour personnes âgées - www.foyersdejour-ge.ch

19.3. Unités d'accueil temporaire

19.3.1. Unités d'accueil temporaire de répit (UATR)

Dans le cadre de la politique cantonale de maintien à domicile, le DARES encourage les personnes âgées à conserver leur domicile ou à vivre auprès de leurs proches.

Destinées prioritairement à soulager les proches, les admissions dans des UATR peuvent se faire aussi bien depuis le domicile que depuis le service des urgences. Dans tous les cas, un retour à domicile doit être envisagé (les lits UATR ne sont pas des lits en attente de placement ni de suite de traitement et réhabilitation). Ces unités sont ouvertes aux personnes en âge AVS, vivant à domicile, avec une atteinte physique ou psychique dans la santé entraînant une autonomie réduite et une dépendance dans les activités de la vie quotidienne (AVQ). Il existe des séjours planifiés et des séjours en urgence.

Les séjours planifiés sont destinés à accueillir, encadrer et prendre en charge des patients pour une courte période. Dans un environnement sécurisé, le séjour permet de soulager momentanément l'entourage de la personne âgée chez elle et ainsi de prolonger le maintien à domicile. La durée de prise en charge est limitée à 45 jours par année.

19.3.2. Unité d'accueil temporaire médicalisé (UATM)

Les UATM sont destinées à accueillir des personnes en âge AVS présentant des pathologies principalement liées au vieillissement. On y effectue des soins pour des situations de décompensation physique et/ou psychique rendant le maintien à domicile difficile, mais qui ne nécessitent pas une hospitalisation en soins aigus.

Les séjours sont généralement de très courte durée et permettent d'effectuer un bilan somatique ou psychique, ou de gérer une situation de crise qui peut être suivie d'un séjour de répit, d'un retour à domicile ou d'une hospitalisation.

A ce jour, sur la base d'une évaluation des besoins du patient, les personnes domiciliées sur le canton de Genève bénéficient de ces structures dans la clinique de Joli-Mont.

19.4. Aide et soins à domicile

Six institutions privées et deux institutions subventionnées par les pouvoirs publics fournissent des prestations dans le domaine de l'aide et des soins à domicile.

Les principales activités des institutions privées et leurs caractéristiques sont décrites dans le tableau 20.

Tableau 20 : principales activités et caractéristiques des institutions privées

	CSI	Prest Services	Lien des gardes-malades	Permed	Assistance à domicile	Start People
Entité Juridique	Société Coopérative	SARL	Association	SA	SA, succursale (Siège à Berne)	SA
Certification	ISO 9001-2000		--	ISO 9001-2000		--
Missions	Offrir des prestations administratives et logistiques à des infirmières indépendantes qui prodiguent des soins de qualité	Aide et soins à domicile	Soins de base Heures de compagnie jour et nuit	Aide et soins à domicile « sur mesure »	Aide et soins à domicile	Soins à domicile
Clients 2009	1072	740	210	96	505	Ouvert en 2011

Les institutions privées s'adressent à environ 2'650 clients par année.

Deux institutions sont subventionnées par les pouvoirs publics: la Fondation des services d'aide et de soins à domicile (FSASD, 16'500 clients) qui a une mission générale et

complète et offre l'essentiel des prestations d'aide et de soins à domicile dans le canton 24 h sur 24 h et 7 jours sur 7 et SITEX SA (790 clients) qui s'est spécialisée dans l'hospitalisation à domicile dans le but d'éviter ou de raccourcir le séjour à l'hôpital ou en clinique. Ainsi, le privé s'adresse à environ 20 % de la clientèle des soins à domicile.

De plus, la FSASD assure l'encadrement social des locataires dans les IEPA qui en font la demande. Elle offre :

- des prestations de base communes à tous les immeubles, fournies à l'ensemble des locataires (logement adapté avec système de sécurité dans chaque appartement, accès à l'appartement par le gérant social en cas de besoin, accès à la salle à manger ou accompagnement aux restaurants alentours, permanence nocturne, activités communautaires, informations de prévention et de santé, vaccination, chutes, canicule, etc.) ;
- des prestations à la demande lorsqu'il n'y a pas d'entourage ou lorsque ce dernier ne peut assumer cette charge (aide à la gestion administrative et financière du locataire, accompagnement dans les démarches auprès des organismes officiels (administrations) et privés (assurances, télécommunications), traitement des courriers, des paiements sur mandat de délégation ou de gestion, demande de mise sous tutelle ou curatelle, etc.) ;
- des prestations sur prescription et facturables (prestations de soins, aide pour le ménage et les courses).

20. Méthode de projection

La nécessité d'établir des projections du secteur du maintien à domicile qui, comme décrit dans le chapitre précédent, englobe plusieurs domaines n'est pas réalisable grâce aux seuls modèles statistiques. En effet, les modèles statistiques se fondent sur des données largement manquantes en l'occurrence. Leurs résultats ont une validité et une fiabilité qui dépend de la qualité et de la quantité des données utilisées.

Dans le secteur du maintien à domicile, les données qui concernent l'activité des institutions privées ne sont pas toutes disponibles ; les informations sur les loyers des immeubles avec encadrement sont difficiles à mettre en relation avec la capacité financière des personnes âgées ; les taux d'occupation des immeubles loués et l'âge d'entrée et de sortie compliquent l'analyse.

Pour toutes ces raisons, nous avons complété les analyses statistiques disponibles et les projections par des hypothèses sur l'effet attendu des changements législatifs en cours. Les projections réalisées par un modèle hypothétique s'écartent délibérément des valeurs de modèles statistiques. Cette démarche s'applique particulièrement bien au transfert de charge entre l'hospitalier et le maintien à domicile induit par l'introduction du nouveau financement hospitalier (SwissDRG).

21. Résultats

21.1. Immeubles avec encadrement social

21.1.1. Hypothèses

Les hypothèses suivantes sont abordées :

- le vieillissement de la population augmente le nombre de personnes susceptibles de recourir à ces logements ;
- les atteintes à la santé pour lesquelles le besoin de prestations sociales est utile augmentent ;
- la capacité financière des personnes âgées augmentera ces prochaines années (2^e pilier) ;
- des barrières légales et économiques (prestations complémentaires AVS) réduisent l'accessibilité de ces logements.

Certaines structures mentionnent que leur pratique avant l'admission d'un locataire consiste à vérifier d'abord sa capacité financière. Si cette personne a un besoin de soins ou d'aide correspondant au type de logement souhaité, mais une capacité financière insuffisante, elle est alors adressée à l'établissement médico-social associé, où elle sera admise pour autant que son besoin de soins soit suffisant. Jusqu'en 2010, cette limite était d'au minimum 39.5 minutes de soins par jour. Il faut relever que les prestations complémentaires sont plafonnées dans ce type de structure.

21.1.2. Données

Les données disponibles comprennent pour les immeubles gérés par la FSASD, l'âge d'entrée dans le logement des personnes présentes le 1^{er} janvier 2009 ou entrées au cours de cette année-là et la charge financière des prestations qu'elles reçoivent de la FSASD. Les loyers actuels des IEPA sont connus avec quelques imprécisions.

21.1.3. Méthode

La situation actuelle est décrite à l'aide des statistiques cantonales et de données spécifiques. La durée d'occupation des locataires a été estimée avec la méthode des tables de survie.

21.1.4. Résultats

Les IEPA forment un groupe d'immeubles hétérogènes quant à la nature et la quantité des prestations qui y sont offertes et quant aux types d'aide au logement de la part de l'Etat : HBM, HLM, HM ou sans aide de l'Etat.

Description du parc immobilier :

Tableau 21 : état du parc des IEPA

Nombre de pièces	Nombre	Loyer moyen	Loyer minimum	Loyer maximum
Une pièce - Studio	177	1048	435	1475
Une pièce et demi	23	701	351	810
Deux pièces	710	495	119	6975
Deux pièces et demi	338	737	336	2404
Trois pièces	494	775	113	1765
Trois pièces et demi	39	691	342	700
Quatre pièces et plus	130	980	145	4870
Total	1911	706		

Tableau 22 : occupation et caractéristiques des appartements à encadrement

Nombres									
Prestataires	Occupants	Conjoints	Logements	Studios	2 pièces	2,5 pièces	3 pièces	4 pièces	Bâtiments
FSASD	1380	177	1203	61	643	184	311	4	29
Autres	377	48	329	84	12	50	16	0	12
Sans	243	31	212	0	6	0	50	16	12
Total	2001	257	1744	139	661	184	361	20	53
Proportions									
Prestataires	Occupants	Conjoints	Logements	Studios	2 pièces	2,5 pièces	3 pièces	4 pièces	Bâtiments
FSASD	69.0	12.83	69.0	43.9	97.3	100.0	86.1	20.0	54.7
Autres	18.9	12.83	18.9	60.4	1.8	27.2	4.4	0.0	22.6
Sans	12.2	12.83	12.2	0.0	0.9	0.0	13.9	80.0	22.6
Total	100.0	12.83	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Le taux de conjoints des appartements gérés par la FSASD est appliqué aux autres logements; les valeurs en italique sont extrapolées à partir du taux de conjoints observé à la FSASD. Le taux brut de logements occupés par 2 personnes est de 14.7 %. Le taux de couples par logement de 2.5 pièces et plus est de 25.6 %.

Etat de l'information au 26.01.2011

Tableau 23 : prestataires de l'encadrement selon le type de loyer

Régime locatif	Prestataires				
	FSASD	Autres	Inf. Ville	Sans	Total
Contrat hôtelier		98		56	154
HBM	822				822
HLM	68				68
Libre	311	205		109	625
Social			242		242
Total	1201	303	242	165	1911

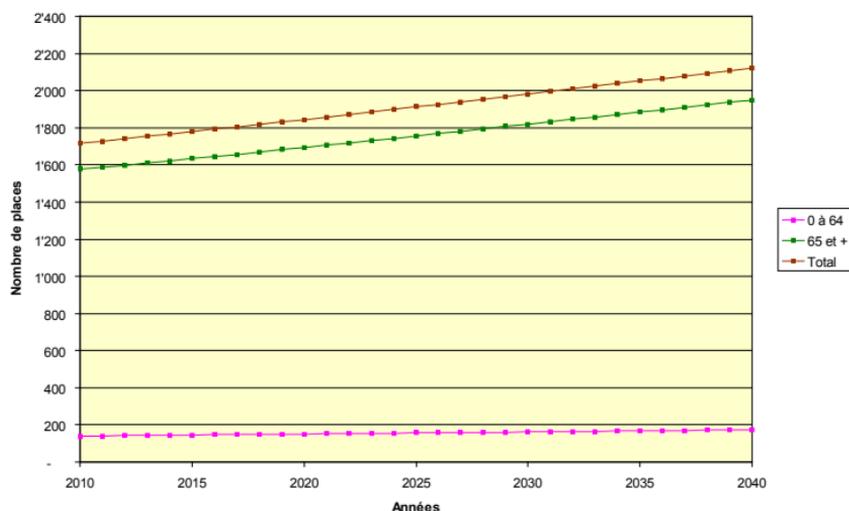
Tableau 24 : locataires par classe d'âge en 2009

Âge H+F		
0-64	113	8.19
65-69	159	11.52
70-74	196	14.20
75-79	263	19.06
80-84	292	21.16
85-89	230	16.67
90-94	101	7.32
95+	25	1.88
Total	1379	100.00

Le tableau 24 décrit le nombre et la proportion de résidents des différentes classes d'âge en 2009.

Figure 22 : projection du nombre de places en immeuble à encadrement, 2010-2040

(basé sur les nombres observés en 2009)



En raison de la durée d'occupation, les projections sont peu sensibles aux fluctuations de la taille des cohortes. On peut donc projeter le nombre d'IEPA qui maintiennent la relation offre-demande actuelle en fonction de l'accroissement de la population (figure 22). Ainsi, aux conditions actuelles, le nombre de logements devrait augmenter pour suivre la croissance de la population.

Tableau 25 : variation de l'effectif des classes d'âge par période de cinq ans

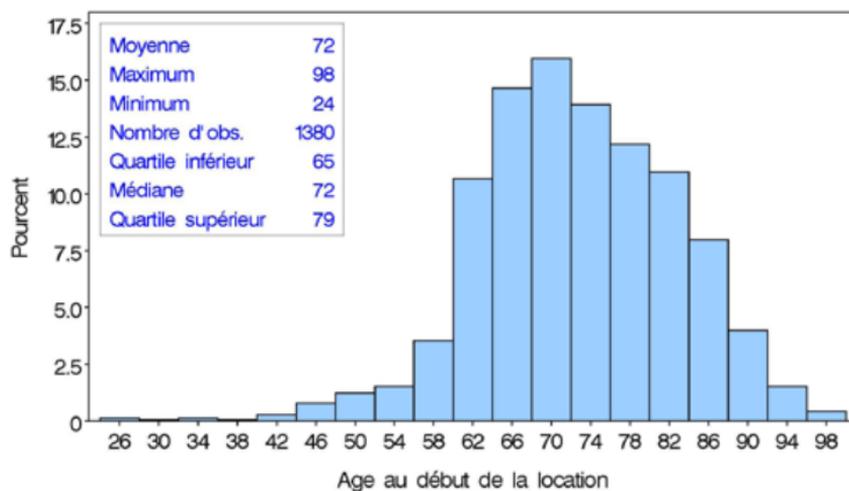
Total (H+F)	Projetée 2010-2015	Projetée 2015-2020	Projetée 2020-2025	Projetée 2025-2030	Projetée 2030-2035	Projetée 2035-2040
0-64	10'425	12'531	11'958	10'704	10'929	11'538
65-69	801	-1'000	1'559	2'325	941	485
70-74	2'498	868	-729	1'465	2'171	965
75-79	747	2'353	934	-455	1'441	2'092
80-84	774	826	2'178	992	-141	1'428
85-89	459	791	854	1'892	1'008	191
90-95	876	478	680	766	1'482	939
95-+	45	460	462	613	777	1'308
Total	16'626	17'307	17'896	18'302	18'608	18'947

Figure 23 : accroissement annuel projeté (H3) et variation des effectifs des classes



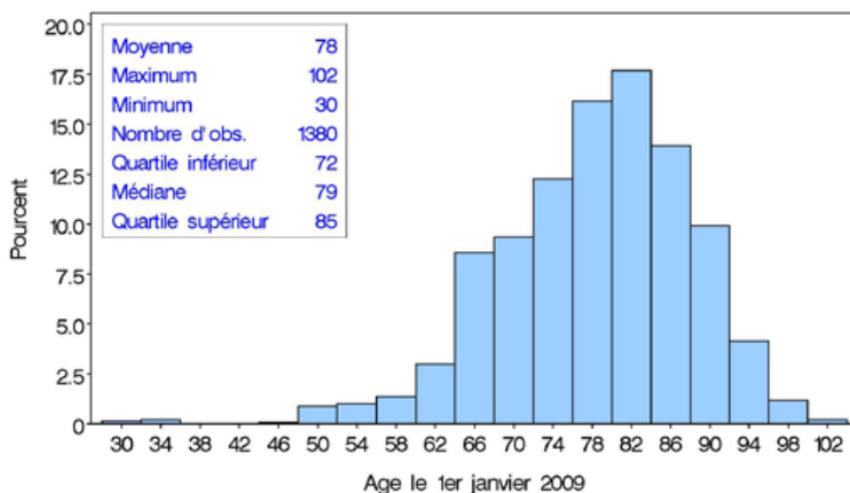
Alors que la population âgée totale augmente régulièrement (200 personnes par année), certaines classes d'âge ont un effectif moindre. Ainsi, le groupe des personnes de 65 à 69 ans diminue de 2010 à 2017, celui des personnes de 70 à 74 ans augmente fortement entre 2012 et 2016, puis baissera jusqu'en 2022, etc. Seuls les groupes de 85 ans et plus sont toujours en accroissement. Les implications de ces différences sont très importantes pour les services de santé. En effet, les prestations délivrées à ces différents âges le sont par des entités différentes. Les plus jeunes reçoivent plus de soins à domicile tandis que les plus vieux sont plus souvent en EMS.

Figure 24 : distribution de l'âge des locataires lors de leur admission dans un IEPA



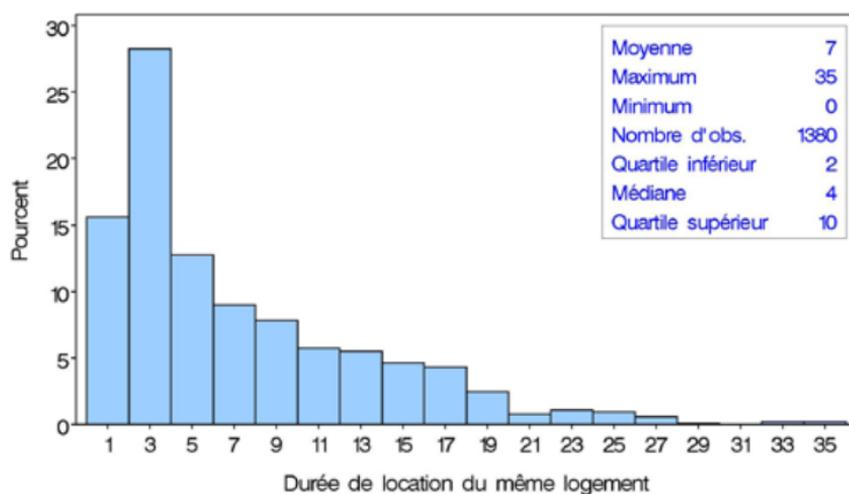
Lors de l'admission dans un IEPA, les locataires ont le plus souvent plus de 65 ans comme le prévoient les règlements et comme le montre la figure 24, avec quelques exceptions. L'âge moyen à l'admission est de 72.1 ans, la médiane de 71.8 ans. La distribution de l'âge d'admission dans les IEPA traduit une politique axée quasi uniquement sur un âge minimum de 65 ans.

Figure 25 : distribution de l'âge des occupants des IEPA le 1^{er} janvier 2009



L'âge le plus représenté dans les IEPA se situe autour de 82 ans (figure 25 - groupe d'âge 80-84) avec 17.7 % des cas. L'âge moyen est de 77.8 ans et la médiane de 78.7 ans. Peu d'informations sont disponibles au sujet des personnes de moins de 65 ans présentes dans ces logements. Il peut s'agir de conjoints plus jeunes ou de bénéficiaires de dérogations accordées en raison d'un handicap.

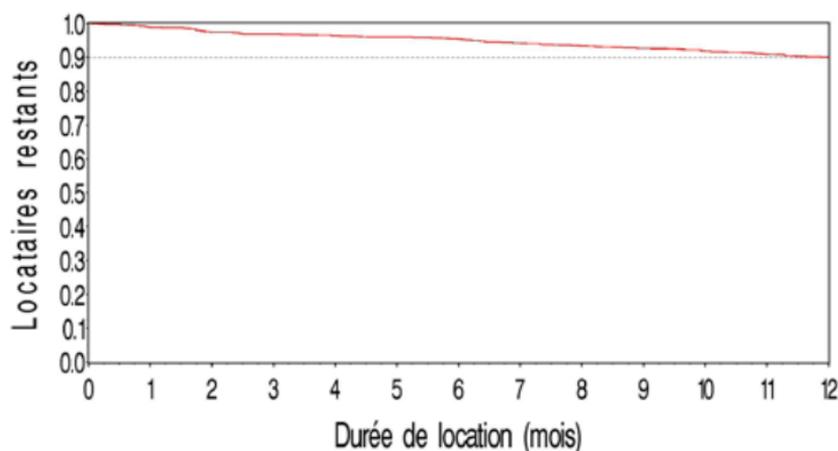
Figure 26 : distribution de la durée des locations



La durée des locations varie énormément (de moins d'un an à trente-cinq ans). La distribution est profondément asymétrique (figure 26).

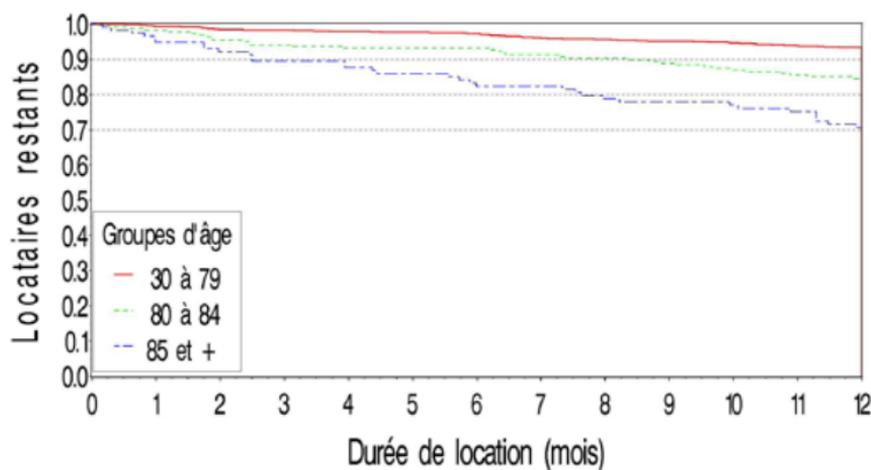
L'absence d'information concernant les durées de séjour des résidents ayant quitté les IEPA avant le 1^{er} janvier 2009 empêche de calculer une durée moyenne de séjour.

Figure 27 : proportion de locataires quittant leur IEPA en 2009



Les données utilisées dans les analyses présentées dans les figures 27 et 28 décrivent les départs des IEPA entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2009. La figure 27 montre que 10 % des locataires des IEPA quittent ce type d'hébergement au cours d'une année. Ce chiffre de 2009 est similaire à celui qui avait été estimé en 2005. On peut en déduire que la durée de location et le renouvellement des locataires sont stables dans les IEPA.

Figure 28 : proportion de locataires quittant les IEPA selon leur âge le 1^{er} janvier 2009



L'influence la plus marquante sur la résiliation des baux est l'âge atteint le 1^{er} janvier 2009. Alors qu'en moyenne, dix pourcent des locataires quittent un IEPA dans l'année, c'est 30 % de ceux qui ont 85 ans ou plus qui le font. C'est encore 15 % de ceux qui sont âgés de 80 à 84 ans, tandis que moins de 10 % de ceux de moins de 79 ans partent (figure 28). L'examen approfondi du groupe 85 et plus montre aussi que 50 % de ces derniers entrent en EMS, soit 15 % des résidents par année, tandis que 15 % de ce groupe décèdent annuellement.

Aspect économique :

Les statistiques cantonales des coûts d'exploitation des IEPA gérés par la FSASD sont présentées sans les salaires du personnel d'encadrement social et sans les coûts d'exploitation pris en charge par la FSASD.

Les charges mentionnées s'élèvent à CHF 12'046'000.- pour 1'202 logements correspondant à 1'380 locataires, soit une charge d'exploitation annuelle individuelle de CHF 10'022 par logement et de CHF 8'729 par occupant. A cela s'ajoute le coût d'encadrement social pour un montant de CHF 6'380 (valeur 2009) par locataire.

Pour pouvoir comparer ces coûts à ceux d'un séjour en EMS, il faut encore ajouter toutes les autres prestations individuelles délivrées par la FSASD. Ceux-ci se montent en moyenne à CHF 7'499 pour les IEPA. Le coût individuel annuel moyen total est donc de CHF 22'608 soit CHF 62 par jour.

Considérant l'âge moyen d'entrée en EMS de 83 ans et l'âge moyen de sortie d'IEPA de 85 ans, on peut estimer que vivre en IEPA réduit de deux ans le séjour en EMS. Le coût moyen journalier d'un séjour en EMS est lui de CHF 350.-. La différence sans tenir compte de la durée de location est donc de CHF 288 par jour.

Tableau 26 : relation entre le coût des IEPA et celui des EMS

Taux	Type de relation
17.7 %	Rapport entre coût IEPA/EMS
82.3 %	Économie réalisée, en pourcent du coût EMS

Comme la durée de séjour en EMS est de 3 ans et celle en IEPA d'environ 9 ans suivis d'un an en EMS, la comparaison, pour être complète, nécessite encore de multiplier le coût en IEPA par trois.

21.1.5. Discussion/propositions/effets réseau de soins

Le nombre minimum d'appartements par IEPA doit être fixé afin que la charge financière du personnel d'encadrement par résident soit modérée. Celle-ci ne doit en effet pas accroître le coût de la prise en charge médico-sociale par locataire au-dessus de celui que des soins de qualité équivalente engendreraient à domicile ou en EMS.

La disposition des lois sur les prestations complémentaires fédérales et cantonales fixant une limite aux prestations complémentaires au logement privé, y compris l'IEPA, mais sans plafonnement en EMS, peut induire un surcoût important pour le canton. Il conviendra d'évaluer l'opportunité de corriger cet effet pervers.

Le nombre de logements peut augmenter sans risque d'inoccupation, mais il est important de s'assurer que les critères d'admission des locataires répondent à leurs besoins. De ce point de vue, l'orientation dans le réseau de soins sera capitale. Clairement, le placement en IEPA devra être privilégié par rapport à l'EMS quand cela sera possible.

La création de nouveaux appartements pour personnes âgées se fait néanmoins dans le contexte d'un marché immobilier très tendu avec environ un pourcent de logements vacants et des difficultés à réaliser des projets pour toute la population. De plus, une durée considérable s'écoule entre l'initiation d'un projet et la délivrance des permis d'habiter.

21.1.6. Conclusion

Au moins un IEPA d'une soixantaine de places devra être construit d'ici 2015 pour accompagner l'accroissement démographique et maintenir le niveau actuel de l'offre. Néanmoins, il est préconisé d'effectuer un effort particulier dans ce domaine afin de promouvoir des alternatives à l'institutionnalisation des patients. La construction de 8 IEPA d'une soixantaine de places d'ici 2015 pourrait contribuer à améliorer la qualité et l'économicité de l'offre de placement pour les personnes âgées. De même la mise à disposition de logements adaptés aux personnes âgées contribuerait à libérer des logements plus grand et plus spacieux.

21.2. Foyer de jour et de nuit

21.2.1. Introduction

Selon le rapport de planification 2005, le nombre de places en foyers de jour (90) et de places en foyers de jour psychogériatriques (10) en 2004 aurait dû passer à 167, respectivement 99 places en 2010. Ce sont les chiffres qui auraient permis la meilleure utilisation de l'ensemble des ressources médico-sociales du canton. Certes, ces chiffres sont trop précis et peu opérationnels. Les 100 places observées en 2004 auraient donc dû augmenter de 166 % pour réduire le besoin de lits de long séjour en soulageant les proches aidants. Le rapport (PMS Guinchard-Fichter 2008) reformule ces objectifs et propose d'ouvrir deux foyers de jours par année pendant cinq ans, soit 125 places supplémentaires. Début 2011, ce ne sont pas 266 places, mais 115 qui sont disponibles, dont 20 places dans des foyers spécialisés en psychogériatrie. Les foyers ne suffisent donc pas à couvrir la totalité des besoins et ont des listes d'attente (92 personnes en attente au total fin 2009, dont 21 au Pavillon de la Rive et 34 au Relais Dumas).

21.2.2. Méthode

Estimer le nombre de personnes qui ont été admises en EMS à la suite de l'épuisement du proche aidant demeure une tâche ardue. Le nombre de familles dont le parent affecté a été admis en EMS, alors qu'il était en attente d'une place de foyer de jour ou souhaitait une fréquence plus élevée de cette aide, pourrait être un bon indicateur indirect pour mieux caractériser le nombre de places manquantes. Les évaluations qui pourront être fournies dans le cadre du programme d'accès aux soins seront précieuses.

21.2.3. Résultats

Six foyers sont attribués à des zones géographiques qui correspondent à l'organisation de l'aide à domicile en secteurs. Deux autres foyers spécialisés dans la prise en charge des malades Alzheimer se partagent le canton. Ils totalisent 25 places et ont délivré des soins à 71 personnes en 2009.

Les foyers généralistes n'ont pas de liste d'attente moins importantes (37 personnes fin 2009), car ils fonctionnent avec un système de journées d'essai dans la procédure d'admission et accueillent régulièrement de nouveaux usagers. Cependant, la gestion de la demande ne garantit pas l'absence de besoins. La plupart du temps, le personnel infirmier des services publics ou privés, des HUG, des cliniques ou des médecins traitants méconnaissent l'existence de ces structures et n'y adressent pas leurs patients.

La fréquentation hebdomadaire de chacun de leurs clients est de deux jours en moyenne, car un des objectifs est d'accueillir le plus de personnes possibles. Il se peut que la famille ou le réseau professionnel demande une prise en charge plus importante, mais dès qu'elle dépasse trois jours, une demande de placement en EMS est généralement déposée. Sans cet appui, de nombreuses personnes qui fréquentent le foyer de jour, même à raison d'une seule journée par semaine, seraient placées en EMS.

Les deux foyers spécialisés (Relais Dumas et Pavillon de la Rive) ont habituellement une liste d'attente d'environ six mois.

Les foyers généralistes ont une capacité de 15 personnes au maximum, mais peuvent en accueillir 13 pour des questions d'encadrement, de transport et de locaux. La fréquentation moyenne est souvent plus basse (11 ou 12) en raison d'absences des résidents (maladie, hospitalisation, imprévus).

Les personnes fréquentent le foyer toute la journée, sauf exception, soit de 9 h à 16 h. Le transport est assumé par le foyer, depuis le domicile de la personne, et peut durer plus d'une heure selon le secteur. Quand la personne est admise, elle est censée venir régulièrement selon l'horaire proposé.

Lorsqu'une personne accepte de fréquenter un foyer, elle y reste le plus souvent jusqu'à un placement en EMS ou à son décès, ce qui signifie fréquemment plusieurs années.

Les activités proposées sont variées. Elles répondent prioritairement à la fixation d'objectifs individuels précis et adaptés à la situation du résident. Elles comprennent des ateliers de dessin, de chant, d'écriture, de gymnastique et de massages, mais aussi des sorties, des repas, des goûters, des fêtes, des rencontres intergénérationnelles, des rencontres avec d'autres foyers ou hôpitaux de jour, des rencontres de proches, la visite d'expositions, un accompagnement individuel par un ergothérapeute, etc.

Certains foyers peuvent organiser une prise en charge particulière, une journée par semaine, lorsque l'infrastructure le permet (risque de fugue). Le foyer le Caroubier accueille par exemple le jeudi des personnes souffrant de maladie d'Alzheimer.

Sinon, les foyers accueillent des personnes souffrant d'isolement social, de problèmes psychiques, de dépression, de problèmes physiques, de problèmes de mobilité, etc.

Les proches aidants sont toujours impliqués dans les plans d'accompagnement et il est vrai que le séjour en foyer est un répit pour eux, mais la cible du travail du foyer est la personne accueillie elle-même.

21.2.4. Discussion/propositions/effets réseau de soins

La polyvalence d'accueil des foyers de jour permet de supposer que toutes les personnes qui sont susceptibles d'entrer en EMS pourraient bénéficier d'un séjour en foyer. Le rapport de la société Ores qui a fait toute une évaluation des foyers en 2004 est encore pertinent, même si la population accueillie s'est fragilisée. Quatre avantages sont retenus. Ils sont décrits ci-dessous :

- la fréquentation d'un foyer de jour prolonge le maintien à domicile, par une action stabilisatrice de l'environnement des personnes âgées; notamment en soulageant les proches aidants.
- la fréquentation d'un foyer de jour retarde l'entrée en EMS en offrant des prestations adaptées aux besoins individuels ;
- le coût de deux ans supplémentaires à domicile avec des aides à domicile et la fréquentation d'un foyer de jour est moins élevé pour la collectivité que deux ans d'hébergement dans un EMS ;
- la fréquentation d'un foyer de jour évite les hospitalisations inutiles par une détection rapide des problèmes potentiels, etc.

Les exigences en matière de taux d'occupation devraient diminuer, car c'est l'un des rares dispositifs critiques capable de faire diminuer les besoins en EMS. Un excès de place, donc un taux d'occupation permettant d'accommoder des fluctuations aléatoires du besoin, est indispensable pour que l'objectif puisse être atteint. Au moins cinquante places spécialisées pour la prise en charge des démences devraient être disponibles.

21.2.5. Conclusion

Fort de ces constats, l'ouverture d'ici 2015 d'au moins 150 places de foyers de jour généralistes et 50 places de foyers de jour ou de nuit spécialisés permettrait d'améliorer l'offre de placements pour les personnes âgées et améliorerait son économicité.

21.3. Unité d'accueil temporaire de répit (UATR)

21.3.1. Introduction

Il y avait à Genève 41 lits de court séjour (UATR) en 2004. Le scénario de planification retenu en 2005 pour optimiser le réseau de soins en prévoyait l'augmentation à 70 places en 2010. Les retards pris dans la réalisation des structures destinées à prendre le relais des EMS qui n'accueillent a priori plus de lits d'UATR ont conduit à une stabilisation à 24 lits début 2011. Avec une incertitude sur la date de la disponibilité possible de 29 à 34 lits supplémentaires prévus à Villereuse.

Le besoin d'augmenter le nombre de ces lits avait été mis en évidence malgré leur taux d'occupation de 75 % considéré comme faible lorsqu'ils étaient rattachés et disséminés dans les EMS. Depuis que la gestion est centralisée à la FSASD, le taux d'occupation est plus équilibré et optimum, car des propositions d'étalement des séjours dans le temps sont faites aux familles et aux proches lorsque la période réclamée est déjà occupée. Ces lits sont destinés, avant toute chose, à prolonger le maintien à domicile en offrant quelques semaines de répit aux proches aidants.

21.3.2. Résultats

Les données économiques de 2004 utilisées pour établir le rapport de planification 2005 restent pertinentes. Les modèles développés suggéraient un impact considérable des UATR sur le besoin en lits EMS. Ces effets justifient de développer ce type de structure.

21.3.3. Discussion/propositions/effets réseau de soins

L'utilité théorique démontrée par le modèle développé en 2005 (réf. 10, annexée) et les faibles changements intervenus depuis lors nous incitent à maintenir et renforcer les conclusions de l'époque. Toute augmentation de ce type de structures s'accompagne d'un effet positif sur le réseau et sur la prise en charge des patients.

21.3.4. Conclusions

La définition d'un besoin d'UATR relève d'autres critères que leur seul taux d'occupation. Ces places agissent néanmoins comme soupape dans le réseau et permettent avec les foyers de jour et de nuit de prolonger la prise en charge à domicile et retarder, voire éviter l'entrée en EMS, notamment en aidant les proches des personnes âgées. Il est préconisé d'ici 2015, de disposer d'une centaine de places d'UATR, de façon à maintenir le niveau prévu de l'offre définie durant la précédente période de planification.

21.4. Soins à domicile et aide pratique

21.4.1. Introduction

Lors de la création de la FSASD en 1999 par une fusion des prestataires existants à l'époque, les prestations fournies étaient majoritairement des heures d'aide au ménage. Au cours de la période 1999-2009, cette situation s'est inversée et la diminution du nombre d'heures d'aide au ménage a été réalisée, conformément à la demande du Conseil d'Etat, en appliquant de manière stricte les critères de l'octroi à ces prestations.

Contrairement aux prestations d'aide, les soins sont délivrés sur prescription médicale. La FSASD est obligée d'y répondre au titre de sa mission d'utilité publique.

Progressivement, surtout à partir de 2006, la FSASD doit traiter des clients nécessitant des prestations de soins 7 jours sur 7. Cela s'explique notamment par la réduction des séjours hospitaliers, la volonté de favoriser le maintien à domicile et l'introduction des APDRG dans les hôpitaux. Cette évolution requiert du personnel infirmier plus qualifié et accroît la technicité des postes, entraînant une augmentation des effectifs d'environ 15 % ces dix dernières années.

Malheureusement, la FSASD ne peut pas honorer toutes les demandes de soins, car ses ressources dépendent d'un budget cantonal contraignant et la contribution de la LAMal est faible, puisqu'elle ne couvre que le temps de soins directs. Cette situation a certainement favorisé l'apparition de plusieurs prestataires privés depuis la fusion, malgré une adaptation modérée de son budget et la progression marquée de son efficacité entrepreneuriale.

21.4.2. Méthode

Pour prévoir les prestations des services d'aide et de soins à domicile, nous avons utilisé les données de base recueillies dans la Statistique des institutions médico-sociales de l'Office fédéral de la statistique (OFS).

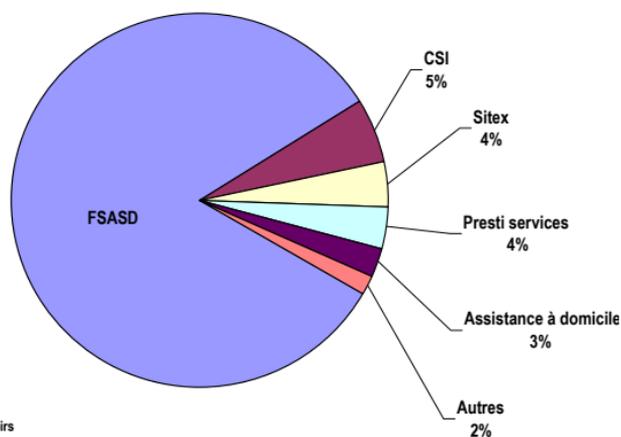
Tous les services d'aide et de soins à domicile fournissent leurs statistiques à l'OFS qui les valide et les consolide depuis 2000. Si cette tâche a été pleinement réalisée par la FSASD, cela n'a pas été le cas pour l'ensemble des prestataires privés dont les données restent souvent incomplètes et souvent inutilisables. L'utilité de remplir cette statistique n'est apparue qu'à la suite de l'introduction du nouveau financement des soins qui donne, pour autant que l'institution réponde à un besoin, la possibilité d'être financée par les pouvoirs publics sous réserve de la conclusion d'un contrat de prestations.

21.4.3. Hypothèse

Afin de prendre en considération l'ensemble des prestataires actifs sur le canton, nous avons pris en considération le nombre de clients totaux auxquels s'adressent les services d'aides et de soins à domicile. Nous avons, par souci de simplification et parce que l'activité effective des prestataires privés nous est inconnue, fait l'hypothèse que ces

services s'adressent aux mêmes types de personnes que ceux auxquels s'adresse la FSASD.

Figure 29 : clients des services d'aide et de soins à domicile, 2009

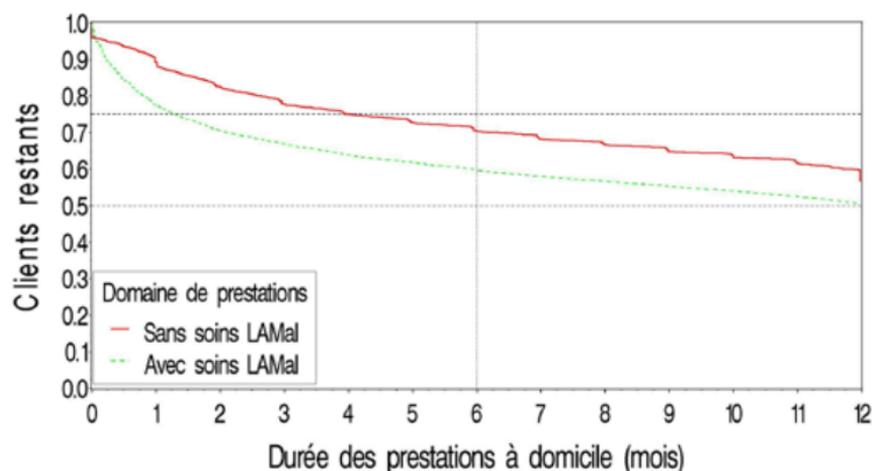


FSASD et Sitex : subventionnés par les pouvoirs publics
 Autres : Permed, Lien des gardes malades, Start People

21.4.4. Résultats

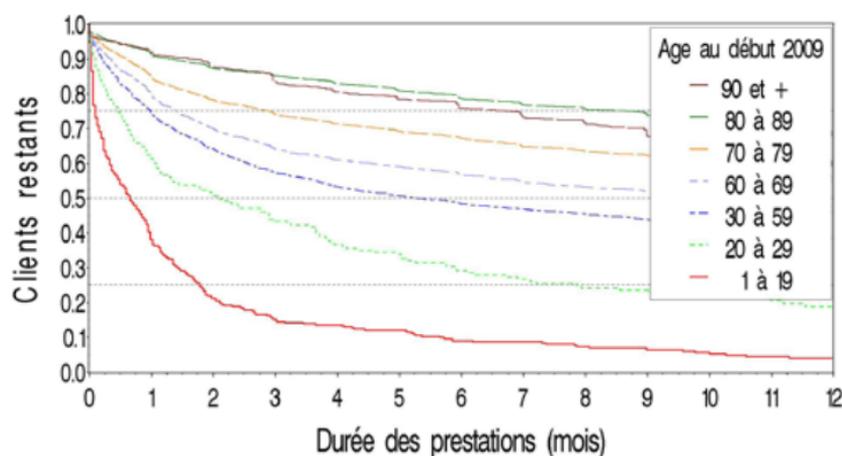
Environ 30 % des clients de la FSASD en 2009 reçoivent des prestations d'une durée inférieure à quatre mois. Au total 55 % des clients sont encore suivis après un an. Le renouvellement global de la clientèle est de 45 %.

Figure 30 : durée des prestations d'aide et de soins à domicile



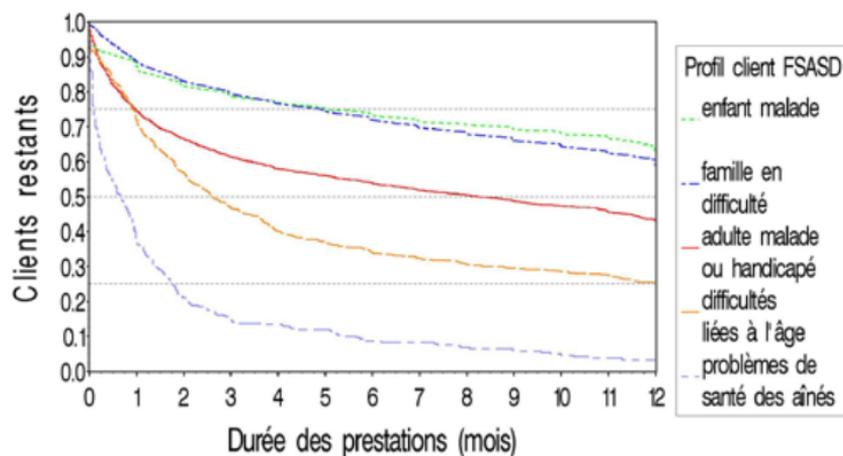
Une proportion plus grande des clients sans soins LAMal est encore suivie après un an, tandis qu'une plus grande proportion des clients recevant des prestations LAMal est remplacée au cours de l'année. Cependant, ceux-ci se subdivisent en deux groupes dont la durée de soins est nettement différente. Les prestations LAMal au premier groupe sont surtout de courte durée, jusqu'à trois mois. La durée des prestations délivrées au reste du groupe est très similaire à celle des clients ne recevant pas de prestations LAMal.

Figure 31 : durée des prestations de maintien à domicile selon l'âge du client
(chiffres 2009)



En règle générale, les clients plus jeunes nécessitent une durée de prise en charge plus brève (figure 31). La catégorie des clients de 90 ans et plus fait exception principalement en raison d'une mortalité plus élevée.

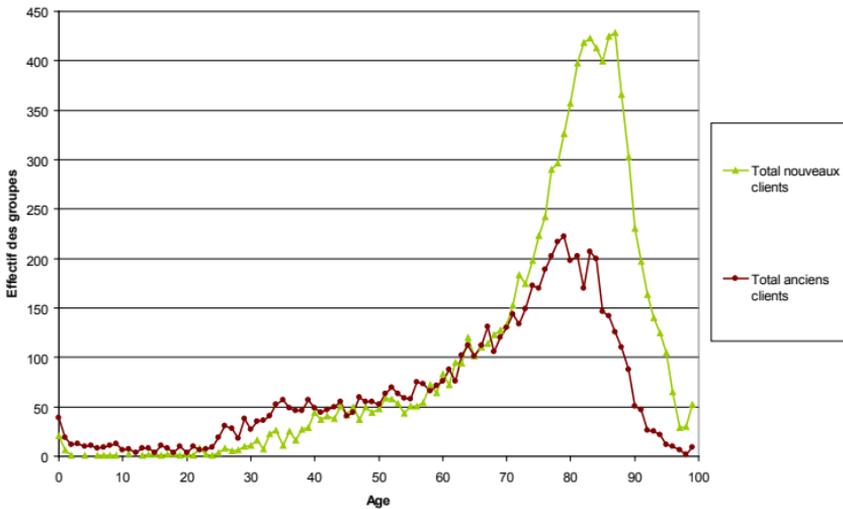
Figure 32 : durée des prestations de maintien à domicile selon le profil client FSASD



La durée des prestations est plus longue pour les *adultes handicapés* et pour les *familles*

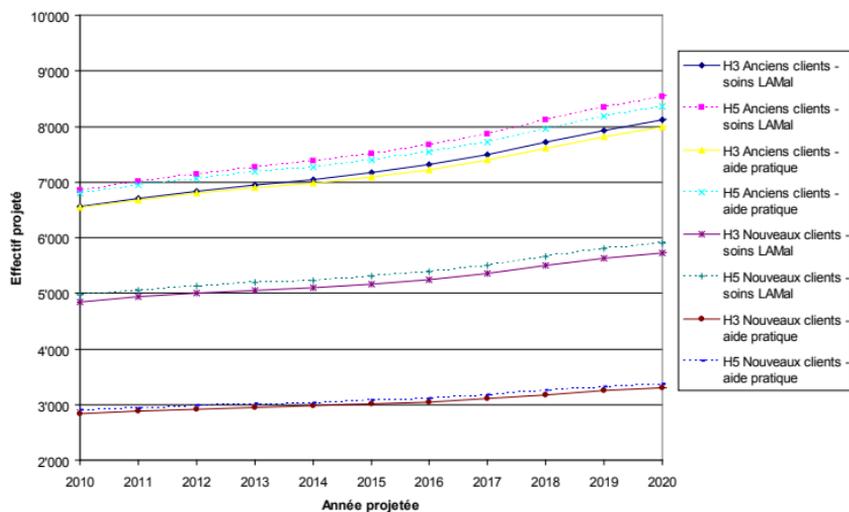
en difficulté que pour les autres groupes (figure 32). Cinquante pourcent des *enfants malades* sont suivis plus de 8.5 mois. La courte durée des prestations aux *aînés avec difficultés liées au vieillissement* est frappante.

Figure 33 : distribution de l'âge des clients anciens et des nouveaux en 2009



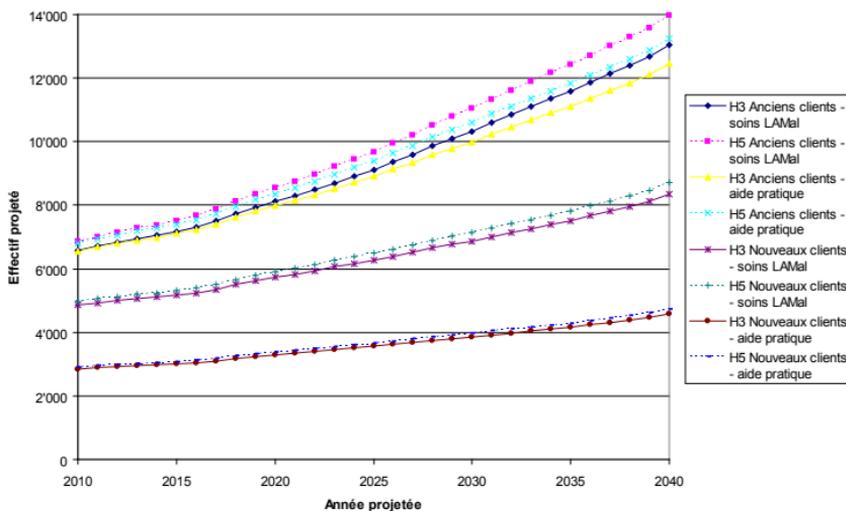
Bien que les courbes décrivant la distribution de l'âge se ressemblent (figure 33), elles comportent des différences notables. Le nombre total de nouveaux clients âgés de 80 ans et plus représente près du double du nombre total d'anciens clients de ce même groupe d'âge. Dans ce dernier groupe, le pic de l'effectif est atteint deux ans plus tôt. Cet accroissement entre 75 et 90 ans est minimal pour les anciens clients ne recevant que des prestations non LAMal.

Figure 34 : effectifs des clients consommant des prestations de soins LAMal et d'aide pratique - anciens et nouveaux clients jusqu'en 2020



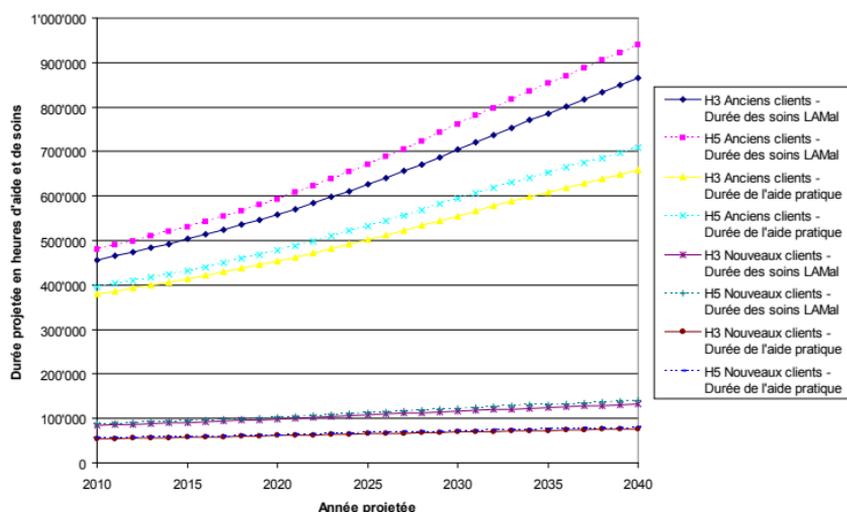
La figure 34 montre que la progression des effectifs traités est régulière jusqu'en 2016, puis s'accélère. L'effet du choix des hypothèses démographiques sur la longévité des clients est très faible au début, puis augmente légèrement.

Figure 35 : effectifs des clients consommant des prestations de soins LAMal et d'aide pratique - anciens et nouveaux clients jusqu'en 2040



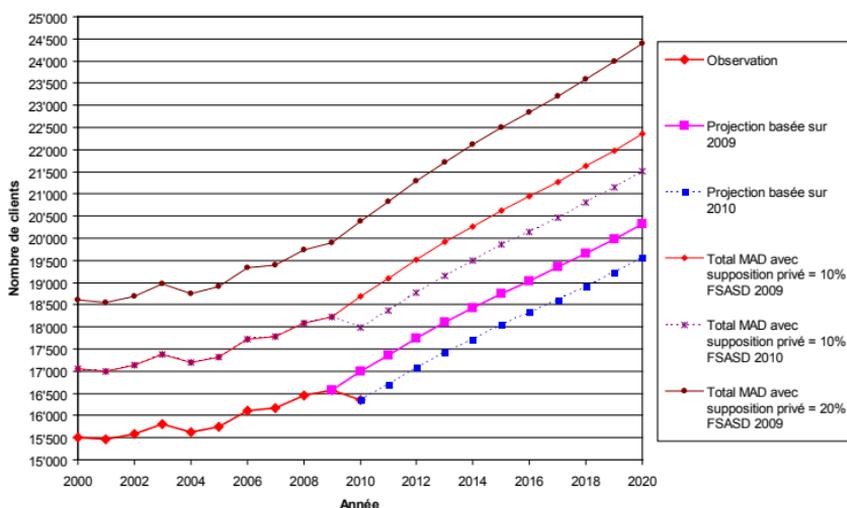
La figure 35 prolonge l'analyse jusqu'en 2040. Elle montre que l'accélération du vieillissement de la population produit un doublement des effectifs nécessitant des soins de longue durée en trente ans.

Figure 36 : durée cumulée des soins LAMal et de l'aide pratique jusqu'en 2040



Alors que la croissance de l'effectif est modérée, la modification de la structure par âge des cohortes servies induit une croissance beaucoup plus importante du temps ou du coût des prestations principalement pour les anciens clients, autrement dit pour les clients chroniques recevant des prestations pendant en moyenne quatre ans.

Figure 37 : évolution de la clientèle de l'aide et des soins à domicile jusqu'en 2020



La figure 37 est basée sur les projections démographiques produites par le SCRIS fin 2010.

Elle montre l'effectif total des clients de la FSASD de 2000 à 2010, les projections construites à partir des données observées en 2009 et en 2010. La contribution supposée des prestataires privés complète ces modèles. L'estimation de la proportion de clients privés est calculée à partir des valeurs annoncées par ces institutions (20 % du total). Leur réelle contribution reste non mesurable dans la mesure où il s'agit seulement de données concernant le nombre de clients, sans indication de la quantité de travail délivré ni de la charge requise. Leur activité en proportion de celle de la FSASD est donc supposée identique en effectif et en temps de soins.

Entre 2009 et 2010, l'activité globale de la FSASD fléchit. Ce phénomène ne peut être que marginalement attribué à l'ouverture de nouveaux EMS. En revanche, le budget constant et contraignant de la FSASD l'a empêché d'adapter ses ressources humaines à la demande. Sous l'hypothèse que la FSASD ne délivre que des prestations indispensables, alors sa contrainte budgétaire représente une restriction de l'accès aux soins.

Deux conséquences possibles à cela : soit les patients sont poussés vers les EMS dont les ressources ont été adaptées lors de l'ouverture des nouveaux établissements, soit ils ont dû recourir à des services privés. L'apparition récente (après la création de la FSASD) de ces derniers sur le marché tendrait à valider cette seconde interprétation.

La clientèle des services privés a été modélisée avec des parts de marché constantes

(10 % et 20 %) Cependant, cela ne représente pas la réalité de 2000 à 2009 puisque leur part de marché est d'abord très faible et croît progressivement.

Avant 2011, cette part était faiblement subventionnée. Dès 2011, la mise en œuvre des règles du nouveau financement des soins de longue durée impliquerait pour ces entreprises qu'elles concluent un contrat de prestations avec le canton si elles délivrent des prestations imputables à l'assurance obligatoire des soins (AOS / LAMal).

A ces projections qui montrent un accroissement annuel de 500 clients supplémentaires pour la FSASD s'ajoutera l'effet lié à l'introduction du nouveau financement des soins hospitaliers. En effet, à l'effet démographique décrit ci-dessus pourrait s'ajouter un transfert de clients entre les établissements dispensant des soins aigus et la FSASD, due à l'introduction au niveau national d'un nouveau système de facturation tendant à diminuer les durées de séjours en hôpital et qui tend à favoriser des sorties plus précoces des patients.

On estime à 400'000 le nombre de journées de soins aigus. La comparaison avec les hôpitaux plus efficaces laisse supposer un potentiel de réduction des journées d'hospitalisation en soins aigus de 10 % (« quart best centre hospitalier ») à 20 % (« best centre hospitalier »). Il faut toutefois tenir compte de l'hétérogénéité des groupes de diagnostics. Les centres les plus efficaces le sont non seulement pour des raisons managériales, mais aussi grâce à la sélection des patients. Ainsi, il est peu probable que les HUG puissent augmenter leur efficacité de plus de un pourcent. Si tel devait être le cas, pas moins de 4'000 journées de soins aigus seraient potentiellement transférées dans les autres secteurs dont une partie aux soins à domicile.

En faisant l'hypothèse que l'entièreté de ces journées soit attribuée aux soins à domicile, il faut encore estimer le nombre d'heures de soins et de travail que cela représente pour ces structures. Le temps de soins « exporté » à domicile ne devrait pas excéder le coût marginal de la dernière journée de soins à l'hôpital. Cela étant, nous n'avons pas encore d'information sur les durées de soins des derniers jours en hôpital.

En première estimation, une heure de soins à domicile par jour pour les 4'000 journées supplémentaires au total semble possible. Cette augmentation représenterait donc entre quatre et huit pourcent du temps de soins des nouveaux clients et de deux pourcent du temps de soins de l'ensemble de la clientèle.

21.4.5. Discussion/propositions/effets réseau de soins

La croissance du besoin de 2010 à 2015, fondée sur les effectifs de la clientèle de la FSASD en 2009 ou 2010, est identique. Seul le point de départ change. Celui de 2009 est préféré, car soumis à une moindre contrainte budgétaire. La différence d'activité de la FSASD observée entre 2009 et 2010 induit un transfert des prestations en faveur du secteur privé et une restriction de l'accès aux soins.

Il est cependant peu souhaitable de conserver cette limitation de l'activité de la FSASD pour réduire les charges publiques. Le transfert d'activité auprès des services privés pourrait

de toute façon se retrouver à terme à charge de l'Etat selon les nouvelles dispositions de la LAMal. En outre, une limitation artificielle pourrait constituer une mise en échec de la politique d'optimisation du réseau de soins. En effet, elle peut induire des admissions en EMS de patients qui ne pourraient pas être suivis à domicile. Enfin, les capacités de soins à domicile doivent précisément être maintenues pour un fonctionnement économique du réseau de soins avec l'introduction des forfaits par cas dans le domaine hospitalier.

21.4.6. Conclusion

Les soins à domicile enregistreront un accroissement annuel de 500 clients ou 3.1 % de leur nombre actuel de clients dû au seul effet de la démographie. Un accroissement supplémentaire de un à deux pourcent, lié à l'introduction du nouveau financement des soins hospitaliers, est possible. Ceci produit une progression globale de quatre à cinq pourcent par année, soit à coûts moyens constants, une offre supplémentaire à financer pour environ huit millions.

21.5. Repas et sécurité

21.5.1. Introduction

L'accès aux repas et la sécurité des clients sont des composants essentiels des stratégies de maintien à domicile. La FSASD et certains EMS fournissent leurs prestations avec ou sans déplacement du client. Les calculs ci-dessous se basent sur l'activité de la FSASD (seules données quantitatives disponibles à ce jour).

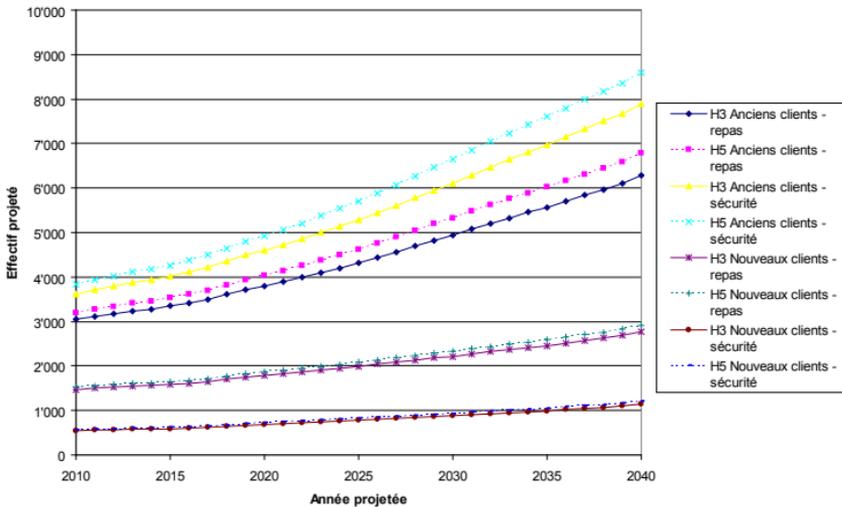
Les prestations de sécurité consistent principalement à mettre à disposition des personnes qui en ont besoin des systèmes d'appels et d'alarmes.

21.5.2. Hypothèses

- La croissance de ces besoins n'est pas affectée par l'ouverture d'EMS ni celle d'IEPA à court terme et pour les 5 ans à venir.
- La structure des besoins par âge observée actuellement reste valide ces 5 prochaines années.

21.5.3. Résultats

Figure 38 : nombre de bénéficiaires de dispositif de sécurité et de repas - Anciens et nouveaux clients



La figure 38 montre que le besoin en dispositifs de sécurité et en repas augmente de façon régulière au fil des années et est directement corrélé à l'augmentation de la population et à son vieillissement.

21.5.4. Conclusion

Le réseau doit être à même de fournir quelques centaines de dispositifs de sécurité supplémentaires d'ici à 2015 et environ 400 repas supplémentaires.

21.6. Proches-aidants

Tant les unités d'accueil temporaire que les immeubles avec encadrement, les foyers de jour et certaines prestations de soins à domicile sont de nature à alléger le travail des aidants naturels des personnes âgées. L'engagement des proches est souvent la condition première du maintien à domicile. Ainsi dans une stratégie qui allie tant le bien être de la personne âgée que la meilleure adéquation des soins, il convient de promouvoir et soutenir l'action des proches aidants afin de leur permettre de contribuer à éviter des hospitalisations et des placements en EMS non nécessaires. Une politique spécifique de reconnaissance de leur travail ainsi que l'exploration de pistes permettant la valorisation de l'engagement des aidants naturels doivent être poursuivies.

22. Conclusion

Le dispositif médico-social genevois est organisé par prestataire et famille de prestataires. Il se conforme aux structures institutionnelles en place. Les stratégies de financement suivent cette structure, qu'il s'agisse des contrats de prestations, des subventions, des prestations complémentaires individuelles ou du financement par l'assurance maladie. Des barrières économiques, des seuils et des discontinuités des niveaux de financement entravent la recherche de la meilleure efficacité, voire l'empêchent.

Une partie de ces facteurs échappe à une influence cantonale réelle, car elle relève de la législation fédérale (LAMal, AVS, AI, LPGA, LCA, Cst...). Certains facteurs dépendent du droit cantonal (LSDom, LS, loi générale sur le logement et la protection des locataires, du 4 décembre 1977 [LGL ; I 4 05]), d'autres de l'organisation politique, de l'organisation de la société civile, des acteurs économiques et des institutions en place.

Seules des actions concertées de tous les acteurs cantonaux sont susceptibles de favoriser l'efficacité. Elles comprennent l'organisation et la récolte de données mesurant les gains d'efficacité, un pilotage consensuel mais cohérent, une opérationnalisation des enseignements de la planification, etc.

A l'horizon 2015, il faut prévoir une augmentation annuelle de 4 à 5% du volume de soins à domicile. Une centaine de places d'UATR ainsi que la construction de nouveaux immeubles avec encadrement pour personnes âgées seraient souhaitables. Ces éléments permettraient des gains d'efficacité importants en évitant le placement en EMS et en permettant une maîtrise des coûts hospitaliers.

La planification ambulatoire

23. Introduction

23.1. Contexte

Périmètre de l'analyse

Le présent chapitre traite de la planification ambulatoire de la profession de médecin. Les autres professions de la santé ne sont pas incluses dans cette analyse. Il n'y a, en effet, pas de base légale pour réguler la pratique de ces dernières. Cependant, du fait de la pénurie actuelle ou future de certaines professions (personnel soignant et médecins), cette question est traitée en fin de chapitre.

En l'absence de normes officielles et d'enquêtes systématiques en la matière, il n'existe pas véritablement d'instrument de mesure permettant de déterminer, sur des bases objectives, si l'offre en prestataires de soins est en adéquation avec les besoins de la population. C'est pour pallier ce manque relatif de repères que notre canton a mis en place une commission dite « quadripartite » qui, en réunissant tous les partenaires, permet à la DGS d'être en contacts réguliers avec les associations professionnelles, bénéficiant ainsi de leur expertise, de leur connaissance du terrain et des conclusions des sondages et études qu'elles mènent annuellement. Cette observation continue et attentive de la réalité cantonale, ainsi que les comparaisons intercantionales du nombre de médecins exerçant en pratique libérale et dans les hôpitaux, nous permettent d'affirmer que la population genevoise dispose actuellement d'un réseau de prestataires de soins globalement suffisant pour couvrir ses besoins.

Les médecins et la clause du besoin

L'exercice de la profession de médecin est soumis en Suisse à la délivrance d'une autorisation de pratiquer telle que prévue par la loi fédérale sur les professions médicales du 23 juin 2006 (LPMed ; RS 811.11). L'autorisation, basée sur les diplômes, est délivrée par le canton et constitue une autorisation de police. Une fois autorisés, les médecins sont susceptibles de devenir des fournisseurs de prestations au sens de la LAMal. Toutefois, pour fournir effectivement des soins à la charge de l'assurance-maladie obligatoire des soins, ils doivent s'être vu préalablement délivrer une autorisation de pratiquer à la charge de la LAMal par le département chargé de la santé.

23.2. Fondements, bases légales

En juin 2002, les accords bilatéraux I conclus en 1999 entre la Suisse et l'Union européenne (UE) sont entrés en vigueur. Sur cette base, tout médecin de l'Union européenne peut demander une reconnaissance de diplôme et venir exercer la médecine en Suisse. Les médecins titulaires de diplômes hors UE peuvent exercer leur profession en qualité d'assistant-médecin, uniquement dans les établissements de formation reconnus par la fédération des médecins suisses (FMH). Un médecin suisse ou ressortissant de l'UE qui

répond aux exigences légales prévues pour l'exercice de la médecine obtient le droit de pratiquer en qualité de médecin et non pas d'assistant-médecin.

Dans le prolongement de l'application de ces accords, différents outils ont été développés pour prévenir une explosion du nombre de reconnaissances, respectivement du nombre d'installations de nouveaux médecins, entraînant une augmentation des coûts de la santé.

Le 3 juillet 2002, le Conseil fédéral se fonde sur l'article 55a de la LAMal et édicte 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), dite ordonnance de la clause du besoin (ci-après : l'ordonnance). Depuis lors, un médecin autorisé à pratiquer n'est plus automatiquement admis à pratiquer à la charge de la LAMal (voir point 23).

Dès le 3 juillet 2002, le canton de Genève applique la clause du besoin, initialement sur la base d'une directive, puis adopte un règlement d'application de l'ordonnance sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire (RaOLAF ; J3 05.50) et un 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 (RComOLAF ; J 3 05.51).

23.3. Objectifs de la planification

L'objectif économique de la régulation de l'offre médicale ambulatoire est de ne pas péjorer les coûts de la santé par une offre non nécessaire. La clause du besoin se traduit par une limitation de la délivrance de l'autorisation de pratiquer à l'attention des médecins. Elle ne donne plus automatiquement le droit de fournir des prestations à la charge de la loi fédérale de la LAMal.

Se fondant sur les données disponibles, le Conseil fédéral avait fixé en 2002 dans l'annexe de l'ordonnance le nombre maximum de fournisseurs admis par canton, considérant *de facto* que l'offre médicale couvrait les besoins de la population. Ces chiffres ont été fournis par santésuisse, l'organisation faîtière des assureurs-maladie. Il s'agissait du nombre de médecins facturant pour chaque spécialité des prestations à la charge de l'assurance-maladie obligatoire à ce moment-là (tableau 28, colonne « nombre maximum selon l'ordonnance »). La possibilité a toutefois été donnée à chaque canton d'adapter ultérieurement le nombre maximum qui avait été fixé. Le canton de Genève avait légèrement corrigé ces chiffres sur la base d'un questionnaire envoyé aux médecins du canton et des données disponibles dans le registre des autorisations de pratiquer.

La planification ambulatoire concerne uniquement la profession de médecin. Il s'agit d'une régulation de l'offre médicale ambulatoire, dénommée communément la clause du besoin pour les médecins. L'objectif est une stabilisation du nombre de médecins facturant des prestations à la charge LAMal. Une nouvelle admission à pratiquer à la charge de la LAMal n'est possible qu'en cas de cessation d'activité d'un médecin dans la même spécialité.

23.4. Évolution du recours au système de soins et éléments démographiques

Plusieurs facteurs doivent être considérés comme étant susceptibles d'influencer l'équilibre entre l'offre disponible et les besoins de la population. En premier lieu, il faut mentionner le contexte démographique général tendant vers un vieillissement de la population, qui aura un impact certain sur la médecine ambulatoire, comme sur les autres secteurs, en faisant augmenter la consommation de soins chez les personnes souffrant d'affections chroniques.

Parallèlement, il existe des facteurs plus spécifiques liés à la profession de médecin. La féminisation de cette profession implique une augmentation des temps partiels, ainsi que des cessations temporaires d'activité pour cause de maternité. Cet effet, cumulé avec les nombreux départs en retraite de praticiens ces prochaines années, risque d'accentuer le problème de la relève. Nous reviendrons en détail sur ces questions et sur les mesures envisagées pour y remédier, tant au niveau cantonal que fédéral, dans la suite de ce chapitre.

23.5. Risques

Planifier l'offre médicale ambulatoire sur la base d'un nombre maximum fixé en 2002 n'est pas sans risque. En effet, le risque sanitaire est d'avoir un nombre de médecins qui ne soit pas en adéquation avec les besoins de la population. Ces derniers étaient couverts en 2002, mais la densité médicale ne donne aucune indication sur les prestations réellement fournies dans chaque spécialité médicale. Il n'existe pas d'analyse de la situation de départ ni au niveau fédéral ni au niveau cantonal, notamment au sujet du nombre de médecins à temps partiel, ou de projection du nombre de médecins à la retraite dans les 10 ans à venir. Enfin, il n'y a pas d'étude du nombre idéal de médecins par spécialité nécessaires pour prendre en charge une population.

Le risque financier, sans clause du besoin, serait d'avoir un trop grand nombre de médecins qui facturent des prestations. La levée de la clause du besoin pour les médecins de premier recours, en janvier 2010, a déjà donné lieu à l'amorce d'un tel phénomène.

Un recours au Tribunal fédéral contre un refus d'admission à pratiquer à la charge de la LAMal pourrait remettre en question le principe même de la limitation des fournisseurs de prestations. Il y a en effet lieu de rappeler que cette limitation avait été instituée pour une durée déterminée, mais qu'elle a été régulièrement prolongée depuis maintenant 10 ans. L'argument de l'atteinte à la liberté économique des médecins est régulièrement avancé.

23.5.1. Stratégie de réduction du risque : Commission quadripartite

Afin de minimiser le risque d'avoir un nombre de médecins qui ne soit pas en adéquation avec les besoins de la population, le Conseil d'Etat a nommé une commission quadripartite qui a pour but de réunir, aux fins de consultation, les représentants des principaux partenaires de la santé concernés par la limitation. Elle se compose :

- du directeur général de la direction générale de la santé, membre de droit, qui en assure la présidence ;
- d'un représentant de l'Association des médecins du canton de Genève ;
- d'un représentant de l'Association des médecins d'institutions de Genève ;
- d'un représentant médical des Hôpitaux universitaires de Genève ;
- d'un représentant médical des établissements privés.

Elle a pour mission d'assister le DARES en émettant des préavis non contraignants à son intention dans le cadre de la limitation de l'admission à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire. De plus, une analyse annuelle des cessations d'activité mène à la libération d'un certain nombre de droits de pratiquer à charge de l'assurance-maladie obligatoire, par spécialité, afin de maintenir un statu quo du nombre de médecins en activité dans le canton.

24. Historique, rappel des faits

Jusqu'en 2002, il n'existait aucune régulation de l'offre médicale. La clause du besoin a été introduite en 2002 pour trois ans par le Conseil fédéral, puis a été reconduite en 2005 et en 2009 ; avec une échéance au 31 décembre 2011. La clause du besoin concernait l'ouverture de nouveaux cabinets médicaux jusqu'au 31 décembre 2009. Lors de sa dernière reconduction, pour 2010 et 2011, son application a été étendue au secteur ambulatoire des hôpitaux et limitée aux médecins spécialistes, à l'exception des médecins de premier recours (médecins internistes, médecins généralistes, pédiatres, médecins praticiens). Les perspectives 2010-2011 concernant la levée de la clause du besoin pour les médecins de premier recours, et particulièrement pour les médecins praticiens, sont développées plus loin. Des conséquences déjà visibles en 2010 justifient pour le canton de Genève une planification de l'offre médicale ambulatoire.

24.1. La clause du besoin 2002-2009

24.1.1. Genève versus la Suisse

L'ordonnance de 2002 comprend une annexe fixant le nombre maximum de fournisseurs admis par canton. Le tableau 27 présente un extrait de l'annexe 1 de l'ordonnance de juillet 2002. Le canton de Genève constate, à ce moment-là, que la densité de médecins pour 100'000 habitants à Genève, est plus élevée que dans le reste de la Suisse, quelle que soit la discipline. C'est sur cette base que le canton de Genève a décidé d'introduire

la clause du besoin en 2002. On relève, par exemple, une densité de psychiatres de 66.6 pour 100'000 habitants à Genève contre 27.4 dans le reste de la Suisse et une densité de chirurgiens de 21.8 à Genève contre 11.6 au plan national. D'une manière générale, la densité de médecins spécialistes est deux fois plus élevée à Genève que dans le reste du pays. Seule la médecine générale fait exception avec une densité genevoise de 85.5 contre 73.4 pour l'ensemble de la Suisse.

Tableau 27 : Taux de médecins pour 100'000 habitants

(extrait de l'annexe 1 – OFSP – juillet 2002)

	Médecine générale	Chirurgie	Psychiatrie	Autres spécialistes
Région lémanique	83.1	17.4	41.0	7.2
Genève	85.5	21.8	66.6	10.8
Suisse	73.4	11.6	27.4	4.4

24.1.2. Liste d'attente

Une autorisation de pratiquer à la charge de la LAMal peut être délivrée dans une spécialité uniquement si les chiffres de l'annexe 1 ne sont ni atteints ni dépassés. Dans le cas contraire, les médecins sont mis sur une liste d'attente par spécialités médicales telles que répertoriées par l'ordonnance fédérale, liste qui est établie par la Direction générale de la santé. Toutefois, un médecin qui a démontré pallier l'insuffisance de la couverture des besoins de la population dans une spécialité donnée peut déposer une demande d'admission exceptionnelle à pratiquer à la charge de la LAMal. Il en va de même, lorsque le médecin, inscrit sur la liste d'attente, souhaite reprendre le cabinet d'un confrère qui ne peut trouver un successeur déjà au bénéfice d'un droit de pratiquer à la charge de la LAMal. Pour ce faire, le médecin reprenneur doit néanmoins fournir la preuve que la reprise de la clientèle répond à un besoin. Toutes ces demandes d'admission de médecins sont soumises à la commission quadripartite pour préavis.

La liste d'attente comptait, en décembre 2009, 347 médecins, dont 137 médecins de premier recours (médecins internistes, médecins généralistes, pédiatres, praticiens) et 210 spécialistes parmi lesquels 45 psychiatres. Parmi les médecins de premier recours, la liste précitée comportait 107 médecins praticiens, 14 généralistes ou internistes et 16 pédiatres.

24.1.3. Droits de pratique : volume stable de 2003 à 2010

Le tableau 28 présente le total des droits de pratiquer libérés pour les années 2003 à 2010, par spécialité. Le nombre de droits de pratiquer à la charge de l'assurance-maladie libérés par année varie de 22 à 94 pour un total de libérations de 453 sur la période considérée. Le nombre annuel de libérations est resté assez stable entre 2003 et 2009. Sauf exception, ces libérations compensent toujours le départ en retraite ou la cessation d'activité de médecins dans les mêmes spécialités.

Dès 2010, on peut constater une brusque augmentation de 122 nouvelles libérations. En effet, la clause du besoin ne s'applique plus aux médecins de premier recours (médecins internistes, médecins généralistes, pédiatres, médecins praticiens). Un total de 45 médecins praticiens ont donc obtenu leur admission à pratiquer à charge de la LAMal en 2010. Ils étaient 107 sur la liste d'attente au 31 décembre 2009.

24.1.4. Les effets de l'application de la clause du besoin à Genève de 2002 à 2009

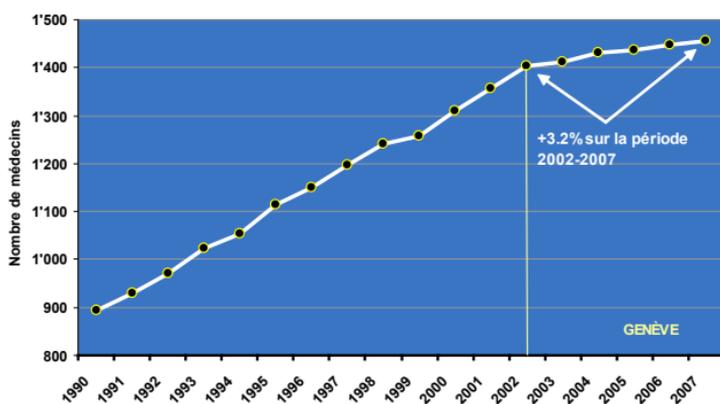
Avec l'application stricte de la clause du besoin à Genève, la population médicale est restée stable et la progression des coûts de la santé a été ralentie.

Le nombre de médecins en pratique privée à Genève est passé de 1'404 en 2002, à 1'430 en 2004, puis à 1'456 à la fin 2007 (figure 39). Sur la période 2002-2007, la progression du nombre de médecins en pratique privée a donc représenté 3.2% à Genève, alors qu'elle était de 7.8% pour l'ensemble de la Suisse. La figure 40 illustre la progression de médecins en pratique privée dans l'ensemble de la Suisse.

Plus récemment, on constate que l'augmentation totale des coûts par assuré entre début 2006 et fin 2008 a été de 3.9% à Genève, contre 8.1% en Suisse (figure 41).

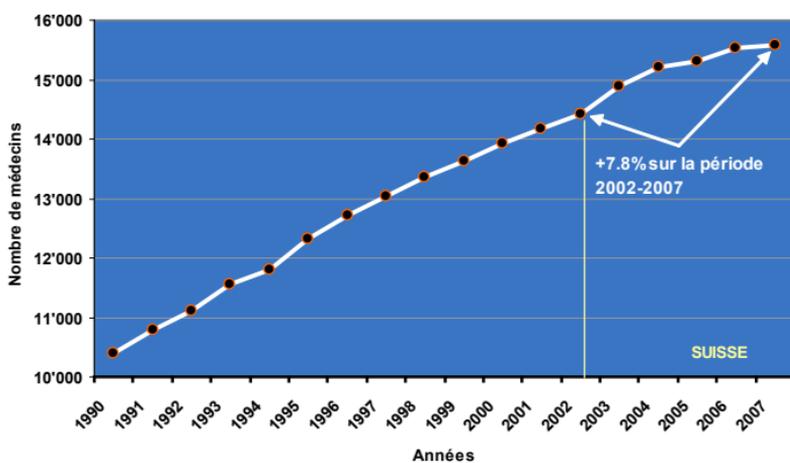
De 2002 à 2009, la clause du besoin ne s'appliquait qu'à l'exercice de la médecine en cabinets individuels. Cela a permis à des médecins figurant sur la liste d'attente de facturer des prestations à la charge de l'assurance-maladie en qualité de salariés d'une institution. Il en résulte une stabilisation du nombre de cabinets et une augmentation de l'offre de l'ambulatorio hospitalier. Malgré tout, le bilan global montre une stabilisation, voire une diminution, des coûts de la santé à Genève, par rapport à l'ensemble de la Suisse.

Figure 39 : médecins en pratique privée, Genève 1990-2007



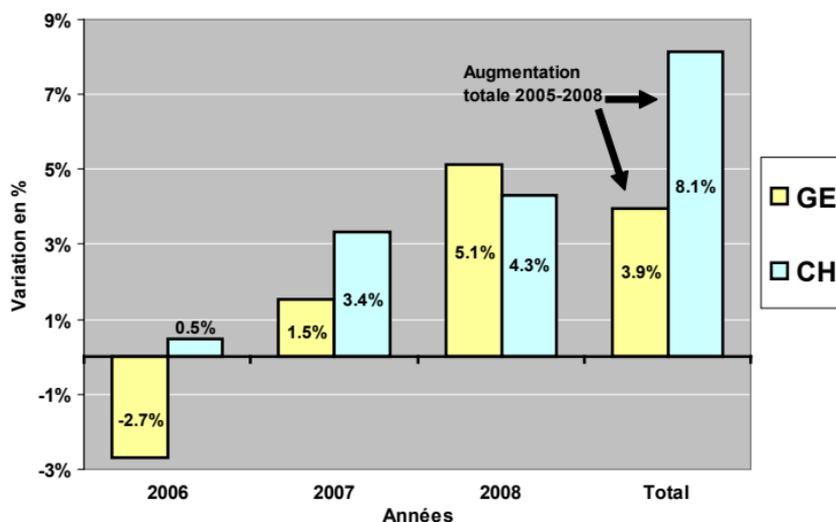
(source OFSP)

Figure 40 : médecins en pratique privée, Suisse 1990-2007



(source OFSP)

Figure 41 : augmentation totale des coûts par assuré à Genève et pour la Suisse de 2005 à 2008



(source OFSP)

25. Situation initiale

Perspectives 2010- 2011 : médecins praticiens

Les médecins de premier recours sont les médecins internistes, médecins généralistes, pédiatres et médecins praticiens. La formation post-graduée d'un médecin praticien est de trois ans, alors que celle d'un généraliste ou d'un interniste est de cinq ans. Les autres médecins sont des spécialistes dont la formation post-graduée est de cinq à six ans.

L'application de la clause du besoin limitée aux spécialistes a des conséquences qui ne sont pas complètement prévisibles pour le moment. Le nombre de médecins de premier recours qui ont obtenu une autorisation de pratiquer à la charge de la LAMal à Genève depuis la levée de l'application de la clause du besoin en janvier 2010 est de 85, soit 45 médecins praticiens, 13 pédiatres, 25 médecins-internistes et 2 médecins-généralistes.

Depuis le 1^{er} janvier 2010, la situation des médecins praticiens dans le canton est suivie de près par le DARES. Une analyse rétrospective sur les cinq dernières années montre que le nombre de praticiens arrivés sur le marché genevois a fluctué entre 18 et 27 chaque année. Ils travaillaient tous dans des institutions. Un total de 45 médecins praticiens ont obtenu leur admission à pratiquer à charge de la LAMal en 2010. A noter que deux tiers de ces médecins praticiens sont d'origine française. Les 45 médecins praticiens qui ont reçu une autorisation de pratiquer à la charge LAMal exercent pour 36 d'entre eux

en institution privée et 9 ont ouvert un cabinet. Sur les 45, 31 étaient déjà au bénéfice d'une autorisation non à charge LAMal avant le 1^{er} janvier 2010 et 14 sont nouveaux à Genève.

Le canton de Genève voit ses médecins praticiens en institution choisir d'ouvrir un cabinet médical et les institutions être des lieux d'appel pour de nouveaux praticiens venus de l'Union européenne. De plus, un certain nombre de praticiens de l'Union européenne choisissent de venir s'installer à Genève et ouvrir un cabinet.

Bien que le canton de Genève soutienne l'installation des médecins de famille, il souhaite promouvoir une médecine de qualité. Or, la formation post-graduée d'un médecin praticien et celle d'un généraliste ou d'un interniste n'étant pas les mêmes, Genève souhaite que les exigences requises pour l'obtention du FMH de praticien soient les mêmes que celles d'un FMH de généraliste ou interniste, soit une formation post-graduée de cinq ans. Cela étant, les reconnaissances de diplômes sont de la compétence de la Confédération, et non pas du canton. Dès lors, Genève a demandé à ce que l'OFSP intervienne auprès de la FMH pour que les médecins de premier recours aient tous un niveau équivalent de formation.

26. Données utiles à la planification

26.1. Données nécessaires

La Suisse manque de données pour mieux piloter l'offre médicale ambulatoire. En effet, aucune étude n'est actuellement disponible pour connaître le nombre de médecins nécessaires pour couvrir les besoins de la population.

Dès lors, le canton de Genève soutient la proposition commune de janvier 2011 émanant de la Fédération des médecins suisses (FMH) et de la Conférence des directrices et directeurs de la santé (CDS) de création d'une recherche nationale sur la couverture de soins ambulatoire et hospitalier. Elle se ferait en collaboration avec les cantons et les fédérations de fournisseurs de prestations et d'assureurs.

26.2. Données disponibles

Le registre des autorisations permet de connaître le nombre de médecins au bénéfice d'une autorisation de pratiquer, ainsi que leur âge.

La figure 42 montre le nombre de médecins actifs au 31.12.2010 (colonnes bleues) dans les spécialités où ils sont les plus nombreux, hors médecine de premier recours. La stabilisation du nombre de médecins spécialistes est observable pour toutes les spécialités en 2010. Le nombre de médecins fixé par l'annexe 1 de l'OLAF (colonne jaune) n'est jamais dépassé.

Le nombre maximum de médecins fixé dans l'annexe 1 est plus élevé en 2010 qu'en

2002 et en 2005, car les médecins du secteur ambulatoire des institutions sont pris en compte et s'ajoutent aux médecins en cabinets individuels (figure 43). De 2002 à 2009, la clause du besoin ne s'appliquait qu'à l'exercice de la médecine en cabinets individuels.

Figure 42 : médecins spécialistes actifs au 31.12.2010

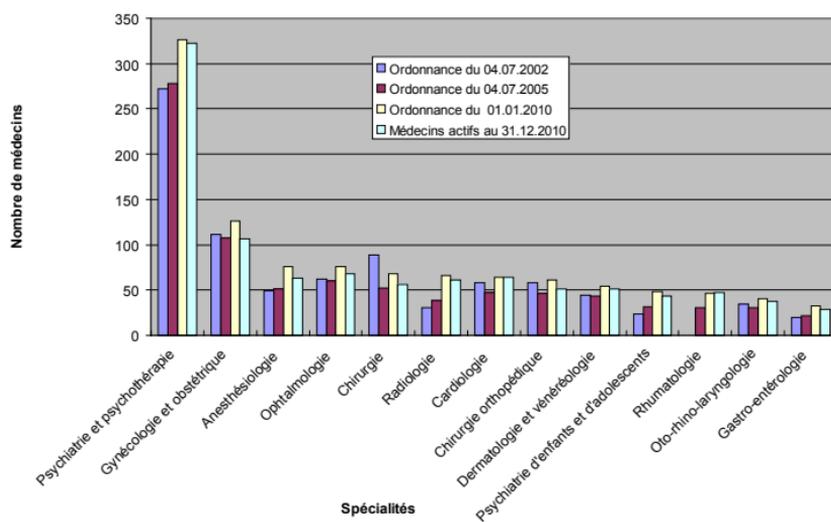
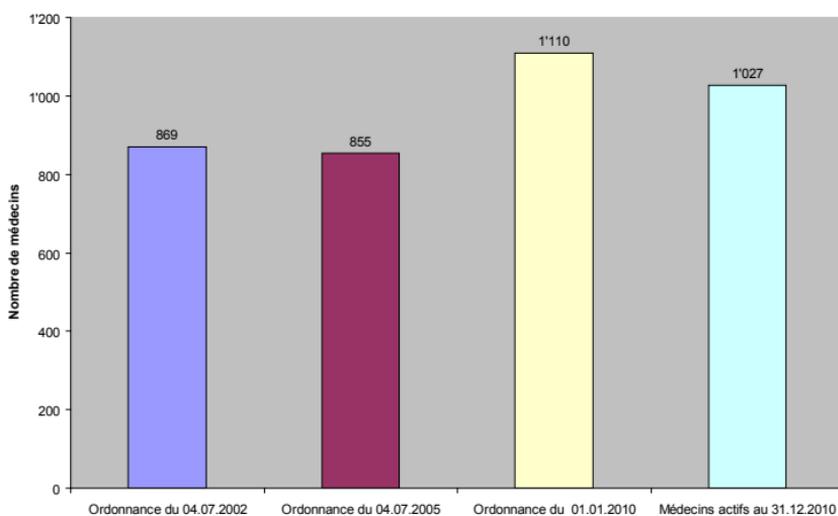


Figure 43 : nombre de médecins en activité pour les dix principales spécialités sans les médecins de premier recours



27. Planification ambulatoire

27.1. Projections

27.1.1. Méthode

L'expérience genevoise depuis 2002 et une analyse de l'évolution des autorisations avec la levée de la clause du besoin pour les médecins de premier recours sert de base de départ pour les projections.

27.1.2. Hypothèse

A court terme, sans aucun outil de pilotage tel que la clause du besoin, le risque principal est l'installation massive de médecins et une augmentation des coûts. Le canton de Genève souhaite que la Confédération prolonge la clause du besoin **qui expire fin 2011** et permette aux cantons de piloter l'offre médicale ambulatoire. Il se range derrière la proposition commune de janvier 2011 du comité directeur de la **CDS et de la FMH de soumettre au Parlement une réglementation subséquente à la limitation de l'admission au sens de l'art. 55a LAMal.**

27.1.3. Analyse

A Genève, les médecins âgés de plus de 55 ans représentent 59 % du corps médical. Ils prendront leur retraite dans les dix ans à quinze ans à venir. Le canton court donc le risque de manquer de médecins dans dix ans. De plus, Genève compte 42 % de médecins de premier recours et 58 % de spécialistes. Idéalement, il faudrait un rééquilibrage pour atteindre des taux d'environ 60 % de médecins de premier recours et 40 % de spécialistes.

27.1.4. Résultats

Le DARES devra continuer de rééquilibrer le rapport médecins de premier recours/spécialistes en faveur des premiers. Le DARES devra tenir compte de l'âge des médecins et de la féminisation de la profession, donc de l'augmentation des temps partiels.

Pour ce faire, la commission quadripartite devrait permettre de moduler et adapter l'offre médicale ambulatoire aux besoins de la population. Cette démarche correspond cependant plus à une régulation qu'à une véritable planification qui, elle, nécessiterait une modification du cadre législatif

27.2. Discussion/propositions/effet des réseaux de soins

Perspectives 2012-2015

La décision de limiter, ou réguler, l'offre médicale ambulatoire relève légalement de la Confédération. Le souhait de Genève serait que la Confédération proroge la réglementation en vigueur après le 31 décembre 2011, comme elle le fait depuis 2002, afin de pouvoir continuer de réguler l'offre médicale ambulatoire.

Le DARES a également fait part à la CDS de son soutien à la proposition commune CDS-FMH. Cette proposition prévoit que les cantons puissent prendre des mesures en cas d'excès ou d'insuffisance de l'offre médicale.

27.3. Conclusion

Le canton de Genève applique la clause du besoin depuis 2002 et a la volonté de maintenir une régulation de l'offre médicale concertée avec l'ensemble du corps médical, adaptée aux besoins. Cette possibilité dépend néanmoins du cadre offert au niveau fédéral par la LAMal.

Avec l'application stricte de la clause du besoin dans le canton, la population médicale est restée stable jusqu'à fin 2009 et la progression des coûts de la santé a été ralentie.

En 2010, avec la levée de la clause du besoin pour les médecins de premier recours, le canton tire les premiers constats des effets de la limitation de cette même clause aux médecins spécialistes. Depuis le 1^{er} janvier 2010, 45 médecins praticiens ont obtenu une autorisation de pratiquer à la charge de la LAMal.

Sur cette base, le canton souhaite pouvoir prendre des mesures en cas d'excès ou d'insuffisance de l'offre médicale et plaide en faveur du maintien d'outils de régulation de l'offre médicale. La poursuite d'une clause du besoin relève de décisions fédérales qui seront prises d'ici le 31 décembre 2011.

La pénurie des professionnels de la santé

28. Médecins

28.1. Contexte

Les médecins sont-ils dans une situation de pénurie ou de pléthore? Les deux affirmations sont justes, car les deux situations coexistent. En effet, les médecins spécialistes sont trop nombreux et les médecins de premier recours manquent. De même que les médecins en pratique privée sont trop nombreux, alors que les hôpitaux font face à une pénurie de médecins.

28.2. Données disponibles

Le Rapport du Conseil suisse de la science et de la technologie sur la Démographie médicale et la réforme de la formation professionnelle des médecins, datant de septembre 2007, résulte d'un mandat de la Confédération, soit du Secrétariat d'État à l'éducation et à la recherche. Il répond à la question suivante : la Suisse va-t-elle manquer de médecins, et faudrait-il par conséquent accroître la capacité d'accueil en études de médecine, compte tenu de l'afflux croissant de candidats ? La réponse selon ce rapport est clairement affirmative.

Le rapport conclut qu'il faut impérativement former davantage de médecins et repenser fondamentalement leur formation professionnelle pour pouvoir continuer à offrir à la population une médecine de premier recours de qualité, tout en répondant aux besoins de personnel spécialisé et très spécialisé des hôpitaux. Les raisons du besoin accru sont liées à l'obligation faite aux hôpitaux de réduire les horaires de travail des médecins, comme l'exige la loi sur le travail ; on évalue à 25 % le supplément de postes créés ces dernières années pour cette raison. Il faut aussi mentionner l'effet, toutefois moindre, de la clause du besoin, avec un nombre accru de jeunes médecins restant dans les hôpitaux, où ils continuent de se spécialiser en attendant de pouvoir passer en pratique indépendante. On observe par ailleurs une tendance générale à la réduction du temps de travail si l'on fonde le calcul sur les équivalents plein temps et non plus le nombre de médecins, la densité de couverture médicale en Suisse retombe sensiblement. La recommandation du rapport est d'accroître de 20 % la capacité d'accueil des facultés de médecine.

A cet égard, la Commission de la science, de l'éducation et de la culture (CN) a déposé, en octobre 2010, une motion (10.3886) visant à créer les bases juridiques pour fixer un nombre minimal de places d'étudiants dans les facultés de médecine de Suisse.

Sur la base du rapport « démographie médicale » de 2007, l'Université de Genève a déjà pris des mesures allant dans ce sens, puisqu'elle forme 35 % de médecins en plus. En effet, elle formait 100 à 105 médecins chaque année et ce nombre est passé à 140. Le changement ne sera visible que dans douze ans, compte tenu de la durée de formation des médecins.

Le nombre de médecins de premier recours (généralistes, pédiatres) ne cesse de diminuer dans les régions périphériques. De nombreuses sociétés médicales ont fait savoir que le vieillissement de leurs effectifs allait poser de graves problèmes de relève. Genève fait des constats semblables. Notre canton compte de nombreux médecins de plus de 55 ans et une majorité de spécialistes.

Médecins hospitaliers

Alors que le taux de médecins étrangers est de 40 % dans les hôpitaux suisses, les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) comptent 36 % de médecins étrangers. En soi, ce taux ne signifie rien : il englobe des « étrangers » ayant grandi et étudié à Genève. Si on s'intéresse plutôt au lieu d'obtention du diplôme, il s'avère que 68 % des médecins des HUG ont été formés en Suisse. Reste un tiers de médecins diplômés ailleurs et qui vient, en partie, combler un manque. Parmi les 1'600 médecins engagés aux HUG, 32 % ont été formés hors de Suisse, soit 20 % en Europe et 12 % dans des pays extracommunautaires.

Propositions

Le DARES soutient la politique de la faculté de médecine qui consiste à augmenter d'un tiers le nombre de diplômés par année afin de pallier le manque futur de médecins ayant pris leur retraite.

Le DARES continue de rééquilibrer le rapport médecins de premier recours/spécialistes en faveur des premiers. Il dispose actuellement de la clause du besoin et soutient son prolongement. Une des alternatives consiste à favoriser le développement des réseaux de soins intégrés.

Du point de vue hospitalier, l'augmentation du nombre de postes stables de médecins formés serait une piste à explorer pour limiter la pénurie de médecins hospitaliers. Une telle stratégie nécessiterait de repenser l'organisation du travail des médecins.

29. Personnel soignant

29.1. Contexte

Afin de répondre aux besoins de la population en matière de couverture sanitaire, il est indispensable de s'assurer que le personnel nécessaire pour la prise en charge est disponible en nombre et en qualification suffisants. L'identification de la relève nécessaire en professionnels de la santé est essentielle pour définir des mesures à entreprendre. Toutes les professions de la santé sont concernées, mais, en premier lieu, les métiers de soins et d'accompagnement (infirmier, assistant en soins et santé communautaire (ASSC), assistant socio-éducatif, aide soignant) demandent une attention particulière.

29.2. Données disponibles

Dans le canton de Genève, une étude sur les besoins en personnel soignant a été menée

dans le cadre des travaux de la Commission santé du Comité régional franco-genevois (CRFG) en 2009. Un des objectifs de cette enquête consistait à mieux connaître la situation actuelle ainsi que les besoins futurs en personnel soignant des institutions sollicitées. De plus, des données sur la répartition des employés par catégories de métiers a permis d'obtenir une projection sur les besoins en formation à venir.

L'étude, menée auprès de 74 institutions de santé du canton, a montré qu'environ 9'500 personnes occupant presque 8'000 postes de travail à temps complet (ETP) travaillaient dans le secteur des soins.

Les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) sont le plus grand employeur dans le domaine avec environ 3'800 ETP de professionnels de la santé, suivis par le secteur des établissements médico-sociaux (EMS) avec 1'100 ETP, et la Fondation des services d'aide et de soins à domicile (FSASD) avec 830 ETP.

Le rapport genevois a émis dix propositions d'actions à examiner afin de disposer des ressources en personnel suffisantes pour le canton en 2020. Il a, entre autres, suggéré la création d'une task force cantonale.

Le rapport national sur les besoins de professionnels de la santé, publié en décembre 2009 conjointement par la Conférence des directrices et directeurs de la santé (CDS) et l'organisation nationale faîtière du monde du travail en santé (OdASanté), constitue un autre élément indispensable pour évaluer les besoins futurs en professionnels de santé.

Il propose des réflexions et interventions centrées autour de 4 axes :

- communication autour des professions de la santé ;
- formation de professionnels de la santé ;
- maintien des professionnels en activité ;
- optimisation du recours au personnel en place.

Le rapport national se base sur les chiffres de l'étude de l'Obsan publiée en février 2009 et prédit des besoins en personnel à l'horizon 2020 pour l'ensemble de la Suisse selon deux scénarios :

- le scénario dit « de référence » avec l'hypothèse que « l'effet démographique (+400'000 personnes de 65 ans) est couplé à un raccourcissement des durées d'hospitalisation et à une amélioration de l'état de santé de la population âgée », parle d'une augmentation des besoins en personnel de santé d'environ 13 %, ce qui impliquerait l'engagement de 17'000 ETP (25'000 personnes) supplémentaires pour l'ensemble de la Suisse ;
- le scénario dit « alternatif » prédit, dans le cas où l'effet démographique reste le même, que les durées d'hospitalisation et l'état de santé de la population âgée demeurent tels qu'aujourd'hui, une augmentation de 25 % qui impliquerait un engagement de 33'000 ETP (45'000 personnes) supplémentaires.

Le tableau ci-dessous indique les besoins en personnel soignant selon les deux projections :

	Etat de situation 2009	Obsan : scénario de référence avec une augmentation des besoins en personnel prévue d'env. 13 % d'ici 2020	Obsan : scénario de référence avec une augmentation des besoins en personnel prévue d'env. 25 % d'ici 2020
Personnes	9'400	10'622	11'750
ETP	8'000	9'040	10'000

Selon l'étude genevoise et le rapport national, il faudra donc non seulement remplacer environ 30 % des professionnels de la santé qui partent à la retraite, mais aussi répondre à l'augmentation prévisible des besoins. Ainsi, l'étude genevoise prédit qu'environ 12'400 personnes devraient être recrutées d'ici 2020.

Selon le directeur des soins des HUG, en 2011, d'une part il existe un déficit d'infirmières spécialisées (soins intensifs, bloc opératoire et urgences) et d'autre part, il y a un ratio trop important d'infirmières en formation de spécialisation par rapport aux infirmières spécialisées formées.

Propositions et actions

L'ensemble des études dans le domaine de la santé démontrent unanimement que la situation est tendue sur le marché de l'emploi dans certains secteurs. Il n'y a pas encore de pénurie généralisée, mais des mesures pour la prévenir doivent être prises pour assurer la relève des professionnels de la santé pour les années à venir. Une réflexion transfrontalière est nécessaire pour éviter le pillage des professionnels formés dans les régions voisines.

Dans cette optique, le Conseil d'Etat a approuvé la création et le mandat du groupe de travail de haut niveau chargé de proposer et de coordonner une série d'actions visant à lutter contre la pénurie des professionnels de la santé dans le canton de Genève et dans sa région transfrontalière le 2 février 2011.

Ce groupe est chargé d'élaborer une stratégie coordonnée entre les différents interlocuteurs concernés et de concrétiser des actions visant à répondre durablement aux besoins en professionnels de la santé ainsi que de rendre un rapport détaillé au Conseil d'Etat d'ici au 31 décembre 2011.

Enfin, pour le domaine opératoire, des démarches ont été entreprises en 2010 par les partenaires cantonaux concernés afin d'augmenter le nombre d'étudiants-es dans la filière « technicien en salle d'opération ».

**Tableau 28 : droits de pratiquer délivrés aux médecins spécialistes
2003-2010**

Spécialités	Nb maximum selon l'ordonnance 2010	Autorisations de pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire délivrées de 2003 à 2010								
		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Totaux 03-10
Allergologie et immunologie clinique	24		1					1		2
Anesthésiologie	76					2	1	5	1	9
Angiologie	9			1						1
Cardiologie	64		1					1	1	3
Chirurgie	68	1	2	3			2	1	2	11
Chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique	11	1							1	2
Chirurgie maxillo-faciale	5									0
Chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur	61	1	2				1	1	1	6
Chirurgie pédiatrique	7					1				1
Chirurgie plastique, reconstructive et esthétique	24		3				1		1	5
Dermatologie et vénéréologie	54	2			1	2	3	3	3	14
Endocrinologie-diabétologie	23	2					1		2	5
Gastro-entérologie	33	1		1	1	2		2		7
Génétique médicale	0			1						1
Gynécologie et obstétrique	126	5	2	4	2	7	3	3	4	30
Hématologie	19					1				1
Infectiologie	6									0

Tableau 28 : suite

Spécialités	Nb maximum selon l'ordonnance 2010	Autorisations de pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire délivrées de 2003 à 2010								
		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Totaux 03-10
Médecine du travail	4	1								1
Médecine légale	1									0
Médecine générale	212	1			1	10	6	2	20	
Médecine interne	301	3	8	7	1	11	12	25	67	
Médecine nucléaire	4		2			1			3	
Médecine pharmaceutique	1								0	
Médecine physique et rééducation	16					2			2	
Médecin praticien	191	6	9	4	3	1	1	45	69	
Médecine tropicale et médecine des voyages	4								0	
Néphrologie	10	1					1		2	
Neurochirurgie	11								0	
Neurologie	26	1			1	1	1		4	
Oncologie médicale	16		1		2			1	4	
Ophthalmologie	76	1			4	5	4		14	
Oto-rhino-laryngologie	40	1	1	2		1	3	1	10	
Pathologie	7				3	2			5	
Pédiatrie	129		1	1	6	10	5	13	36	
Pharmacologie et toxicologie clinique	5								0	
Pneumologie	19		1						1	
Prévention et santé publique	5								0	
Psychiatrie et psychothérapie	326	6	3	3	5	10	14	12	11	64

Tableau 28 : suite

Spécialités	Nb maximum selon l'ordonnance 2010	Autorisations de pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire délivrées de 2003 à 2010								
		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Totaux 03-10
Psychiatrie et Psychothérapie d'enfants et d'adolescents	48	1		1	2	5	3	3	4	19
Radiologie	66		1				19	5	2	27
Radio-oncologie / radiothérapie	2				2					2
Rhumatologie	46						1	1		2
Soins intensifs	13								1	1
Urologie	19		1				1		1	3
Totaux	2208	22	32	36	26	51	94	70	122	453

Planification préhospitalière

30. Introduction générale

30.1. Contexte

L'aide médicale urgente préhospitalière représente l'ensemble des mesures de santé requises par un individu ou un groupe, de manière impérieuse et imprévisible, et dont le but vise à préserver l'existence, à limiter les séquelles somatiques et psychologiques d'une maladie ou d'un accident et à contribuer, avec les autres intervenants institutionnels, à la réduction de l'exposition et de la vulnérabilité de la population lors de situations exceptionnelles (accidents majeurs, grandes manifestations, épidémies).

Malgré le facteur imprévisible lié à la nature des tâches, une certaine périodicité est cependant observée au cours du temps. Pour cette raison une planification du domaine de l'aide sanitaire préhospitalière peut être établie. Cette planification se rapporte essentiellement à l'activité de transport qui représente la majorité des actions mesurables.

Les principaux acteurs en sont :

- La centrale d'appels sanitaires urgents, Urgences-Santé 144
- Les services d'ambulances privés
- Les services d'ambulances publics (SIS, SSA)
- Le SMUR des HUG (Cardiomobile)
- L'hélicoptère des HUG (REGA 15)
- Les moyens mobilisables en cas d'événements majeurs
- Les services d'urgences du Réseau des urgences genevois (RUG)
- Les services de garde médicale à domicile
- L'unité mobile d'urgence sociale (UMUS)
- Le service du médecin cantonal

L'activité des services d'urgences préhospitaliers genevois augmente de manière régulière et continue. Cette évolution est cohérente avec celle des autres systèmes de secours médicaux européens.

La coordination et le développement de l'activité des différents partenaires nécessitent donc une planification. Cette dernière est également une exigence légale.

30.2. Fondements, bases légales et normes

30.2.1. Législation internationale et fédérale

- Règlement sanitaire international (2005) de l'Organisation mondiale de la Santé (RS 0.818.103).
- Règlements de l'organisation de l'aviation civile internationale (OACI).
- Loi fédérale sur les professions médicales universitaires, du 23 juin 2006 (LPMéd ; RS 811.11).
- Loi fédérale sur la protection de la population et la protection civile, du 4 octobre 2002 (LPPCi ; RS 520.1).
- Ordonnance sur le Service sanitaire de frontière, du 17 juin 1974 (RS 818.125.1).
- Ordonnance du DFI sur la prévention de l'introduction de nouvelles maladies infectieuses émergentes, du 15 décembre 2003 (RS 818.125.12).
- Instructions du Département fédéral de l'Environnement, des Transports, de l'Energie et de la Communication, du 6 juin 2005 concernant l'équipement des véhicules de feux bleus et d'avertisseurs à deux sons alternés.

30.2.2. Législation cantonale

- Loi relative à la qualité, la rapidité et l'efficacité des transports sanitaires urgents, du 29 octobre 1999 (LTSU ; K 1 21).
- Règlement d'application de la loi relative à la qualité, la rapidité et l'efficacité des transports sanitaires urgents, du 13 juin 2001 (RTSU ; K 1 21.01).
- Règlement sur les professions de santé, du 22 août 2006 (RPS ; K 3 02.01).
- Règlement sur les institutions de santé, du 22 août 2006 (RISanté ; K 2 05.06).
- Règlement fixant le tarif relatif au renforcement médical des services d'ambulances effectués par les services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) de la Brigade Sanitaire cantonale, du 25 janvier 2006 (RTRSA ; K 1 21.03).
- Règlement sur l'organisation de l'intervention dans des situations exceptionnelles (dispositif Osiris), du 22 janvier 2003 (ROsiris ; G 3 03.03).

30.3. Objectifs de la planification

La planification préhospitalière fait partie de la planification sanitaire cantonale. Elle a pour but de prévoir l'adéquation entre les besoins et les ressources de l'aide sanitaire urgente à moyen terme dans les domaines de référence (régulation sanitaire ; interventions urgentes d'ambulances ; médicalisations urgentes par les SMUR (Cardiomobile) et l'hélicoptère REGA 15 ; préparation et interventions liées aux événements majeurs planifiés ou imprévus) et de quantifier la répartition des patients entre les différentes destinations.

30.4. Évolution du recours au système de soins et éléments démographiques

30.4.1. Évolution du nombre d'appels urgents au 144, des missions de régulation ainsi que du nombre de missions urgentes avec engagement d'ambulances entre 2004 et 2009.

En moyenne, la centrale 144 reçoit près de 65'000 appels au total, par année. La moitié environ de ces appels donne lieu à des missions de régulation (figure 44) et il en résulte un nombre de transports rapporté à la figure 45 sur la même période. On observe que les engagements d'ambulances sont en augmentation de 3 % par année entre 2003 et 2009.

Figure 44 : nombre de missions de régulation par année

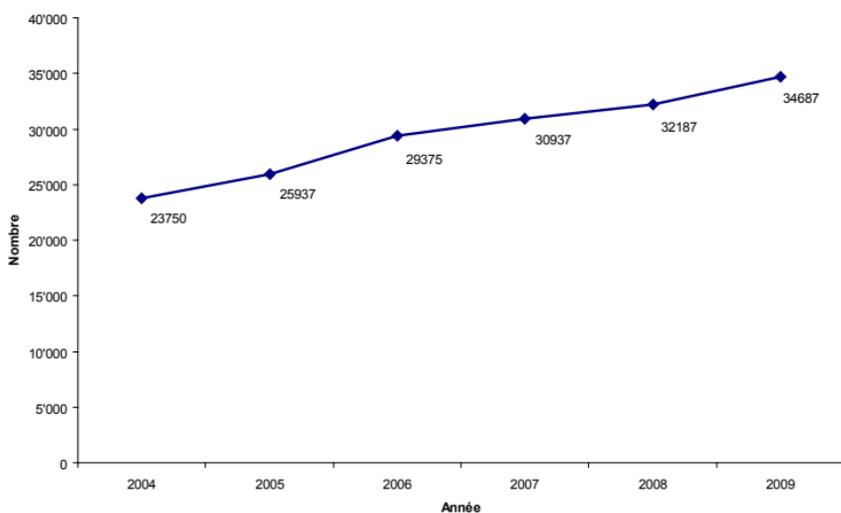
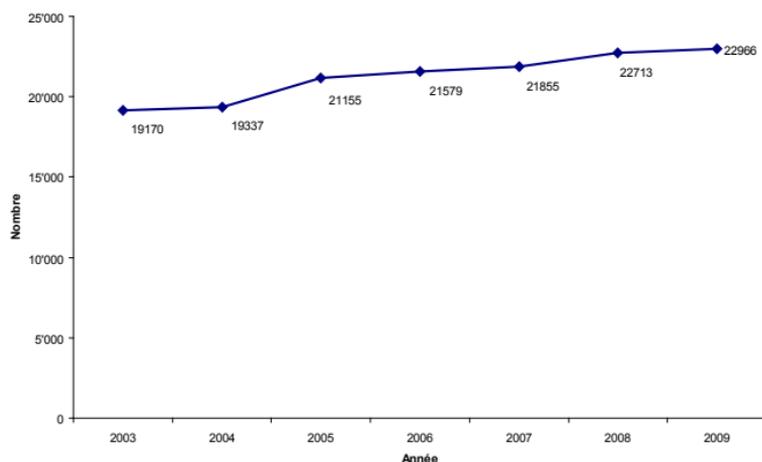


Figure 45 : évolution du nombre de transports urgents



(Sources : CASU-144 et base de données FIP, DGS)

30.4.2. Dépassement de capacité

Le type de transport de patient détermine la composition de l'équipage requis. Pour ce qui est des transports urgents, l'équipage doit répondre à la réglementation cantonale en vigueur (K 1 21). Il existe trois catégories d'ambulances définies par l'IAS, différenciées par la taille de la cellule sanitaire et le type de matériel disponible à bord :

- l'ambulance de transport ou de type A : ambulance affectée aux transferts non urgents ;
- les ambulances d'intervention, de type B ou C : ambulance intervenant pour les urgences de tous types

Il en résulte que les sociétés d'ambulances mettent à disposition quotidiennement un nombre variable d'ambulances pouvant effectuer des transports urgents. En situation normale, chaque requête de transport urgent régulée par la centrale 144 doit être honorée par un transport ambulancier.

Il existe des situations où il se produit une inadéquation entre le nombre de requêtes et le nombre d'ambulances disponibles. Ces situations sont connues par les professionnels sous le nom de code « Coyote ».

Les deux graphiques (figures 46 et 47) illustrent les épisodes de carences d'ambulances sur le canton de Genève durant l'année 2009. Les codes « COYOTE » sont systématiquement rapportés par le 144 et la durée des incidents est mesurée.

Figure 46 : distribution du nombre de codes « Coyote » sur 24 heures durant l'année 2009

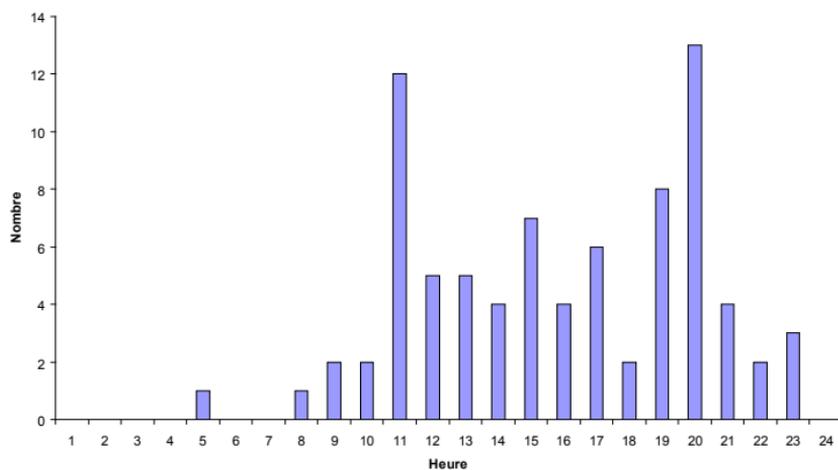
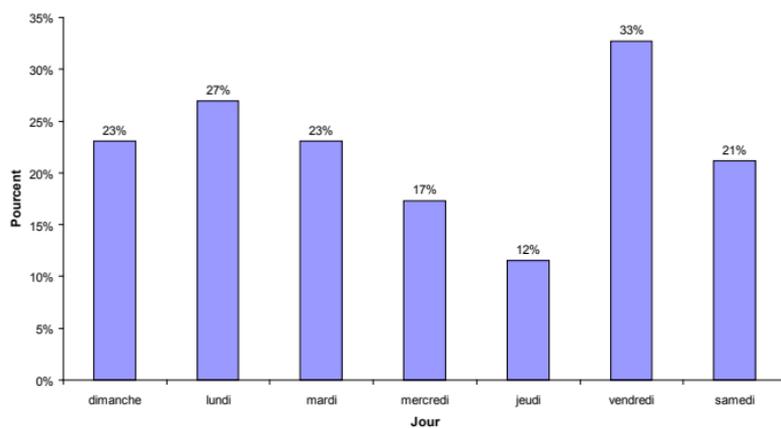


Figure 47 : distribution quotidienne du code « Coyote » durant l'année 2009



Il est possible de constater que les carences sont notées vers 11h et 20h (figure 46) et que la situation est légèrement plus marquée autour du week-end (figure 47). Il n'y a pas d'explication structurelle simple pour le pic de 11h et une analyse plus fine nécessitera l'enregistrement de données non disponibles actuellement. Par contre l'indisponibilité relative des ambulances entre 19h et 21h est en partie explicable par l'alternance des équipes jour/nuit. Ce point devra être également analysé pour pouvoir ensuite y pallier.

La centrale ne récolte pas, pour l'heure, les répercussions des périodes des codes « coyote » sur les délais que cela induit pour la prise en charge d'autres situations urgentes. A l'avenir, cette information devra être documentée afin de mieux pouvoir évaluer les risques pour la population et y remédier.

Lorsque un code « coyote » est déclenché, la centrale tente de mobiliser une ou deux ambulances complémentaires avec un équipage conforme pour répondre momentanément au besoin de transports urgents. Il est fréquent que ce soit les partenaires publics qui mettent à disposition les équipes supplémentaires.

30.4.3. Événements majeurs

Depuis le 1^{er} janvier 2007, neuf accidents ont causé plus de dix blessés. Les médecins chefs de secours de la Brigade sanitaire cantonale (BSC) ont planifié et dirigé une vingtaine de dispositifs pour des événements de grande ampleur de nature festive, sportive ou politique.

30.5. *Risques (exemples: sanitaire, juridique, financier, politique)*

La planification sanitaire d'urgence doit être à même de réduire les risques tels que, par exemple : le manque d'ambulances avec équipages conformes, transitoirement indisponibles dans la journée pour transporter des citoyens. Dans certaines situations extrêmes, la réserve de moyens pourrait être insuffisante en cas d'accidents majeurs ou encore l'inadéquation des capacités de réponse de la centrale 144 en regard de l'activité liées aux urgences.

31. Historique

La centrale Urgences Santé 144 existe depuis 1988.

La Loi relative à la qualité, la rapidité et l'efficacité des transports sanitaires urgents (LTSU) et son règlement d'application K1 21 01 sur la rapidité et l'efficacité des transports sanitaires urgents sont entrés en vigueur le 1^{er} janvier 2001. Leurs effets principaux ont été :

- d'instituer le 144 comme centrale unique de régulation et d'engagement des secours médicaux ;
- d'imposer le principe de proximité d'intervention à des fins de rapidité et d'efficacité des secours ;

- de créer une brigade sanitaire cantonale regroupant les moyens de médicalisation (SMUR et Hélicoptère des HUG-REGA 15) et les ambulances du service de sécurité de l'aéroport. Pour diverses raisons les ambulances du service d'incendie et de secours n'ont pas été rattachées à cette brigade. Les ambulances de la police ont cessé leur activité suite à l'entrée en vigueur de la loi ;
- d'instituer une tarification unique des transports sanitaires urgents.

En 2003, le règlement OSIRIS a désigné le chef de la BSC comme directeur des secours médicaux en cas d'événement majeurs.

Durant les vingt dernières années la profession d'ambulancier a considérablement évolué. Il s'agit aujourd'hui d'une profession de la santé à part entière, dont la formation relève d'une école supérieure et conduit à un diplôme fédéral. Les délégations d'actes médicaux conférées aux ambulanciers ont été progressivement élargies. En conséquence la médicalisation des interventions urgentes est réservée aux cas les plus graves. Elle est assurée par le SMUR et l'hélicoptère des HUG (REGA 15), tous deux rattachés à la brigade sanitaire cantonale (BSC).

Un premier rapport de planification sanitaire préhospitalière a été produit en 2005 pour la période 2005-2010. Il tablait sur une progression de l'activité des secours médicaux avec déplacement progressif de l'activité vers la couronne suburbaine. Les services d'ambulances privés ont adopté spontanément les conclusions de ce rapport et ont déplacé leurs bases et augmenté leur effectif.

Depuis 2005, l'augmentation de l'activité s'est confirmée bien que restant en deçà des prévisions, soit 3 % par an environ.

32. Situation initiale

32.1. Définitions

Toutes les fonctions décrites ci-dessous concernent indifféremment les hommes et les femmes.

32.1.1. Ambulancier

L'exercice de la profession d'ambulancier est réservé au titulaire d'un diplôme fédéral d'ambulancier délivré par une école suisse ou un diplôme étranger reconnu par l'autorité compétente. Cette profession est une des professions de la santé au sens de la loi cantonale genevoise (RPS ; K 3 02.01). Pour l'exercer les professionnels doivent être au bénéfice d'une autorisation de pratiquer délivrée par la Direction générale de la santé.

L'ambulancier exerce sa profession à titre dépendant et a le droit d'effectuer des actes médicaux délégués par le médecin responsable du service d'ambulance qui l'emploie, selon des protocoles déterminés.

32.1.2. Technicien ambulancier

L'exercice de la profession de technicien ambulancier est réservé aux titulaires d'un certificat de technicien(e) ambulancier(e), reconnu par la conférence des directrices et directeurs de la santé.

La formation de technicien ambulancier à l'Ecole d'ambulanciers Bois-Cerf - CESU dure un an, en emploi ou en école (stages organisés par l'école), à raison de 70 jours d'enseignement théorique et pratique, 40 jours de stages spécifiques en milieu hospitalier et 90 jours d'activité dans un service d'ambulance.

Le technicien ambulancier exerce sa profession à titre dépendant et intervient en position d'assistance à l'ambulancier diplômé et au médecin pour les soins préhospitaliers.

Cette profession est également une des professions de la santé au sens de la loi cantonale genevoise (RPS ; K 3 02.01). Pour l'exercer, les professionnels doivent être au bénéfice d'une autorisation de pratiquer délivrée par la Direction générale de la santé.

32.1.3. Médecin d'urgence

Le médecin d'urgence est un médecin titulaire d'un titre FMH et d'une attestation de formation complémentaire (AFC) de médecin d'urgence :

- Cette AFC est délivrée au terme de l'accomplissement du programme de formation complémentaire de médecin d'urgence de la Société suisse de médecine d'urgence et de sauvetage (SSMUS).

Ce programme a pour objectif de donner les compétences minimales nécessaires pour une prise en charge préhospitalière efficace des cas de détresse vitale. Il est mis à jour régulièrement afin de tenir compte des changements intervenus dans ce domaine de compétences.

L'unité d'urgences préhospitalières et de réanimation des HUG est une unité de formation reconnue par la SSMUS dont tous les médecins cadres sont titulaires de l'AFC de médecin d'urgence. Les médecins en formation et qui ne sont pas encore titulaires de l'AFC ne peuvent exercer la médecine d'urgence que dans le cadre d'une telle unité.

Les médecins d'urgence interviennent au moyen de véhicules « SMUR » également dénommés « Cardiomobiles ». Ce sont des véhicules dotés d'un équipement complet pour la réanimation avancée.

32.1.4. Types d'interventions des ambulances

Il existe plusieurs degrés d'intervention :

- 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 ;

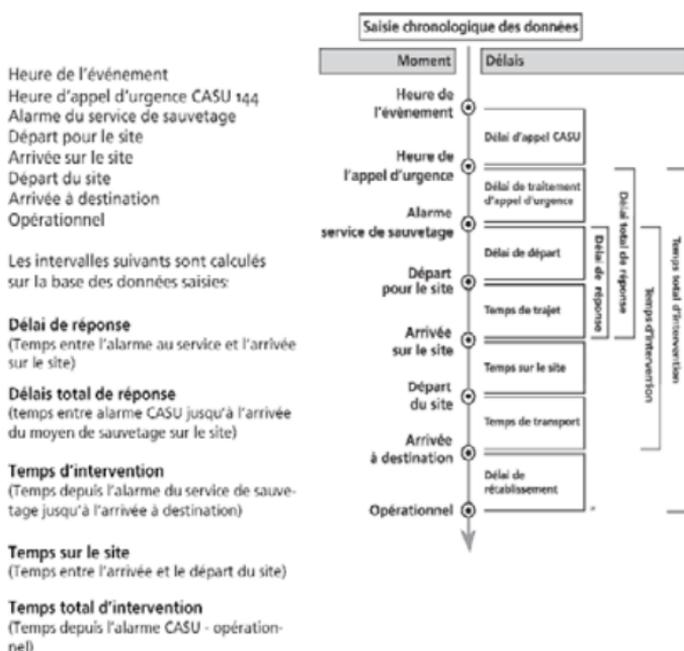
- Interventions Secondaires (S) : Prise en charge d'un patient dans un établissement de soins stationnaires et son transport ;
- Urgence de degré 1 (U1) : Engagement immédiat avec signaux prioritaires pour des cas d'urgences avec probabilité d'une atteinte des fonctions vitales ;
- Urgence de degré 2 (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.

32.1.5. Indices de mesure des délais

Délais de réponse

La figure 48 donne la définition des délais observés en rapport avec la régulation, la mission ainsi que l'intervention pour une urgence sanitaire.

Figure 48 : définition des délais observés en rapport avec la régulation, la mission ainsi que l'intervention pour une urgence sanitaire



Source : directives sur la reconnaissance des services de sauvetage (2010)

Indices de qualité : efficacité du triage

Il n'y a pas d'indice internationalement reconnu pour mesurer l'efficacité du triage. Un triage efficace devrait limiter le taux de sur-triage (envoi d'un moyen inutile) et éviter le sous-triage (absence d'envoi d'un moyen ou envoi d'un moyen de niveau trop bas alors que cela est nécessaire). Il est admis qu'une formation des régulateurs ou que l'adhérence à un protocole de prise en charge en rapport à une pathologie donnée sont les meilleurs garants d'une régulation adéquate.

32.2. Normes

32.2.1. Normes de qualité de l'IAS

L'Interassociation de sauvetage (IAS) est l'organe faitier des secours médicaux en Suisse. Elle agit sur la base d'un mandat de prestation attribué en 2001 par la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS).

Cette association a émis des directives, dont les principales sont reproduites ci-dessous :

- reconnaissance des services de secours médicaux ;
- reconnaissance des centrales d'appels sanitaires urgents ;
- organisation du service sanitaire lors de manifestations ;
- organisation des services sanitaires en cas d'accident majeur ou de catastrophe ;
- construction et équipement des véhicules de sauvetage ;
- programme de formation pour l'attestation de formation complémentaire de médecin d'urgence délivré par la SSMUS.

Les directives IAS n'ont pas force de loi mais sont actuellement largement appliquées par tous les cantons suisses, souvent au travers de citations dans le système législatif. Les références aux directives IAS visent à promouvoir la qualité des prestations.

32.2.2. Délais de traitement des appels

Au niveau international, les délais et normes sont variables selon les centrales d'appels sanitaires urgents. En Suisse, par analogie aux autres centrales comparables existantes, les critères ci-dessous sont utilisés :

- réponse au téléphone dans les 10 secondes dans plus de 90 % des situations ;
- délais de traitement de l'appel d'urgence dans les deux minutes dans plus de 90 % des situations avec une cible à 90 secondes.

32.2.3. Délais d'intervention

L'IAS définit les délais suivants :

- le délai de réponse lors des interventions U1 est de 15 minutes après l'alarme dans plus de 90 % des cas ;
- la valeur de référence est un délai de 10 minutes qui est le but à atteindre en médecine préhospitalière.

Les études internationales mentionnent également les délais décrits dans le tableau 29.

Tableau 29 : nature des appels reçus

Nature de l'appel	Durée (minutes)
Appel reçu à départ de véhicule	1.7
Appel reçu à prise en charge du patient en cas d'ACR (Pour les ACR, la défibrillation en moins de 8 min permet de gagner des vies)	8.2
Appel reçu à prise en charge du patient dans les autres situations	9.7-11
Appel reçu à départ vers l'hôpital	25-28
Appel reçu à arrivée à l'hôpital	49-54

32.2.4. Equipages ambulanciers

A Genève selon le RTSU, deux ambulanciers diplômés interviennent pour les interventions urgentes (U1-U2), et deux techniciens ambulanciers interviennent pour les interventions non urgentes.

Il n'y a pas de normes particulières pour les ambulanciers SMUR. Pour les ambulanciers de l'hélicoptère, la formation d'assistant de vol en plus de la formation ambulancier est nécessaire (formation spécifique donnée par la REGA).

32.2.5. Construction et équipement des véhicules

Les normes européennes (Euro 5) sont appliquées par le DETEC à la construction des véhicules. Les normes IAS s'appliquent à l'équipement et au marquage des véhicules (Ambulances et SMUR).

32.3. Chiffres clés

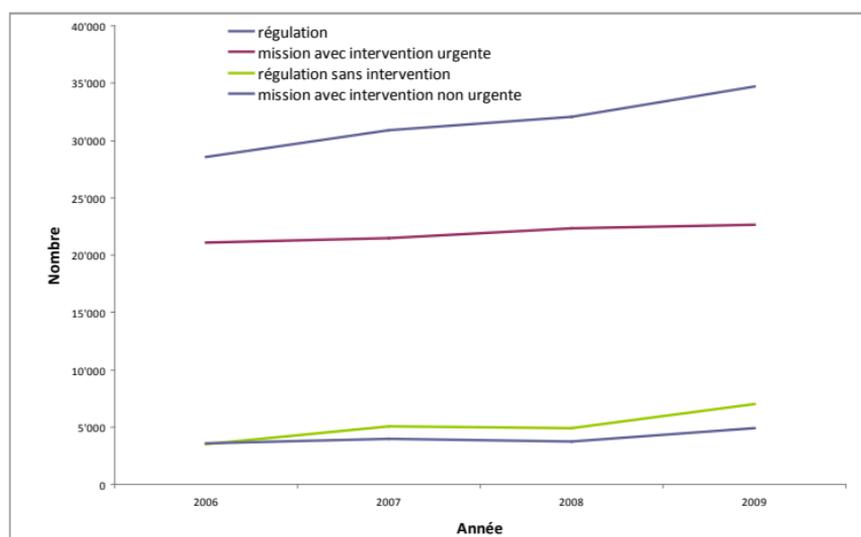
32.3.1. CASU-144

Nombre et typologie des appels entrants

Source : base de données CASU-144

On remarque que le nombre de missions de régulation est en progression constante depuis 2004. On constate également qu'environ la moitié des appels résulte en une mission et le tiers génère l'intervention d'une ambulance. Le solde des appels consiste en des consultations diverses.

Figure 49 : nombre de régulations et de missions reçues par la centrale 144



Le graphique « typologie des missions de régulation » illustre le fait que le nombre de missions ayant conduit à un engagement urgent croît nettement moins vite que le nombre de missions total. Cela illustre le fait que la centrale CASU-144 gère de plus en plus de missions « non urgentes » ou répond à des appels ne conduisant pas à un engagement de moyen.

Nombre et répartition des missions

Source : Feuilles d'interventions préhospitalières (FIP, DGS)

Le nombre total d'interventions augmente de manière régulière sur une base moyenne de 3 % par an. Cette croissance est légèrement supérieure à celle de la population. Une forte

augmentation a été observée en 2005. Elle est probablement à mettre en relation avec une amélioration de la collecte et de la saisie des données (figure 45).

32.3.2. Ambulances

Source et sélection des données

Les données sont issues des fiches d'interventions. Elles ont été collectées, saisies et validées par la DGS. La base de données a évolué depuis 2003 et certaines informations, en particulier la localité de prise en charge ne sont disponibles qu'à partir de 2004.

Les données rapportées ne concernent que l'activité d'urgence soit les interventions.

1. Primaires de degré d'urgence 1 et 2 (P1 et P2)
2. Secondaires de degré d'urgence 1 et 2 (S1 et S2)

Les interventions P3 et S3 relèvent d'une activité de transport non urgent et leur recensement n'est que partiel. Elles ne sont donc pas incluses dans ce rapport de planification.

Secteurs géographiques

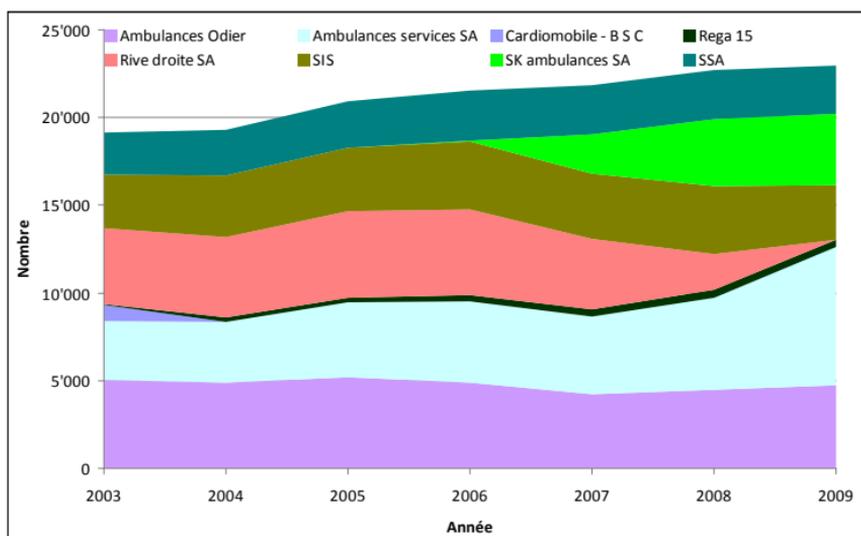
Afin d'évaluer la distribution géographique des interventions, les communes sur lesquelles ont eu lieu des prises en charge ont été agrégées en quatre territoires : Genève-Ville, Arve-Lac, Arve-Rhône et Rive-Droite.

Secteurs démographiques

Afin d'évaluer la distribution des interventions en fonction de la population résidente, nous avons défini trois zones d'urbanisation :

- Genève-Ville : 119 hab/hectares ;
- Communes suburbaines: communes en contiguïté avec Genève-Ville et dont la densité de population est supérieure ou égale à 20 hab/hectare, 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 : commune sans contiguïté avec le centre ou dont la densité de population est inférieure à 20 hab/hectare.

Figure 50 : répartition des missions par entreprises et services



A Genève, 5 services d'ambulances et un hélicoptère (REGA 15) assurent les transports sanitaires en collaboration avec la centrale d'appels sanitaires urgents 144.

Les ambulances des partenaires publics sont rattachées respectivement au Service d'Incendie et de secours (SIS) et au Service de sécurité de l'aéroport international de Genève (SSA-AIG).

Les ambulances des partenaires privés appartiennent à Ambulances Odier S.A., Ambulances Services SA et à SK ambulances SA.

Durant la journée, la dotation habituelle est d'environ 11 ambulances. Durant la nuit ladite dotation est d'environ 8 ambulances.

De jour, cette dotation se décline de la manière suivante :

- SSA : 1 à 2 ambulances ;
- SIS : 1 à 2 ambulances ;
- SK ambulances SA : 2 ambulances + 1 ambulance pour les « priorités 3 » ;
- Odier ambulances SA : 2 à 3 ambulances ;
- AS Ambulances SA : 3 ambulances.

La nuit, très fréquemment, 8 ambulances sont disponibles, selon la répartition suivante :

- SSA : 1 ambulance ;
- SIS : 1 ambulance ;

- SK ambulances : 2 ambulances ;
- Odier ambulances SA : 1 ambulance ;
- AS ambulances SA : 3 ambulances.

Pour mémoire, le cardiomobile a cessé de transporter des patients en 2003 et la société Rive-Droite SA a cessé son activité en 2008. La société SK ambulances a débuté son activité en 2006. La société Ambulances services SA a racheté Rive-Droite SA. Elle a réengagé une partie de son personnel et repris la base de départ de la rue Daubin. Elle a donc vu son activité augmenter, mais sa part actuelle correspond à la somme des activités des deux entreprises sans empiéter sur les activités de ses concurrentes.

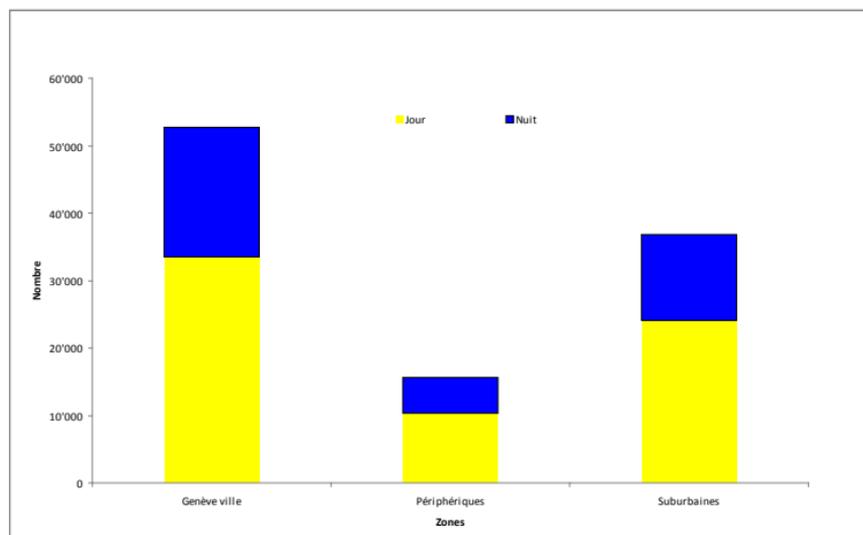
Dans la figure 50 ci-dessus, on constate une stabilité des engagements par services d'ambulances.

Répartition jour-nuit selon le secteur démographique

La source d'information est la base de données constituée par les données des feuilles d'interventions préhospitalières (FIP) de la direction générale de la santé (DGS).

Les transports primaires de degré d'urgence 1 et 2 : (P1 et P2) et secondaires de degré d'urgence 1 et 2 (S1 et S2) sont inclus.

Figure 51 : répartition jours / nuits des interventions des ambulances par zone géographique



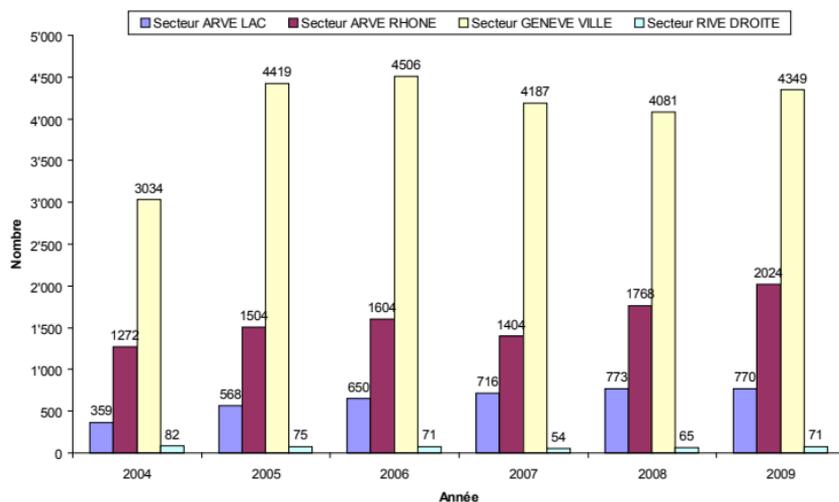
Il n'y a pas de variation de la répartition jour-nuit entre les différents secteurs démographiques. De la même manière, les secteurs géographiques ne montrent pas de différence (figure 51).

Répartition territoriale 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 et Rive-Droite.

Le principe d'engagement de proximité conduit les ambulances principalement dans les territoires proches de leurs bases.

Figure 52 : nombre de prises en charge, par secteur géographique - Ambulances Odier SA



«Ambulances Odier et Fils» occupe une base principale dans le secteur Hôpital-Plainpalais. On relève une augmentation de l'activité dès 2008 sur le secteur Arve-Rhône suite à l'ouverture d'une base de jour au Bachet-de-Pesay.

Figure 53 : nombre de prises en charge, par secteur géographique - Ambulances Services SA

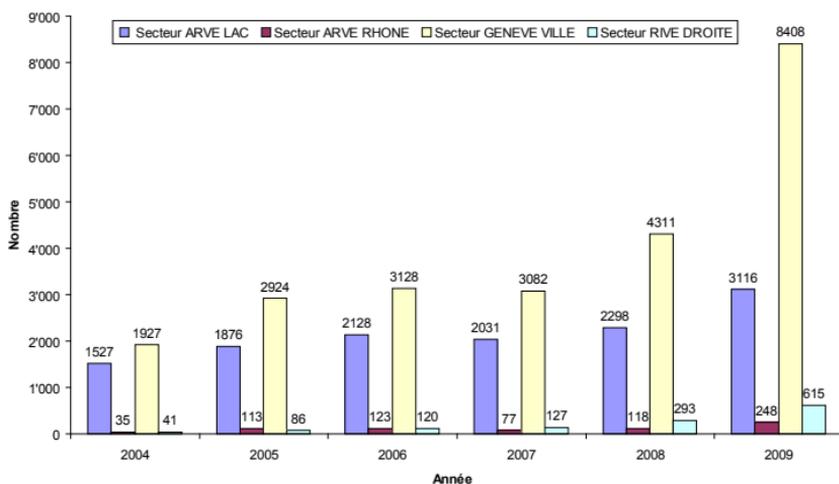
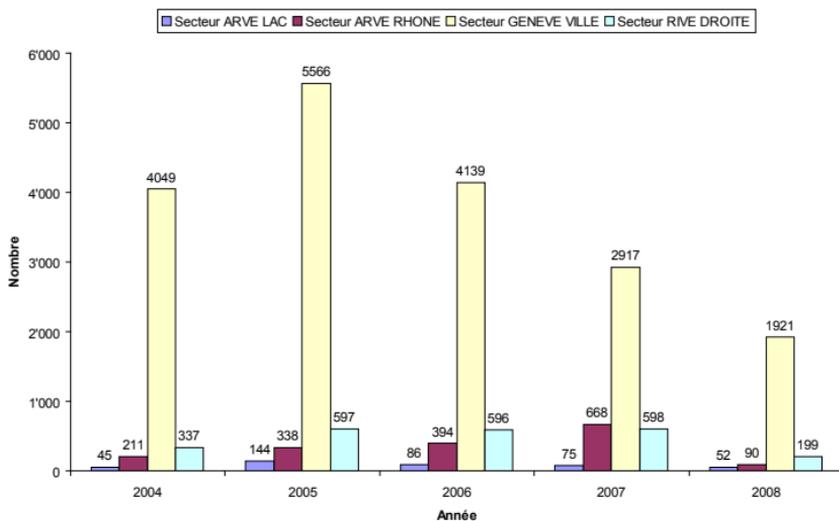
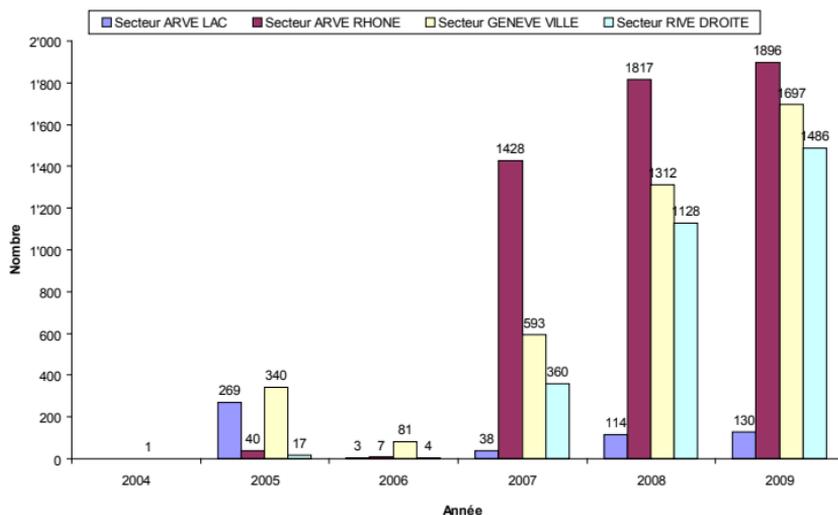


Figure 54 : nombre de prises en charge, par secteur géographique - Rive Droite SA



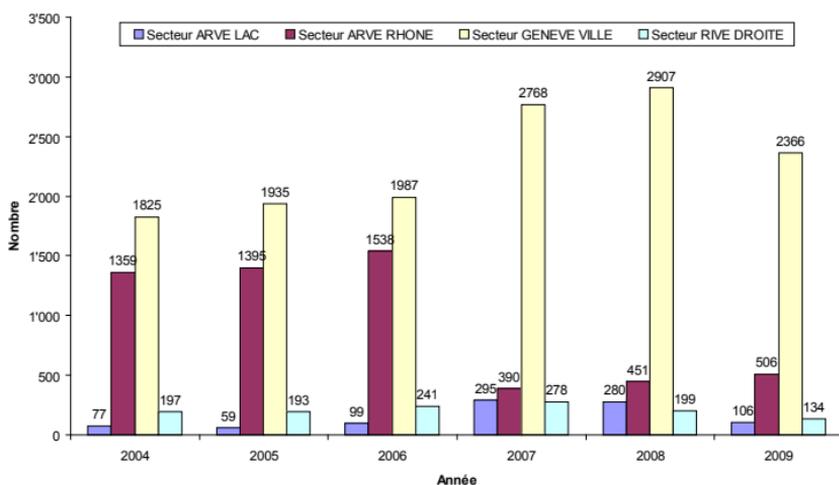
Suite au rachat de Rive-Droite SA, Ambulances Services SA occupe une base principale aux Eaux-Vives et une base secondaire à la rue Daubin. Cette société a fortement augmenté son activité au centre-ville mais a peu progressé sur la rive droite.

Figure 55 : nombre de prises en charge, par secteur géographique - SK ambulances SA



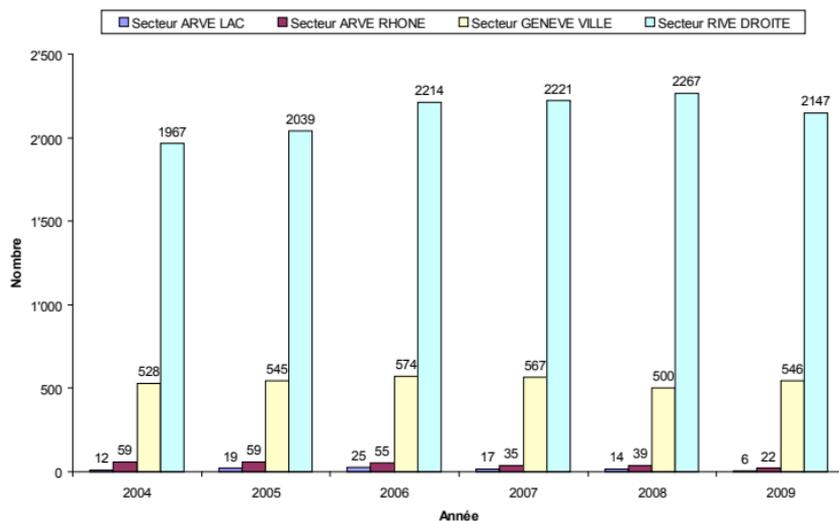
SK ambulances SA est une nouvelle société dont les bases se situent au Petit-Lancy et à Châtelaine. Le positionnement de ses bases lui confère une répartition équilibrée de ses interventions, hormis le secteur Arve-Lac.

Figure 56 : nombre de prises en charge, par secteur géographique - Service d'incendie et de secours



Les ambulances du Service d'incendie et de secours de la Ville de Genève sont principalement basées à la caserne du Vieux-Billard. Une deuxième ambulance occupe occasionnellement la caserne des Asters et beaucoup plus rarement celle des Eaux-Vives.

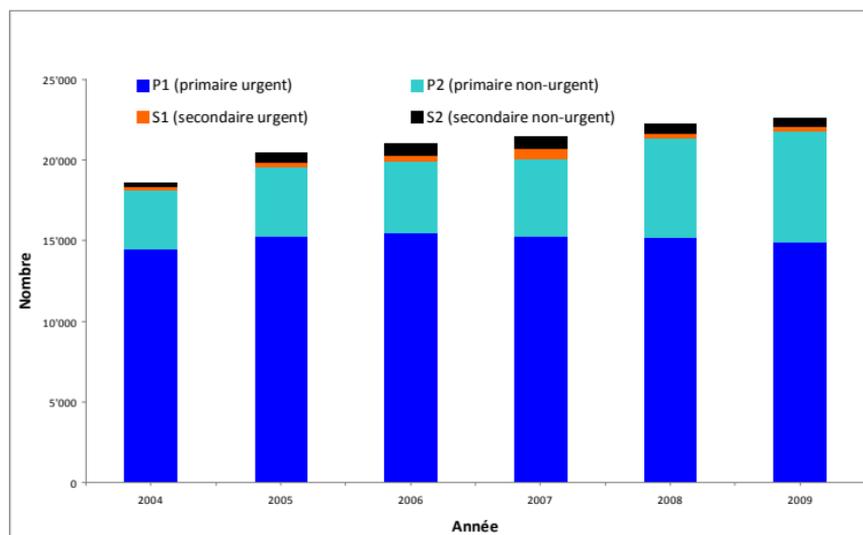
Figure 57 : nombre de prises en charge, par secteur géographique - Service de sécurité de l'aéroport



Les ambulances du Service de sécurité de l'aéroport sont stationnées exclusivement à la caserne du SSA et leur activité porte essentiellement sur la rive droite entre Versoix et Meyrin.

En regard de la répartition temporelle et géographique, les services privés ont intégré les données de la planification 2005. Ils ont spontanément augmenté leurs bases de départ principales en les complétant par des bases de départ secondaires situées en couronne suburbaine et ont procédé aux augmentations d'effectifs et réorganisations nécessaires pour faire face à l'accroissement d'activité.

Figure 58 : nombre annuel et répartition des interventions primaires et secondaires avec degrés d'urgence 1 et 2

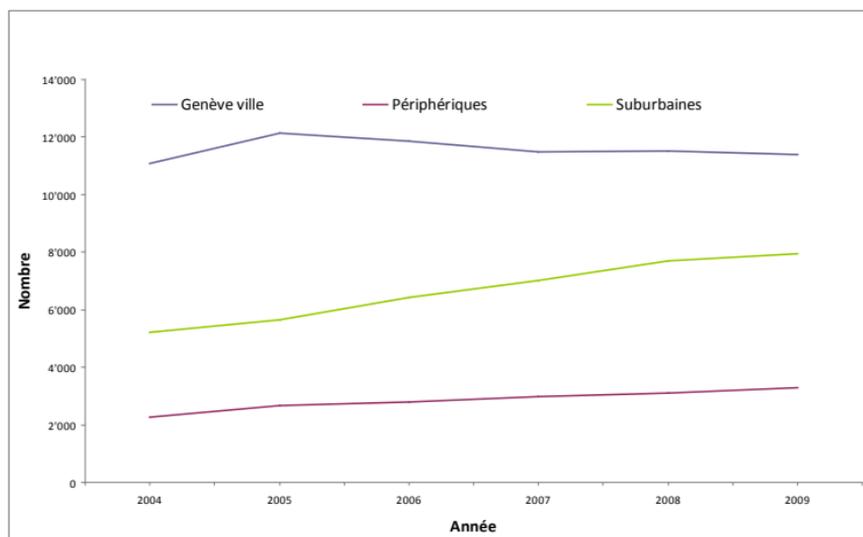


Il est constaté une stabilisation de la proportion d'interventions P1 alors que les interventions P2 sont en légère augmentation. Il s'agit d'une évolution de la régulation 144 qui est souhaitable afin de diminuer les risques et les nuisances des interventions d'ambulances avec signaux prioritaires enclenchés.

Répartition des interventions par zone géographique

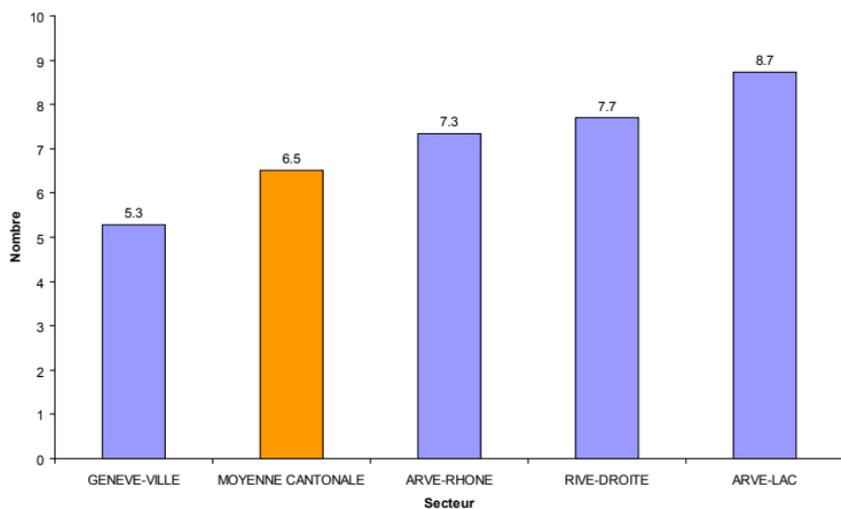
Le nombre des interventions à Genève-Ville était de 11'391 soit 50.3 % de l'activité cantonale.

Figure 59 : évolution du nombre annuel d'interventions par secteur géographique de 2004 à 2009



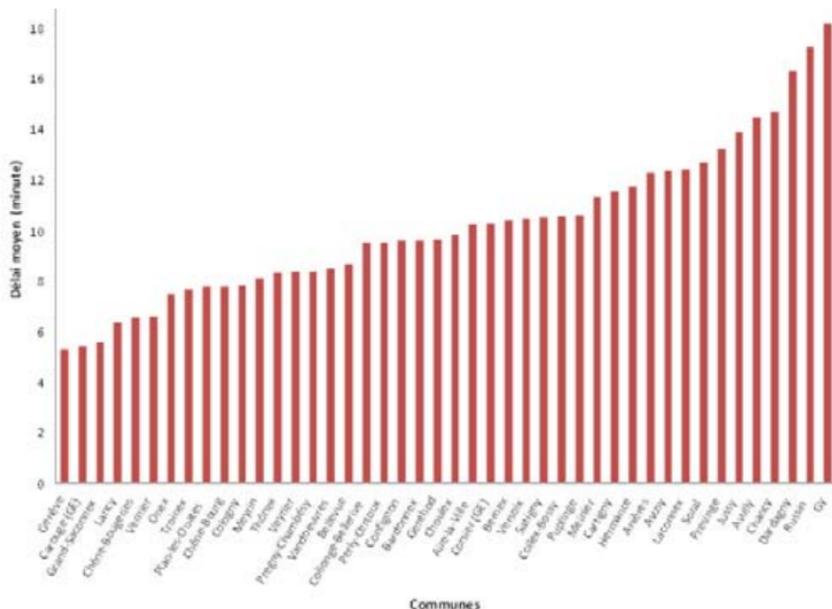
Nous remarquons la stagnation du nombre d'interventions à Genève-Ville alors que la progression est forte dans les communes suburbaines (+10 % par an) et périphériques (+8 % par an). Cette progression est due à une densification de la zone suburbaine.

Figure 60 : délai moyen en minutes des interventions urgentes selon secteur géographique



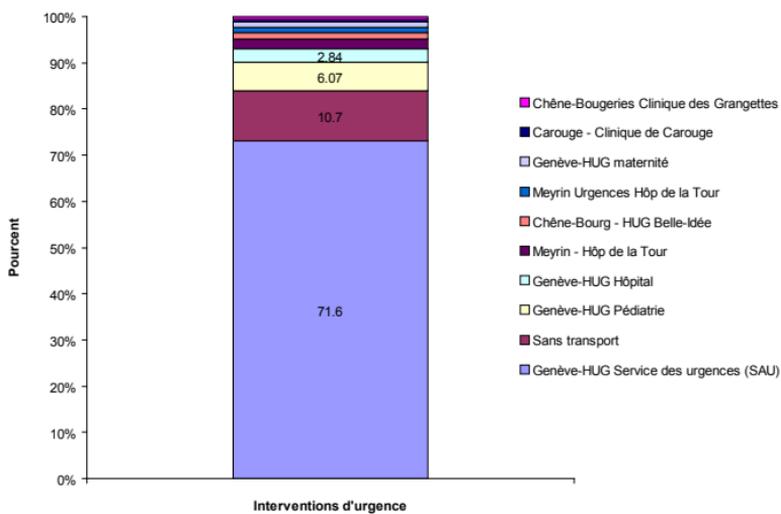
P1 et S1 ; n= 14'647

Figure 61 : délai moyen des interventions urgentes P1 et S1 ;
n=14'647



Les délais d'interventions rapportés représentent le temps d'intervention entre l'ordre d'engagement du 144 et l'arrivée sur site. L'addition de ce délai d'intervention au délai de traitement de l'appel donne le délai de réponse. Le délai moyen de traitement d'un appel au 144 étant de 2 minutes, il est possible d'affirmer que les exigences de l'IAS sont respectées (délai de réponse < 10 min en zone urbaine et suburbaine, < 15 minutes en zone rurale).

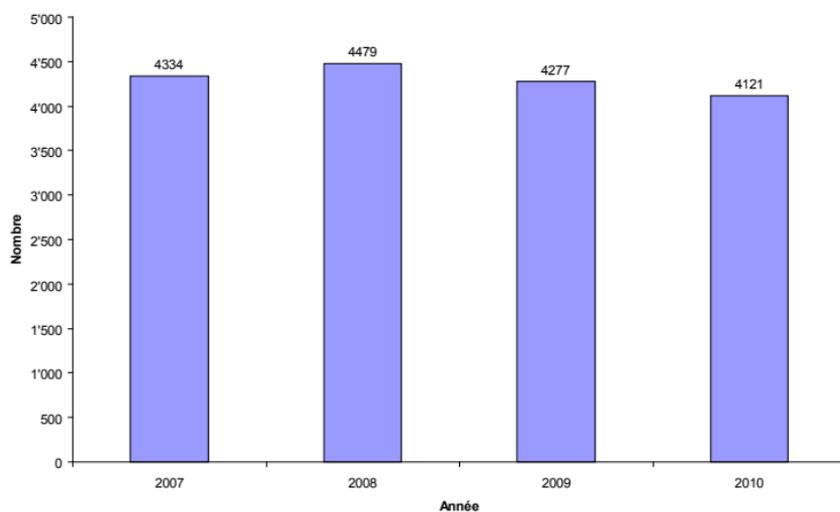
Figure 62 : destinations des interventions urgentes en 2009



La majorité des interventions urgentes se termine aux HUG. Seuls 18 % des patients sont acheminés vers d'autres services, en particulier les partenaires du RUG.

32.3.3. Interventions réalisées par le SMUR des HUG

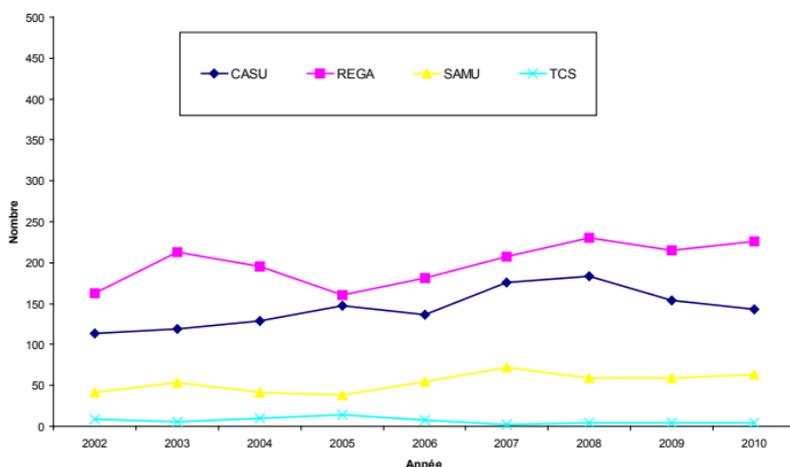
Figure 63 : nombre d'interventions du SMUR (Cardiomobile) entre 2007 et 2010



(Base de données SMUR 1^{er} février 2007 au 31 décembre 2010)

32.3.4. Interventions de l'hélicoptère des HUG, REGA 15

Figure 64 : interventions de l'hélicoptère des HUG, REGA 15



L'activité de l'hélicoptère REGA 15 déclinée en fonction de la provenance des appels (CASU 144 - REGA - SAMU et TCS) est stable avec environ 400 missions par an dont environ 150 sur le territoire cantonal.

Les événements mentionnés au tableau 31 ont tous été gérés par un médecin cadre de la BSC au titre de médecin chef des secours, de manière urgente ou planifiée. Dans tous les cas, son rôle a permis d'assurer la bonne coordination de l'intervention sanitaire avec les partenaires : police, SIS, DGS, organisateurs etc.

Le piquet catastrophe (PICA), mobilisable sur ordre du médecin chef des secours, est constitué de samaritains ayant reçu une formation spécifique, et de médecins employés des HUG et ayant une expérience du SMUR et des urgences préhospitalières. Tous sont mobilisables sur une base volontaire, non rémunérée et non contraignante.

32.3.5. Événements majeurs 2007-2010

Tableau 30 : événements avec plus de cinq patients

Date	Type	Nombre d'impliqués	Engagement du piquet catastrophe (PICA) des samaritains
22.04.2007	Incendie Bois des Frères	9	
06.05.2007	AVP 2 voitures Vengeron	6	
14.05.2007	Accident kayak rivière souterraine	5	
02.06.2007	Accident car 2 étages	17	
08.06.2007	Incendie cave Bergalone	22	
11.06.2007	Incendie hôtel Vieux-Grenadiers	15	
14.07.2007	Collision 2 bateaux	8	
19.05.2008	Incendie entrepôt Chêne-Bourg	4	oui
30.03.2009	Explosion Pâquis	2	
09.05.2009	Lufthansa	15	oui
01.10.2009	AVP Vengeron	5	
20.11.2009	Incendie Coudriers	24	oui
02.02.2010	Incendie hôtel Terminus	22	oui
03.02.2010	AVP 2 voitures Rte de Romelles	5	
09.02.2010	Incendie Mouille-Galland	8	
07.03.2010	Prévention incendie-chimique		
18.05.2010	Explosion bowling Meyrin	7	
29.05.2010	Incendie Pradier	0	
02.06.2010	AVP 5 voitures, Rte de Chêne	7	
02.07.2010	Accident promotions	11	
07.11.2010	Bagarre foyer Löex	10	oui
10.01.2011	Incendie Rue Carteret	19	

Tableau 31 : événements programmés nécessitant coordination

Date/nb	Type	Dispositif dédié
janv.09	Manifs tamoules	Non
28.03.2009	Manif G20	Non
28.11.2009	Manif OMC	Non
juin.08	Euro 08	Oui
8x	Match international La Praille	Oui
4x	Lake Parade	Oui
4x	Fêtes de Genève	Oui
juin.10	Mondial foot	Oui
3x	Nouvel-an	Oui
4x	Escalade	Oui
4x	Marathon	Oui

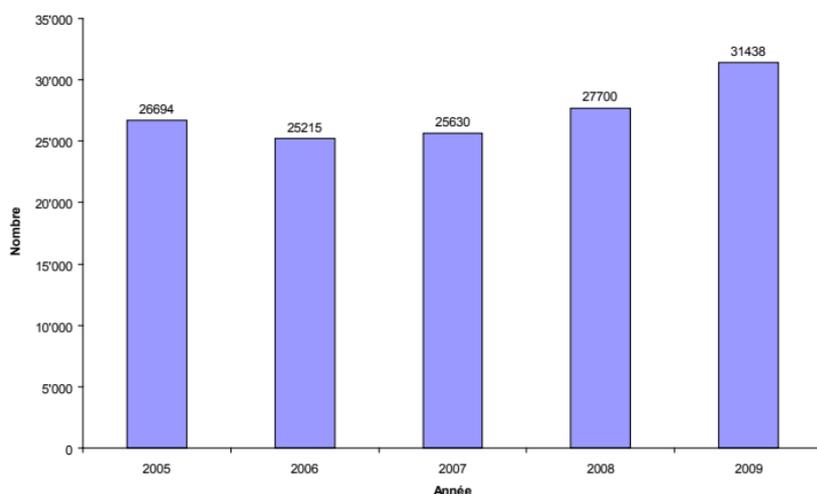
32.3.6. Service du médecin cantonal

Traitement des feuilles d'intervention préhospitalières (FIP)

Dans le cadre de la mission qui lui est confiée, le service du médecin cantonal établit les statistiques utiles à l'évaluation quantitative et qualitative des prestations des services publics et des entreprises privées assurant les transports sanitaires urgents et planifiés sur la base des données récoltées par le biais des feuilles d'interventions préhospitalières (FIP). Ces dernières sont remplies par les ambulanciers lors de chaque intervention. Elles comprennent des informations personnelles, temporelles ainsi que toutes les informations se rapportant à la cause et au lieu en lien avec l'intervention.

Le traitement des feuilles d'intervention préhospitalières est directement lié à l'augmentation du nombre de transports sanitaires urgents et planifiés. Cette activité devrait se situer et se stabiliser à 2 % d'augmentation annuelle.

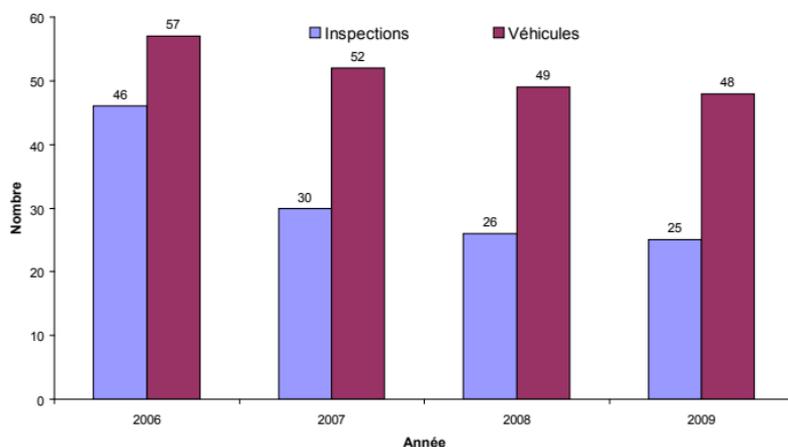
Figure 65 : saisie des feuilles d'intervention préhospitalière (FIP) par année



Inspections du matériel sanitaire embarqué dans les ambulances

Afin de garantir aux patients la meilleure prise en charge possible avec les moyens techniques adéquats, le service du médecin cantonal procède, chaque année, au contrôle du matériel embarqué de chaque ambulance autorisée à effectuer des transports sanitaires dans le canton. Le service du médecin cantonal établit et met à jour, de concert avec les professionnels de l'urgence sanitaire et conformément aux directives de l'inter-association de sauvetage (IAS), la liste du matériel nécessaire.

Du fait d'une meilleure planification et coordination entre la DGS et les services d'ambulances, le nombre de journées destinées aux inspections a diminué. En effet, plusieurs véhicules sont inspectés en même temps expliquant les chiffres démontrés sur la figure 66.

Figure 66 : nombre de véhicules et d'inspections annuelles**Préavis sanitaire pour les grandes manifestations**

Toute manifestation regroupant plus de 1500 spectateurs ou jugée à risque (selon des critères établis par la police) annoncée sur le « guichet unique » nécessite un préavis sanitaire. Ce dernier est délivré par la DGS après examen des mesures préventives prévues par les organisateurs.

Une augmentation marquée est constatée sur la période 2008-2010. Elle est liée à la nouveauté de cette procédure. Cette augmentation devrait encore s'amplifier en 2010, mais devrait déboucher sur une stabilisation courant 2011-2012.

33. Données utiles à la planification

33.1. Données disponibles

33.1.1. Préhospitalier

Figure 67 : nombre de missions urgentes, non urgentes ainsi que régulations sans intervention

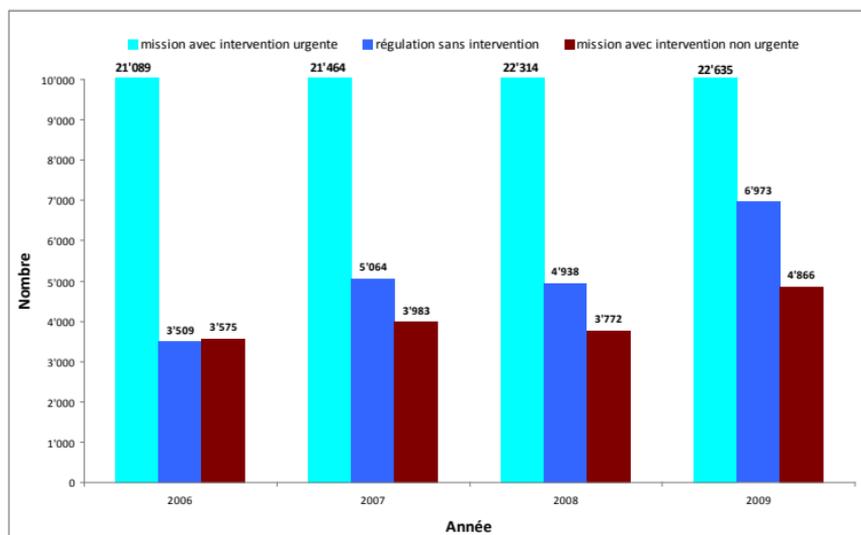
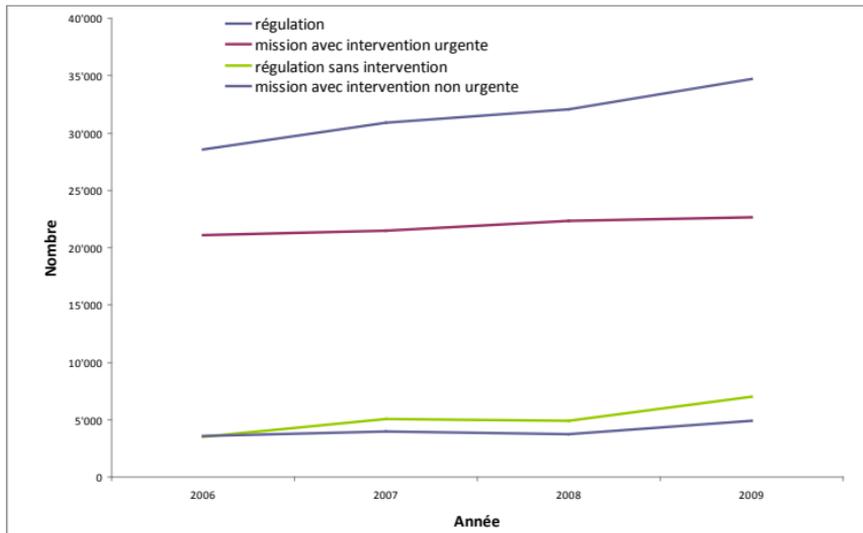


Figure 68 : nombre de régulations, missions urgentes, non urgentes et régulations sans intervention



34. Planification préhospitalière

34.1. Projections

34.1.1. Méthode

La période d'observation pour les mesures d'incidence s'étend du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2009.

L'établissement d'une projection chiffrée est centré sur les ambulances qui représentent le volume principal de l'activité préhospitalière. Il faut également tenir compte de l'augmentation continue des « missions de régulations » qui est l'un des meilleurs reflets de l'activité de la centrale 144.

Le modèle utilisé lors de la planification 2005 - 2010 a surévalué les besoins. Il intégrait la croissance de la population genevoise résidente et une forte augmentation de l'incidence des demandes telle qu'observée jusqu'en 2004. Or, cette croissance d'incidence des demandes d'ambulances s'est stabilisée alors que la croissance des « missions de régulation » du 144 a continué de progresser.

Nous avons donc affiné notre observation de l'incidence des interventions parmi les classes d'âge OCSTAT (Groupe A : 0-19 ans ; Gr B : 20-64 ; Gr C : >65 ans) et dans les secteurs géographiques de Genève-ville, Arve-Rhône, Rive-droite et Arve-lac

Les incidences annuelles d'interventions sont exprimées en pourcent de la population résidente.

34.1.2. Hypothèses

La croissance de l'activité des ambulances dépendra 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.

A l'aide des projections fournies par l'OCSTAT nous avons établi les projections du nombre d'interventions d'ambulances à l'horizon 2040 pour les hypothèses ci-dessous :

1. La croissance actuelle de l'incidence des interventions dans les zones suburbaines et périphériques se stabilise et les incidences cantonales se maintiennent respectivement autour de 2 %, 4 % et 12 % pour les groupes d'âges A, B et C. Ce scénario est plausible à 5 ans et 10 ans. La croissance de l'activité suit alors linéairement la croissance des populations des groupes A, B et C
2. La croissance actuelle de l'incidence des interventions dans les zones suburbaines et périphériques progresse et entraîne 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. pour les groupes d'âges A, B et C respectivement. Ce scénario paraît moins probable que le scénario 1, du moins à si court terme mais donne la fourchette supérieure de l'évolution.
3. Dans ce cas, la progression de l'incidence est calculée linéairement pour chaque groupe à l'aide des éléments suivants :

A_R	Année de référence
A_F	Dernière année (terme) de la projection
A_O	Année pour laquelle est calculée l'incidence projetée I_p
I_R	Incidence de l'année de référence
I_F	Incidence finale
n	$= A_F - A_R$
m	$= A_O - A_R$
I_p	Incidence projetée

L'incidence I_p peut être facilement calculée pour chaque année à l'aide de la formule suivante :

$$I_p = I_R + \left(\frac{I_F - I_R}{n} \right) \times m$$

La croissance de l'activité sera alors un produit de la croissance de population et de l'augmentation d'incidence.

34.1.3. Analyse

Figure 69 : incidence annuelle des interventions rapportée à la population résidente

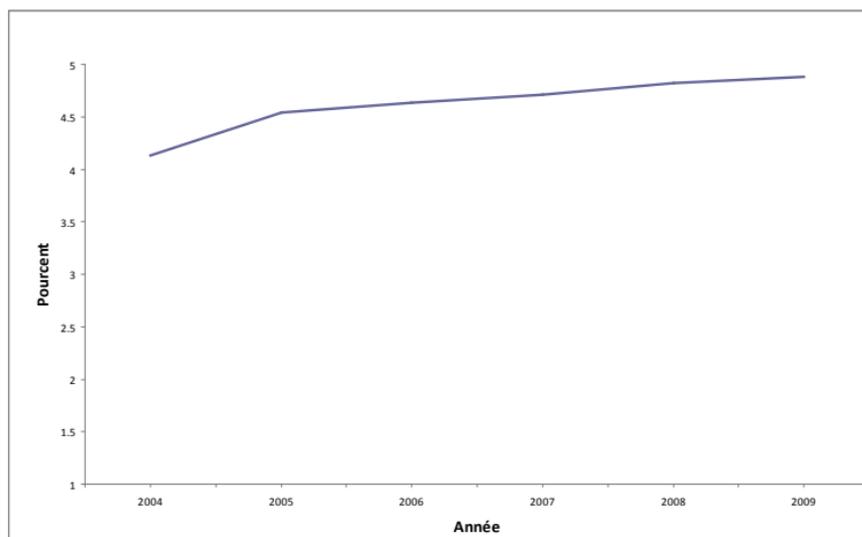
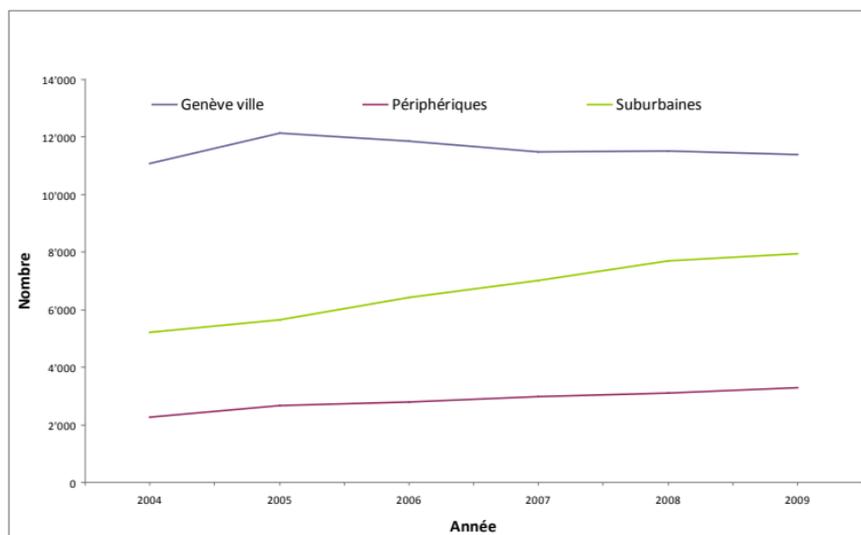


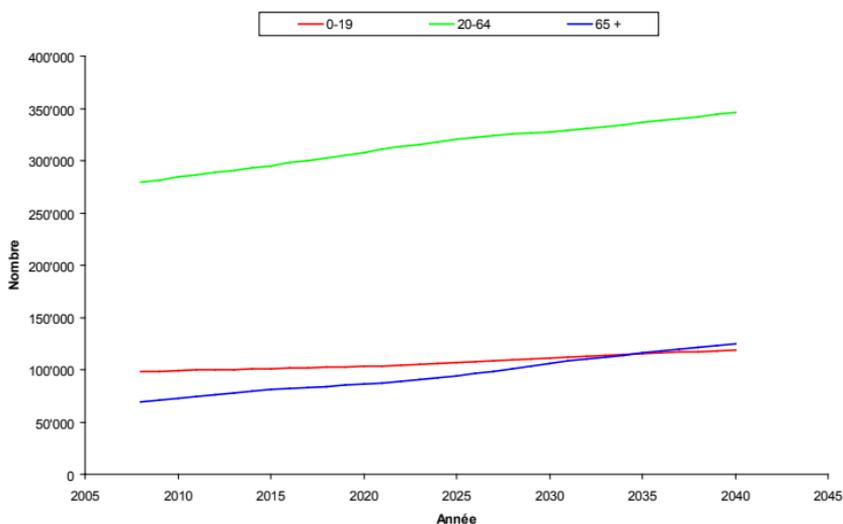
Figure 70 : incidence annuelle des interventions rapportée à la ville et aux zones périphériques et suburbaines



L'incidence annuelle des interventions d'ambulances est stable en ville de Genève. Elle augmente dans les communes suburbaines et périphériques. L'incidence annuelle des interventions est environ trois fois supérieure chez les patients de plus de 65 ans que parmi les autres classes d'âge.

34.1.4. Modèle OCSTAT de croissance de la population

Figure 71 : croissance de la population selon le modèle OCSTAT



34.1.5. Résultats

Ce scénario qui prend en compte les incidences stables à 2 %, 4 %, 12 % pour respectivement les 0-19 ans, 20-64 ans et > 65 ans.

Tableau 32 : évolution de l'incidence du nombre des transports classés par catégorie d'âges pour les années 2011 à 2015

	2011	2012	2013	2014	2015
0-19 ans	1992	1999	2008	2016	2025
20-64 ans	11468	11551	11630	11725	11811
>65 ans	8956	9172	9376	9536	9696
Total	22416	22722	23015	23276	23532

Les incidences moyennes des transports sanitaires urgents restent proches des valeurs actuelles et, à court terme nous pouvons attendre une croissance similaire à celle de la population résidente.

Ambulances

Selon les scénarios retenus, le nombre d'interventions urgentes des ambulances devrait tenir dans une fourchette de 23'000 à 25'000 interventions en 2015. Pour mémoire, en 2009, il y a eu environ 23'000 transports. Les points cruciaux seront la formation des ambulanciers et la disponibilité du nombre d'équipages conformes.

Les conclusions du rapport 2005 quant au positionnement des bases de départ en couronne suburbaine restent entièrement fondées et peuvent être reconduites. À savoir que le développement de la couronne suburbaine et l'analyse des temps d'intervention montrent que les bases de départ des ambulances qui ont été renforcées par des positions en moyenne ceinture à proximité des grands nœuds routiers ont corrigé les délais d'accès aux communes périphériques tout en renforçant le dispositif urbain.

Cette mise en place a été faite de manière volontaire par les trois entreprises privées d'ambulances. Cette manoeuvre devrait continuer à se faire au fur et à mesure de l'augmentation de la population.

CASU 144

Au regard de la croissance régulière des missions de régulation et de leur typologie, le nombre de missions devrait être dans une fourchette de 45 000 à 55 000 missions en 2015 si ce nombre suit la même évolution que celle des interventions depuis 2009.

SMUR

L'activité du SMUR est stable. Les interventions médicalisées représentent 18 % de l'activité totale des secours à Genève et les indications restent les plus restreintes possibles. Néanmoins le nombre élevé de suppléances assurées par les médecins cadres pourrait conduire les HUG à renforcer cette unité d'au moins deux postes supplémentaires.

Hélicoptère REGA 15

L'activité de REGA 15 est faible mais stable. La raison d'être et les missions de ce vecteur dans une zone fortement urbanisée devraient faire l'objet d'une discussion approfondie en vue de la planification 2015-2020.

Événements majeurs

En cas de sinistre important, voire majeur, nécessitant la mise sur pied et l'intervention de professionnel de la santé et autres aides, la brigade sanitaire cantonale (BSC) et d'OSIRIS s'appuient sur le « piquet catastrophe » (PICA) de l'association genevoise des sections de samaritains (AGSS) constitué de volontaires issus, pour certains, des hôpitaux universitaires de Genève (HUG) et pour d'autres, du milieu professionnel privé.

La situation de « volontariat » implique que, en cas de besoin, la BSC et OSIRIS ne peuvent compter sur l'ensemble du groupe mais que sur une partie qui peut varier passablement en fonction des disponibilités des composants.

Une pérennisation et une assurance des disponibilités des composants de ce groupe passe par la mise en place d'un système de piquet. Ce système devrait être à la charge des HUG.

Par nature, aucune planification de ces événements ne peut être faite. Pour rappel, en cas d'événement extraordinaire, les ressources du canton seraient renforcées soit par des ressources fédérales via le service sanitaire coordonné soit par d'autres cantons (Groupement romand des médecins en cas de catastrophe). Pour les événements de moindre importance, les ressources allouées, via le PICA, devraient être consolidées.

34.2. Conclusions

A la lecture des informations délivrées par l'ensemble des données relatives aux transports ambulanciers il en ressort une certaine stabilité. Néanmoins, une légère augmentation des prises en charge des patients de plus de 65 ans est à relever.

Les missions de base de la centrale d'appels sanitaires urgents 144 sont remplies mais d'autres, telles que la réponse à des appels téléphoniques ne répondant pas aux critères de l'urgence, freinent significativement les activités de base. A ce sujet, un groupe de travail a été créé afin de revoir la répartition des activités et des responsabilités entre les différents acteurs de l'urgence sanitaire. L'attribution à deux entités différentes des appels d'urgence d'une part et des renseignements et conseils médicaux d'autre part améliorerait, sans doute, cette situation.

Les dépassements de capacité en situation quotidienne (30.4.2) dit code « coyote » devraient être documentés afin de savoir quel impact ils représentent sur les appels (appelants) non satisfaits. Une distribution différente des disponibilités en ambulances devrait corriger, partiellement du moins, ce point.

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.crfginfo.org .
- 22 Rapport national sur les besoins en effectifs dans les professions de santé, 2009» disponible sur les sites www.odasante.ch et 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 Policlinique 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 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, seront publiées 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, seront publiées 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.crfinfo.org .
- 35 « Rapport national sur les besoins en effectifs dans les professions de santé, 2009 » disponible sur les sites www.odasante.ch et www.gdk-cds.ch .
- 36 Arrêté du Conseil d'Etat de la république et canton de Genève du 2 février 2011.

Annexes

Annexe A : Extrait - Constitution fédérale de la Confédération suisse

du 18 avril 1999 (Etat le 7 mars 2010), chapitre 3, article 41 (RS101) :

Chapitre 3 Buts sociaux

Art. 41

¹ La Confédération et les cantons s'engagent, en complément de la responsabilité individuelle et de l'initiative privée, à ce que:

- a. toute personne bénéficie de la sécurité sociale ;
- b. toute personne bénéficie des soins nécessaires à sa santé ;
- c. les familles en tant que communautés d'adultes et d'enfants soient protégées et encouragées ;
- d. toute personne capable de travailler puisse assurer son entretien par un travail qu'elle exerce dans des conditions équitables ;
- e. toute personne en quête d'un logement puisse trouver, pour elle-même et sa famille, un logement approprié à des conditions supportables ;
- f. les enfants et les jeunes, ainsi que les personnes en âge de travailler puissent bénéficier d'une formation initiale et d'une formation continue correspondant à leurs aptitudes ;
- g. les enfants et les jeunes soient encouragés à devenir des personnes indépendantes et socialement responsables et soient soutenus dans leur intégration sociale, culturelle et politique.

² La Confédération et les cantons s'engagent à ce que toute personne soit assurée contre les conséquences économiques de l'âge, de l'invalidité, de la maladie, de l'accident, du chômage, de la maternité, de la condition d'orphelin et du veuvage.

³ **Ils s'engagent en faveur des buts sociaux dans le cadre de leurs compétences constitutionnelles et des moyens disponibles.**

⁴ Aucun droit subjectif à des prestations de l'Etat ne peut être déduit directement des buts sociaux.

Annexe B : Extrait - Loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal)

(Etat le 1er janvier 2010) (RS 832.10)

<file:///ECU/app/Sil/program/default.htm> ou http://www.admin.ch/ch/f/rs/c832_10.html

Extrait :

Extrait :

Titre 2 Assurance obligatoire des soins

...

Chapitre 4 Fournisseurs de prestations

Section 1 Admission

Art. 39 Hôpitaux et autres institutions

¹ 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.

² Les cantons coordonnent leurs planifications. ⁶³³

^{2bis} 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.^[84]

^{2bis} 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.^[85]

³ 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).^[86]

Section 2 Choix du fournisseur de prestations et prise en charge des coûts

Art. 41

¹ 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.^[87]

^{1bis} 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'art. 49a jusqu'à concurrence du tarif applicable pour ce traitement dans un hôpital répertorié du canton de résidence.^[88]

^{1ter} L'al. 1^{bis} s'applique par analogie aux maisons de naissance.^[89]

² 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.^[90]

³ 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'art. 49a. A l'exception du cas d'urgence, une autorisation du canton de résidence est nécessaire.^[91]

^{3bis} 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.^[92]

⁴ 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 (art. 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.

Art. 41a^[93] Obligation d'admission

¹ Dans les limites de leurs mandats de prestations et de leurs capacités, les hôpitaux répertoriés sont tenus de garantir la prise en charge de tous les assurés résidant dans le canton où se situe l'hôpital (obligation d'admission).

² Pour les assurés résidant hors du canton où se situe l'hôpital répertorié, l'obligation d'admission ne s'applique que si elle est basée sur des mandats de prestations ainsi que dans les cas d'urgence.

³ Les cantons veillent au respect de l'obligation d'admission.

Section 4 Tarifs et prix

Art. 43 Principe

¹ Les fournisseurs de prestations établissent leurs factures sur la base de tarifs ou de prix.

² Le tarif est une base de calcul de la rémunération ; il peut notamment :

- a. se fonder sur le temps consacré à la prestation (tarif au temps consacré) ;
- b. attribuer des points à chacune des prestations et fixer la valeur du point (tarif à la prestation) ;
- c. prévoir un mode de rémunération forfaitaire (tarif forfaitaire) ;
- d. soumettre, à titre exceptionnel, en vue de garantir leur qualité, la rémunération de certaines prestations à des conditions supérieures à celles prévues par les art. 36 à 40, notamment à celles qui prévoient que les fournisseurs disposent de l'infrastructure, de la formation de base, de la formation postgraduée ou de la formation continue nécessaires (exclusion tarifaire).

³ Le tarif forfaitaire peut se rapporter au traitement par patient (forfait par patient) ou aux soins par groupe d'assurés (forfait par groupe d'assurés). Les forfaits par groupe d'assurés peuvent être fixés, de manière prospective, sur la base des prestations fournies dans le passé et des besoins futurs (budget global prospectif).

⁴ Les tarifs et les prix sont fixés par convention entre les assureurs et les fournisseurs de prestations (convention tarifaire) ou, dans les cas prévus par la loi, par l'autorité compétente. **Ceux-ci veillent à ce que les conventions tarifaires soient fixées d'après les règles applicables en économie d'entreprise et structurées de manière appropriée.** Lorsqu'il s'agit de conventions conclues entre des fédérations, les organisations qui représentent les intérêts des assurés sur le plan cantonal ou fédéral sont entendues avant la conclusion.

⁵ Les tarifs à la prestation doivent se fonder sur une structure tarifaire uniforme, fixée par convention sur le plan suisse. Si les partenaires tarifaires ne peuvent s'entendre sur une structure tarifaire uniforme, le Conseil fédéral la fixe.

⁶ Les parties à la convention et les autorités compétentes veillent à ce que les soins soient appropriés et leur qualité de haut niveau, tout en étant le plus avantageux possible.

⁷ Le Conseil fédéral peut établir des principes visant à ce que les tarifs soient fixés d'après les règles d'une saine gestion économique et structurés de manière appropriée ; il peut aussi établir des principes relatifs à leur adaptation. Il veille à la coordination de ces tarifs avec les régimes tarifaires des autres assurances sociales.

Art. 44 Protection tarifaire

¹ Les fournisseurs de prestations doivent respecter les tarifs et les prix fixés par convention ou par l'autorité compétente ; ils ne peuvent exiger de rémunération plus élevée pour des prestations fournies en application de la présente loi (protection tarifaire). La disposition sur la rémunération des moyens et des appareils diagnostiques ou thérapeutiques (art. 52, al. 1, let. a, ch. 3) est réservée.

² Le fournisseur de prestations qui refuse de fournir des prestations conformément à la présente loi (récusation) doit l'annoncer à l'organisme désigné par le gouvernement cantonal. Il n'a aucun droit à la rémunération au sens de la présente loi. Si un assuré s'adresse à un tel fournisseur de prestations, celui-ci doit d'abord l'en informer.

Art. 45 Garantie du traitement

Si, du fait de la récusation de fournisseurs de prestations, le traitement des assurés n'est pas garanti conformément à la présente loi, le gouvernement cantonal veille à ce qu'il le soit. Une protection tarifaire est aussi applicable dans ce cas. Le Conseil fédéral peut édicter les dispositions nécessaires.

Art. 50^[106] Conventions tarifaires avec les établissements médico-sociaux

En cas de séjour dans un établissement médico-social (art. 39, al. 3), **l'assureur prend en charge les mêmes prestations que pour un traitement ambulatoire ou les soins à domicile. Il peut toutefois convenir avec l'établissement médico-social d'un mode de rémunération forfaitaire.** L'art. 49, al. 7 et 8, est applicable par analogie.

Section 6 Contrôle du caractère économique et de la qualité des prestations

Art. 56 Caractère économique des prestations

¹ Le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement.

² La rémunération des prestations qui dépassent cette limite peut être refusée. Le fournisseur de prestations peut être tenu de restituer les sommes reçues à tort au sens de la présente loi. Ont qualité pour demander la restitution:

- a. l'assuré ou, conformément à l'art. 89, al. 3, l'assureur dans le système du tiers garant (art. 42, al. 1) ;
- b. l'assureur dans le système du tiers payant (art. 42, al. 2).

³ Le fournisseur de prestations doit répercuter sur le débiteur de la rémunération les avantages directs ou indirects qu'il perçoit:

- a. d'un autre fournisseur de prestations agissant sur son mandat ;
- b. de personnes ou d'institutions qui fournissent des médicaments ou des moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques.

⁴ Si le fournisseur de prestations ne répercute pas cet avantage, l'assuré ou l'assureur peut en exiger la restitution.

⁵ Les fournisseurs de prestations et les assureurs prévoient dans les conventions tarifaires des mesures destinées à garantir le caractère économique des prestations. Ils veillent en particulier à éviter une réitération inutile d'actes diagnostiques lorsqu'un assuré consulte plusieurs fournisseurs de prestations.

Annexe C : Extrait - Loi sur la santé du 7 avril 2006 (LS)

(K 1 03 Entrée en vigueur : 1^{er} septembre 2006 - état le 06.01.2011)

Chapitre I Dispositions générales

Art. 1 Buts

¹ La présente loi a pour but de contribuer à la promotion, à la protection, au maintien et au rétablissement de la santé des personnes, des groupes de personnes, de la population et des animaux, dans le respect de la dignité, de la liberté et de l'égalité de chacun.⁽⁴⁾

² Elle garantit une égalité d'accès de chacun à des soins de qualité.

³ Elle encourage les responsabilités individuelle, familiale et collective ainsi que la solidarité.

Art. 2 Définitions

¹ La santé consiste en un état physique, psychique et social qui favorise à tout âge l'équilibre de la personne au sein de la collectivité.

² Les soins comprennent tout service fourni à une personne, à un groupe de personnes ou à la population dans le but de promouvoir, de protéger, d'évaluer, de surveiller, de maintenir, d'améliorer ou de rétablir la santé humaine.

Art. 3 Champ d'application

¹ La présente loi définit et encourage le partenariat entre les acteurs publics et privés du domaine de la santé et régit les soins.

² Sont notamment définis par la présente loi :

- a) les autorités et leur champ de compétences ;
- b) les objectifs de promotion de la santé et de prévention ;
- c) la planification sanitaire cantonale ;
- d) les relations entre patients, membres des professions de la santé, personnes exerçant des pratiques complémentaires et institutions de santé ;
- e) l'exercice des professions de la santé ;
- f) les pratiques complémentaires ;

- g) l'exploitation des institutions de santé ;
- h) le contrôle des produits thérapeutiques ;
- i) les mesures de police sanitaire ;
- j) la surveillance des activités du domaine de la santé.

Art. 4 Obligations de l'Etat et des communes

¹ L'Etat et les communes tiennent compte de la santé dans la définition et la réalisation de leurs tâches et soutiennent l'aménagement de conditions de vie favorables à la santé.

² Si un projet législatif est susceptible d'engendrer des conséquences négatives sur la santé, le Conseil d'Etat peut décider de l'accompagner d'une évaluation de son impact potentiel sur la santé.

³ Pour accomplir ses tâches, l'Etat collabore avec la Confédération, les cantons, les communes, les membres des professions de la santé et les institutions de santé des secteurs privé et public ainsi qu'avec les autres milieux concernés.

⁴ Dans la limite de ses compétences, il coordonne les activités des divers partenaires du domaine de la santé.

⁵ Il veille à l'utilisation rationnelle des ressources disponibles.

⁶ Les prestations que l'Etat fournit dans l'accomplissement des tâches définies dans la présente loi, notamment celles en lien avec le dépôt de dossiers médicaux, la délivrance d'autorisations ou d'attestations ainsi que les inspections et contrôles, peuvent faire l'objet d'un émolument. Le montant des émoluments est fixé par le Conseil d'Etat.

Chapitre II Autorités

Art. 5 Conseil d'Etat

¹ Sous réserve des compétences du Grand Conseil, le Conseil d'Etat définit la politique cantonale de la santé et exerce la haute surveillance dans le domaine de la santé.

² A ce titre, il exerce les attributions suivantes :

- a) il coordonne la politique cantonale de la santé ;
- b) il élabore la planification sanitaire cantonale ;
- c) il nomme les membres des commissions instituées par la présente loi.

³ Il pourvoit à l'exécution de la présente loi.

⁴ Il exerce en outre toutes les tâches et compétences qui lui sont attribuées par la présente loi.

...

Art. 8 Direction générale de la santé

¹ La direction générale de la santé accomplit toutes les tâches de planification et de gestion du domaine de la santé qui ne sont pas attribuées à une autre autorité.

² Elle conseille le département dans tous ces domaines.

...

Chapitre IV Planification sanitaire

Art. 28 Principe

¹ Sur la base d'une évaluation de la santé de la population, la planification sanitaire cantonale a 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 et de garantir des soins appropriés de qualité.

² Le Conseil d'Etat présente au Grand Conseil tous les 4 ans une planification sanitaire cantonale comportant notamment les objectifs, les activités, les organismes responsables et les modes de financement. Le Grand Conseil se prononce dans les 6 mois sous forme de résolution.

³ La planification sanitaire comprend notamment le plan cantonal de promotion de la santé et de prévention ainsi que le plan cantonal d'accès aux soins

⁴ La réalisation, l'exécution et le financement de la planification sanitaire sont fixés dans des dispositions légales spécifiques.

Art. 29 Plan cantonal de promotion de la santé et de prévention

¹ Le plan cantonal de promotion de la santé et de prévention détermine les besoins en fonction des domaines concernés et définit les mesures propres à les satisfaire. Il tient compte des initiatives d'organismes privés, des projets des communes et des organismes publics cantonaux ainsi que des actions menées par les autres cantons et la Confédération.

² Le plan cantonal accorde une attention spéciale aux populations se trouvant dans une situation sociale, sanitaire ou économique défavorable et aux différences de cultures. Il tient compte des besoins de l'individu spécifiques à chaque étape de sa vie.

³ Le département, en collaboration avec les autres départements concernés, met en œuvre le plan cantonal de promotion de la santé et de prévention. Il coordonne les projets de promotion de la santé et de prévention, s'assure de leur qualité et de leur évaluation. Il encourage la recherche en la matière.

Art. 30 Plan cantonal d'accès aux soins

¹ Le plan cantonal d'accès aux soins comprend l'organisation du réseau de soins stationnaires et ambulatoires en veillant à une couverture des soins conforme aux besoins de la population, tant sur le plan quantitatif que qualitatif.

² Le plan cantonal d'accès aux soins a pour but de garantir l'accès aux soins pour tous. A cet effet, il établit les bases d'une collaboration et d'une coordination des prestataires de soins publics et privés.

³ Le plan cantonal stationnaire comprend l'organisation du réseau de soins stationnaires, les mandats de prestations de chaque établissement et les collaborations intercantionales et régionales, conformément à l'art. 39 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal).

⁴ Le plan cantonal ambulatoire vise à assurer une couverture des soins ambulatoires conforme aux besoins de la population.

Art. 31 Statistiques et autres moyens de mesures

¹ Le Conseil d'Etat règle, conformément aux normes reconnues en la matière, l'établissement, l'analyse et la publication des statistiques et des autres moyens de mesures nécessaires à la réalisation et à l'évaluation de la planification sanitaire cantonale.

² Dans les limites de leurs capacités, les professionnels et les institutions de santé sont tenus de participer à l'établissement des statistiques et des autres moyens de mesure nécessaires à la réalisation et à l'évaluation de la planification sanitaire cantonale, pour autant que les données requises ne soient pas déjà disponibles auprès d'autres organismes publics.

Art. 32 Rapport sur la santé de la population

¹ Sur la base des statistiques et des autres moyens de mesures nécessaires à la réalisation et à l'évaluation de la planification sanitaire cantonale, le département publie à intervalles réguliers un rapport sur la santé de la population.

² Il peut mandater un organisme public ou privé pour l'établissement de ce rapport.

Art. 33 Financement

¹ Le Conseil d'Etat prévoit au budget les ressources nécessaires pour élaborer, subventionner, évaluer et contrôler le plan cantonal et les actions spécifiques de promotion de la santé et de prévention qui en découlent.

² Le Conseil d'Etat fixe les critères et les modalités de subventionnement des actions et des institutions qui y participent.

Annexe D : Extrait - Loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile du 26 juin 2008 (LSDom)

(K 1 06 Entrée en vigueur : **1^{er} septembre 2006** - état le **06.01.2011**)

Chapitre IV Financement

Art. 21 Sources de financement

Les prestations de maintien à domicile sont financées par :

- a) les bénéficiaires ;
- b) les assureurs-maladies ;
- c) les indemnités et les aides financières ;
- d) les dons et les legs.

Art. 22 Utilité publique

Poursuivent un but d'utilité publique les organisations privées d'aide et de soins à domicile et les structures intermédiaires privées qui :

- a) **correspondent aux besoins de la planification sanitaire cantonale ;**
- b) font partie du réseau de soins ;
- c) sont autorisées en qualité d'institution de santé au sens de la loi sur la santé, du 7 avril 2006 ;
- d) appliquent les tarifs des prestations de maintien à domicile approuvés par le Conseil d'Etat ;
- e) poursuivent une politique salariale conforme aux conventions collectives, ou, à défaut, répondent aux normes appliquées dans le canton aux professions concernées ;
- f) consacrent une part prépondérante de leur activité au maintien à domicile ;
- g) offrent à leur personnel une formation continue et permanente adéquate.

Annexe E : Arrêté du Département de l'économie et de la santé du 27 mars 2007, relatif à la définition du foyer de jour et du foyer de jour-nuit



ARRÊTÉ

relatif à la définition du foyer de jour
et du foyer de jour-nuit

du 27 mars 2007

LE DEPARTEMENT DE L'ECONOMIE ET DE LA SANTE

vu la définition des foyers de jour par l'ex département de l'action sociale et de la santé d'août 1996 ;

vu les propositions de l'association des foyers de jour du 13 août 2002 ;

vu le rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil du 6 juin 2005, sur la politique en faveur des personnes âgées dans le canton de Genève (RD 586) ;

vu la loi sur la santé K 1 03 du 7 avril 2006 et son règlement d'application,

ARRÊTE :

Article 1 - Définition

¹ Le foyer de jour ou le foyer de jour-nuit (ci-après le foyer), est un lieu d'accueil et de soutien psychosocial des personnes âgées, inséré dans un secteur géographique délimité, proche ou intégré dans un établissement médico-social.

² Le foyer est un lieu de vie partagée, périodique et/ou transitoire, mais non un lieu de traitement des problématiques de santé.

³ Le foyer participe de la politique publique de maintien à domicile des personnes âgées.

Article 2 - Missions

¹ En complémentarité avec les services d'aide et de soins à domicile, le foyer favorise le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie.

- 2 -

² Les missions principales du foyer sont les suivantes :

- a) préserver ou accroître les capacités physiques, intellectuelles et sociales en vue de maintenir les personnes âgées en perte d'autonomie dans leur lieu de vie ;
- b) contribuer, en complémentarité avec l'aide et les soins à domicile, à éviter les hospitalisations inappropriées ;
- c) retarder les séjours de longue durée en établissement médico-social ;
- d) rompre l'isolement et favoriser de nouvelles activités et de nouvelles relations ;
- e) préparer la personne et son entourage à un éventuel séjour de longue durée dans un établissement médico-social ;
- f) soutenir et décharger la famille et les proches.

Article 3 – Prestations

Les prestations du foyer sont les suivantes :

1. évaluation des besoins des personnes et élaboration d'un plan d'accompagnement individuel ;
2. accompagnement des personnes :
 - a) aide et stimulation à l'accomplissement des actes de la vie quotidienne ;
 - b) mobilisation des facultés physiques, intellectuelles et sociales.
3. socio-hôtelières ;
4. familiarisation à la vie communautaire dans la perspective d'un éventuel séjour de longue durée dans un établissement médico-social ;
5. surveillance de l'état de santé ;
6. transport du domicile au foyer ;
7. soutien du bénéficiaire et des proches.

Article 4 – Profils des clients

¹ Les prestations du foyer s'adressent aux profils de clientèle suivants :

- a) aînés avec difficultés liées au vieillissement, en perte d'autonomie partielle, atteints ou non d'un handicap physique avec risque d'aggravation sans stimulation motrice ;
- b) aînés avec problèmes de santé, dont notamment :
 - états dépressifs, chroniques ou passagers ;
 - troubles cognitifs ;
 - maladies chroniques.

Article 5 – Principes généraux d'exploitation

¹ La gestion du foyer relève d'une association ou corporation de droit public ou privé ne poursuivant pas de but lucratif.

² Une autorisation d'exploiter est délivrée à chaque organisme par le département de l'économie et de la santé, au sens de la loi sur la santé K 1 03 du 7 avril 2006.

³ En référence à la loi sur les indemnités et les aides financières du 15 décembre 2005 (LIAF), l'indemnité financière quadriennale de chaque foyer fait l'objet d'une loi votée par le Parlement, accompagnée d'un contrat de prestations approuvé par le Conseil d'Etat.

⁴ Les tarifs des prestations du foyer sont approuvés chaque année par le Conseil d'Etat.

- 3 -

Article 6 – Admission et horaires d'ouverture

¹ L'admission peut intervenir à la demande de l'intéressé(e) ou de son représentant légal, du médecin traitant, des services d'aide et de soins à domicile ou du personnel hospitalier, en référence à une évaluation du degré de dépendance de l'intéressé(e).

² En règle générale, le foyer de jour est ouvert 5 jours sur 7, de 9h.00 à 17h.00. Le foyer de jour-nuit est ouvert 6 jours sur 7.

³ Un contrat d'accueil est signé par chaque client ou par son représentant ; il mentionne notamment la facturation d'une redevance (identique pour tous les foyers), en cas de désistement injustifié.

Article 7 – Surveillance médicale et suivi des soins

¹ Le médecin traitant de chaque client est responsable de la surveillance médicale de son patient durant son séjour dans un foyer.

² Le médecin traitant donne aux professionnels du foyer toutes consignes et ordres médicaux nécessaires à la prise en charge de son patient.

³ Les soins, lorsqu'ils sont nécessaires, sont assurés, soit par les infirmières des services d'aide et de soins à domicile du centre d'action sociale et de santé de proximité, soit par les infirmières de l'établissement public médical de proximité.

Article 8 – Professions actives dans le foyer

¹ En règle générale, les professionnels employés dans le foyer sont les suivants :

- a) infirmier(ère) ou assistant(e) social(e) responsable du foyer ;
- b) assistant(e) en soins et santé communautaire ou aide soignant(e) ou physiothérapeute ;
- c) animateur(trice) ou éducateur(trice) ou ergothérapeute ;
- d) cuisinier(ère) et chauffeur, si aucune collaboration ne peut être conclue avec un établissement médico-social de proximité, ou un organisme de transports (Transport Handicap, etc.).

² Les cahiers des charges des professionnels du foyer sont identiques pour tous les foyers, et conformes aux définitions de fonctions-types du service d'évaluation des fonctions de l'Office du personnel de l'Etat.

³ La formation continue des professionnels du foyer est assurée par le centre de formation continue des hôpitaux universitaires de Genève, moyennant une facturation des prestations.

Article 9

Cet arrêté entre en vigueur au 1^{er} mai 2007.



Annexe F : Tarifs des prestations (arrêté du Département de l'économie et de la santé du 22 décembre 2006)



ARRÊTÉ

relatif à la subvention 2007 accordée aux foyers de
jour

du 22 décembre 2006

LE DEPARTEMENT DE L'ECONOMIE ET DE LA SANTE

vu la loi sur l'aide à domicile K 1 05 du 16 février 1992, modifiée le 21 septembre 2001;

vu la loi ouvrant un crédit quadriennal (2005-2008) de 364'512'749 F destiné à financer l'aide et les soins à domicile;

vu les décisions du conseiller d'Etat en charge du département de l'économie et de la santé du 29 novembre 2005 relatives à l'analyse financière des foyers de jour;

vu les plans de mesures P1 du 30 mars 2006 et P2 du 27 juin 2006 du Conseil d'Etat;

vu les décisions du Grand Conseil du 15 décembre 2006 relatives au budget 2007 de l'Etat de Genève et, en particulier, aux subventions accordées aux foyers de jour;

ARRÊTE :

1. PERSONNEL

1.1 Les mécanismes salariaux suivants sont appliqués :

- indexation des traitements au 1^{er} janvier 2007 de 0,4%;
- octroi d'une annuité dès le 1^{er} juillet 2007;
- progression de la prime de fidélité bloquée, à l'exception des personnes qui y auront droit pour la première fois.

1.2 La participation de l'employeur à l'assurance maladie est supprimée.

1.3 Les cahiers des charges des fonctions, identiques pour tous les foyers de jour et conformes aux définitions de fonctions-types du service d'évaluation des fonctions de l'Etat, sont appliqués.

2. TARIFS

2.1 Les tarifs journaliers sont fixés à :

- 40,-- francs pour les foyers Aux 5 Colosses, Pavillon Butini, Le Caroubier, Livada, Soubeyran et Oasis;
- 50,-- francs pour le foyer Relais Dumas;
- 12,-- francs le matin, 50,-- francs la journée, 25,-- francs le soir et 50,-- francs la nuit pour le foyer De La Rive.

3. INDEMNITE DE FONCTIONNEMENT

3.1 Conformément à la loi votée par le Grand Conseil le 15 décembre 2006, les subventions 2007 accordées aux foyers de jour s'élèvent à 3'087'742,-- francs répartis comme suit :

- Aux 5 Colosses : 379'500,-- francs;
- Pavillon Butini : 405'000,-- francs;
- Le Caroubier : 387'700,-- francs;
- Livada : 397'450,-- francs;
- Soubeyran : 397'450,-- francs;
- Oasis : 382'500,-- francs;
- Relais Dumas : 369'200,-- francs;
- Pavillon De La Rive : 368'942,-- francs.

3.2 Une indemnité complémentaire de 147'058,-- francs sera accordée au Pavillon De La Rive, dans le cadre du crédit quadriennal de l'aide à domicile.

3.3 Les comptes trimestriels 2007 de chaque foyer de jour sont remis à la direction générale des CASS les 20 avril, 20 juillet et 20 octobre 2007.

3.4 Les comptes annuels audités par l'organe de révision de chaque foyer, le cahier des charges de l'organe de révision et le rapport d'activité annuel sont remis en trois exemplaires à la direction générale des CASS le 31 mars 2008.

3.5 Un contrat d'accueil est signé par tous les clients des foyers de jour ou leur représentant; il mentionne notamment la facturation d'une redevance (identique pour tous les foyers) en cas de désistement injustifié.

4. SURSIS REFERENDAIRE

En référence à l'article 7A de la loi budgétaire relatif au sursis référendaire, dont la teneur est la suivante :

« art. 7A Sursis référendaire

¹ Dans le cas où la loi d'allégation et d'investissement découlant d'opérations de transferts d'actifs entre l'Etat de Genève et l'Aéroport international de Genève est refusée par le peuple, le Conseil d'Etat, dans un délai de 30 jours dès la publication de l'arrêté validant l'opération électorale, est tenu de présenter à la Commission des Finances pour adoption un train de mesures de réduction des dépenses de fonctionnement pour

l'exercice 2007, à hauteur d'un montant de 17,3 millions correspondant à l'alourdissement des charges résultant du vote populaire.

² Dans le cas où la loi d'aliénation et d'investissement découlant d'opérations de transferts d'actifs entre l'Etat de Genève et les Transports publics genevois (acquisitions, transferts, capital de dotation) est refusée par le peuple, le Conseil d'Etat, dans un délai de 30 jours dès la publication de l'arrêté validant l'opération électorale, est tenu de présenter à la Commission des Finances pour adoption un train de mesures de réduction des dépenses de fonctionnement pour l'exercice 2007, à hauteur d'un montant de 1,2 million, correspondant à l'alourdissement des charges résultant du vote populaire. »

et en fonction de l'issue des référendums actuellement lancés contre les deux lois précitées, le montant de la subvention octroyée pourrait être réduit par le Conseil d'Etat, dans une mesure qu'il n'est toutefois pas possible de préciser à l'heure actuelle. Aussi, il incombe à chaque foyer de jour de tenir compte de cette incertitude dans la planification de ses engagements financiers.

5. ENTREE EN VIGUEUR

Cet arrêté entre en vigueur le 1^{er} janvier 2007.



Pierre-François UNGER
Conseiller d'Etat

Annexe G : Prestations attendues d'un foyer de jour - exemple

Tableaux de bord des objectifs et des indicateurs de performance

Prestations	Objectifs	Indicateurs / Valeurs cibles
<p>1. Evaluation des besoins des personnes à leur admission</p>	<p>1. Répondre aux demandes d'admission dans un délai fixé</p>	<p><u>Indicateur</u> Délai d'admission</p> <p><u>Cible 2009</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 50% des bénéficiaires sont admis dans la 1^{ère} semaine qui suit la demande - 40% des bénéficiaires sont admis dans la 2^{ème} semaine qui suit la demande - 10% des bénéficiaires sont admis dans la 3^{ème} semaine qui suit la demande <p><u>Cible 2011</u> Pour autant qu'un ou plusieurs nouveaux foyers soient ouverts entre 2008 et 2011, la cible est adaptée de la manière suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 75% des bénéficiaires sont admis dans la 1^{ère} semaine qui suit la demande - 20% des bénéficiaires sont admis dans la 2^{ème} semaine qui suit la demande - 5% des bénéficiaires sont admis dans la 3^{ème} semaine qui suit la demande
	<p>2. Procéder à une uniformisation des critères d'admission et du rythme de fréquentation du foyer par les bénéficiaires</p>	<p><u>Indicateur</u> Rédaction d'un contrat d'admission et de critères d'admission et de fréquentation</p> <p><u>Cible dès fin 2008</u></p> <ul style="list-style-type: none"> a) Les critères d'admission et de fréquentation sont respectés. b) 100% des bénéficiaires ou de leurs proches ou de leur représentant légal, ont signé un contrat d'admission

Prestations	Objectifs	Indicateurs / Valeurs cibles
<p>2. Accompagnement individualisé des personnes</p>	<p>1. Evaluer l'évolution des capacités physiques, psychiques/cognitives et sociales de chaque bénéficiaire pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - assurer le suivi personnalisé de chaque bénéficiaire - disposer d'une appréciation globale du niveau d'autonomie de l'ensemble des bénéficiaires de chaque foyer de jour ou de jour-nuit <p>2. Appliquer pour chaque bénéficiaire un plan personnalisé de mobilisation</p>	<p><u>Indicateur</u> Objectifs fixés pour chaque bénéficiaire, pour chaque faculté (physiques, psychiques/cognitives, sociales)</p> <p><u>Cible</u> Dossier d'accompagnement individuel qui comporte une évaluation, tous les 6 mois, des progrès ou reculs de chaque objectif pour chaque bénéficiaire, en référence à des échelles de capacité (exemple : échelle de Reisberg pour évaluer l'évolution de la maladie d'Alzheimer)</p> <p><u>Cible</u> Pourcentage des bénéficiaires de chaque foyer, par niveau dans l'échelle de capacité</p> <p><u>Indicateur</u> Nombre de chutes au foyer</p> <p><u>Cible 2011</u> 0% de chutes au foyer</p>

Prestations	Objectifs	Indicateurs / Valeurs cibles
<p>3. Surveillance de l'état de santé</p>	<p>Identifier pour chaque bénéficiaire, en collaboration avec les infirmières de l'aide et des soins à domicile et les médecins traitants, les paramètres à surveiller</p>	<p><u>Indicateur</u> Les observations échangées entre les infirmières des services d'aide et de soins à domicile et le médecin traitant, et les professionnels de chaque foyer, pour chaque bénéficiaire</p> <p><u>Cible dès 2009</u> Les observations pour chaque bénéficiaire sont échangées au minimum 2 fois par an et consignées dans le dossier d'accompagnement</p>
<p>4. Soutien du bénéficiaire et des proches</p>	<p>Assurer un temps de répit aux proches, pour favoriser le maintien à domicile du bénéficiaire le plus longtemps possible</p>	<p><u>Indicateurs</u> Nombre d'admissions motivées pour offrir un temps de répit aux proches</p> <p><u>Cible dès 2008</u> 50% des admissions</p>
<p>5. Transport des bénéficiaires</p>	<p>Garantir un volume (nombre de bénéficiaires) de transport adéquat, au meilleur coût</p>	<p><u>Indicateurs</u> Nombre de kilomètres parcourus pour chaque bénéficiaire (aller-retour du domicile au foyer)</p> <p><u>Cible 2011</u> Diminution du nombre de kilomètres par bénéficiaire et par jour</p>

Annexe H : Liste des établissements médicaux au sens de la loi sur l'exercice des professions de la santé, les établissements médicaux et diverses entreprises ...

Folio

RÉPUBLIQUE ET  CANTON DE GENÈVE 13709-2002

ARRÊTÉ

déterminant la liste des établissements médicaux au sens de la loi sur l'exercice des professions de la santé, les établissements médicaux et diverses entreprises du domaine médical

du 23 octobre 2002

LE CONSEIL D'ÉTAT

vu la loi du 11 mai 2001 sur l'exercice des professions de la santé, les établissements médicaux et diverses entreprises du domaine médical (K 3 05) et son règlement d'exécution (K 3 05.01);

vu l'article 39 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) du 18 mars 1994;

ARRÊTÉ :

Article 1 - Admissions

La liste des établissements médicaux, admis au sens des articles 81 et 82 de la loi K 3 05, est la suivante :

Etablissement	Responsables
CENTRE MEDICO-PSYCHOSOCIAL DE CHENE Fondation PHENIX Route de Chêne 100 1224 Chêne-Bougeries	<u>Répondant :</u> Docteur Jean-Jacques DEGLON <u>Suppléant-e-s :</u> Docteur Jean-Louis MARTIN
CENTRE MEDICO-PSYCHOSOCIAL DE LANCY Fondation PHENIX Avenue des Communies Réunies 8 bis 1212 Grand-Lancy	<u>Répondant :</u> Docteur Michel BOURQUIN

Etablissement	Responsables
CENTRE MEDICO-PSYCHOSOCIAL DE PLAINPALAIS Fondation PHENIX Rue Jean-Violette 4 1205 Genève	<u>Répondant :</u> Docteur Antoinette AL AMINE
CENTRE MEDICO-PSYCHOSOCIAL DU GRAND-PRE Fondation PHENIX Rue du Grand-Pré 72 1202 Genève	<u>Répondant :</u> Docteur Alain FALBRIARD
ASSOCIATION APPARTENANCES Boulevard Saint-Georges 72 1205 Genève	<u>Répondant :</u> Docteur Saskia VON OVERBECK OTTINO
CENTRE DE PSYCHOLOGIE CLINIQUE C. P. C. Rue de Lausanne 63 1202 Genève	<u>Répondant :</u> Docteur Danielle GROUX
CENTRE MEDICAL A CHENE-BOURG C. M. C. B. S. A. Rue de Genève 20 1225 Chêne-Bourg	<u>Répondant :</u> Docteur Dominique JARGY
CENTRE MEDICAL DE MEYRIN Promenade des Artisans 24 1217 Meyrin	<u>Répondant :</u> Docteur Lukka HICKLIN <u>Suppléant-e-s :</u> Docteur Nancy NEWSOM DULGUE-ROV

Etablissement	Responsables
CENTRE MEDICAL DU LEMAN Rue Dr-Alfred-Vincent 17 1201 Genève	<u>Répondant :</u> Docteur Dana VJILLE <u>Suppléant-e-s :</u> Docteur Daphné DU PASQUIER Docteur Liliane REGARD
CENTRE MEDICO-CHIRURGICAL DES ACACIAS S. A. Rue des Epinettes 19 1227 Carouge	<u>Répondant :</u> Docteur Ileana KITTNER
CENTRE MEDICO-CHIRURGICAL DES EAUX-VIVES S. A. Rue du Nant 4 - 6 1207 Genève	<u>Répondant :</u> Docteur Tamas PINTER <u>Suppléant-e-s :</u> Docteur Jacques VUILLEUMIER
CENTRE MEDICO CHIRURGICAL DE GRAND-MONTFLAURY Chemin de Grand-Montflaury 54 1290 Versoix	<u>Répondant :</u> Docteur Minhael W/FICHERT
CENTRE MEDICAL LIOTARD S.à R.L. Rue Liotard 59 1203 Genève	<u>Répondant :</u> Docteur Cornélius FERDINAND
CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE DE VERMONT S. A. Rue de Vermont 9 A 1202 Genève	<u>Répondant :</u> Docteur Bertrand RAPP

Etablissement	Responsables
CLINIQUE VITA-MED Boulevard Helvétique 17 1201 Genève	<u>Répondant :</u> Docteur Daniel DUFOUR
DIANECHO CENTRE D'ECHOGRAPHIE OBSTETRICALE ET GYNECOLOGIQUE Rue de la Colline 6 1205 Genève	<u>Répondant :</u> Docteur Philippe EXTERMANN <u>Suppléant-e-s :</u> Docteur Pierre STUCKELBERGER
ONO S. A. OPHTHALMOLOGY NETWORK ORGANISATION S. A. CLINIQUE DE L'OEIL Avenue du Bois-de-la-Chapelle 15 1213 Onex	<u>Répondant :</u> Docteur Jérôme BOVET
S. O. S. MEDECINS CITE CALVIN S. A. Rue Louis-Favre 43 1201 Genève	<u>Répondant :</u> Docteur Pierre FROIDEVAUX
PERMANENCE DE CORNAVIN S. A. Rue du Jura 1-3 1201 Genève	<u>Répondant :</u> Docteur Jean-Pierre JUBIN <u>Suppléant-e-s :</u> Docteur Joana VIANU-BOLOMEY
PERMANENCE DE LA CLINIQUE DE CAROUGE S. A. Avenue Cardinal-Mermillod 1 1227 Carouge	<u>Répondant :</u> Docteur Pierre-André TORNAY <u>Suppléant-e-s :</u> Docteur Nasser MAD Docteur Anne-Valérie BUGNON-REBER

Etablissement	Responsables
PERMANENCE LA TOUR S.A. Avenue J.-D.-Maillard 3 1217 Meyrin	<u>Répondant :</u> Docteur Henri DURUZ <u>Suppléant-e-s :</u> Docteur Francis MEIER
PERMANENCE DU GROUPE MEDICAL D'ONEX S. A. Route de Loix 3 bis Case postale 131 1213 Onex	<u>Répondant :</u> Docteur Marc-André RAETZD <u>Suppléant-e-s :</u> Docteur Philippe SCHALLER
PERMANENCE MEDICO-CHIRURGICALE ROND-POINT DE PLAINPALAIS S. A. Rue de Carnage 17 - 18 1205 Genève	<u>Répondant :</u> Docteur Marco FENCZ <u>Suppléant-e-s :</u> Docteur Aurélien-Dan MOCANU
PERMANENCE MEDICO-CHIRURGICALE S. A. Rue de Chantepoulet 2 1201 Genève	<u>Répondant :</u> Docteur Messaoud HAROUD <u>Suppléant-e-s :</u> Docteur François DANIEL
PERMANENCE MEDICO-CHIRURGICALE VERMONT/GRAND-PRÉ S. A. Rue de Vermont 9 A 1202 Genève	<u>Répondant :</u> Docteur René WALKER <u>Suppléant-e-s :</u> Docteur Dietegen ALLGÖWER

Article 2 - Publication et mise à jour de la lista

Cette liste est publiée sur le site officiel de l'Etat de Genève ainsi que dans la Feuille d'avis officielle. Elle est mise à jour annuellement par le Conseil d'Etat.

Communiqué à :

DASS 4 ex.
Chancellerie 1 ex.
FAO 1 ex.



Certifié conforme.
Le chancelier d'Etat :

A handwritten signature in black ink, appearing to be "M. Müller", written over a vertical dashed line.

Annexe I : Tableau OCStat numéro T14.02.3.3.02

Office cantonal de la statistique - OCSTAT										
Locataires des immeubles avec encadrement social pour personnes âgées, selon divers caractères, depuis 2000 (1)										T 14.02.3.3.02
Chiffres annuels										Canton de Genève
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Locataires au 31 décembre	1'151	1'153	1'149	1'159	1'145	1'156	1'164	1'283	1'286	1'281
<i>Selon le sexe</i>										
Hommes	284	303	303	318	313	318	333	389	406	391
Femmes	867	850	846	841	832	838	831	894	880	870
<i>Selon le groupe d'âges</i>										
Moins de 65 ans	71	69	65	86	95	104	125	137	115	98
65 - 69 ans	90	103	95	102	110	97	93	123	143	150
70 - 74 ans	164	154	169	171	173	161	167	184	183	182
75 - 79 ans	251	239	226	223	202	225	207	241	245	244
80 - 84 ans	279	281	281	276	274	256	271	265	273	272
85 - 89 ans	184	196	190	181	175	197	194	210	212	202
90 - 94 ans	93	87	96	96	92	88	78	94	88	89
95 - 99 ans	15	23	25	22	21	26	25	26	24	22
100 ans ou plus	2	1	2	2	3	2	4	3	2	2
Age inconnu	2	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Part des 80 ans ou plus, en %	49.8	51.0	51.7	49.8	49.3	49.2	49.1	46.6	46.6	46.6
<i>Selon la situation de ménage</i>										
Vivant seul	916	919	907	930	922	940	952	1'050	1'046	1'010
Vivant avec une autre personne	235	234	242	229	223	216	212	233	240	251
Bénéficiaires des prestations du SPC (2)	498	528	565	538	520	546	549	577	566	...
Locataires entrés durant l'année (3)	94	124	140	132	126	136	146	140	142	128
Locataires sortis durant l'année (3)	118	130	143	127	140	138	130	152	134	141
<i>Selon la destination</i>										
Autre domicile	12	19	20	11	16	20	14	21	18	11
EMS	47	50	63	44	43	58	57	77	69	56
Hôpital	4	12	4	7	13	1	4	3	4	6
Décès	52	46	53	64	68	57	55	49	43	60
Autre ou inconnu	3	3	3	1	-	2	-	2	-	8
<i>Selon la durée de séjour</i>										
Jusqu'à 1 an	15	13	12	16	26	20	14	13	11	...
De 1 an jusqu'à 5 ans	35	43	48	30	45	50	40	37	45	...
De 5 ans jusqu'à 10 ans	36	49	41	31	35	20	29	39	32	...
Plus de 10 ans	32	25	42	50	34	48	47	63	46	...
Durée moyenne de séjour, en année (4)	...	...	...	...	...	...	...	...	...	5.4
Locataires bénéficiant de l'aide à domicile										
Bénéficiaires des prestations du SPC (2)	...	...	...	...	...	...	...	...	...	390
Aide de ménage FSASD	518	517	499	515	462	459	406	446	481	487
Soins FSASD	284	289	336	341	303	310	298	326	356	348
Repas à domicile FSASD (5)	82	108	85	83	78	79	76	104	418	451
Sécurité FSASD (6)	...	...	...	...	...	...	...	1'124	1'209	...

(1) Immeubles dans lesquels la Fondation des services d'aide et soins à domicile assure des prestations d'encadrement. Soit, dès 2007, les immeubles suivants : Ansermet, Arc-en-Ville, Arénières, Avanchets, Bernex, Carouge-Centre, Champs-Frêches, Chapelly, Chêne-Bourg, Chevillarde, Fiorimontaine, Franchises, Jumelles, Lignon, Onex II, Palattes, Rasses, Reposa et Saule.

(2) Service des prestations complémentaires, anciennement Office cantonal des personnes âgées (OCA).

(3) Les locataires qui déménagent d'un immeuble à un autre sont enregistrés dans les entrées et dans les sorties.

(4) Nombre d'années entre la date d'entrée et la date de sortie des locataires.

(5) Dès 2008, y compris les repas servis dans les salles à manger gérées par la Fondation des services d'aide et soins à domicile.

(6) Locataires au bénéfice d'un appareil de sécurité relié à la centrale d'appels de la Fondation des services d'aide et soins à domicile.

Source : Direction générale de l'action sociale (jusqu'en 2002) / Office cantonal de la statistique / Fondation des services d'aide et de soins à domicile (FSASD)

Date de mise à jour : 22.09.2010

Annexe J : Tableau de OCStat numéro T14.02.3.3.03

Office cantonal de la statistique - OCSTAT											
Comptabilité d'exploitation des immeubles avec encadrement social pour personnes âgées, depuis 2000		T 14.02.3.3.03									
Chiffres annuels		Canton de Genève									
		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Immeubles au 31 décembre (1)		17	17	17	17	17	17	17	19	19	19
Logements au 31 décembre		1'127	1'126	1'074	1'094	1'094	1'088	1'098	1'202	1'202	1'202
Charges d'exploitation, en millier de francs		9'727	9'823	9'918	9'756	9'782	9'365	9'539	10'955	11'828	12'046
Personnel (2)		1'569	1'589	1'550	1'372	1'347	1'488	1'505	1'562	1'789	1'660
Autres charges		8'158	8'234	8'368	8'384	8'435	7'877	8'034	9'393	10'039	10'386
Produits d'exploitation, en millier de francs		9'202	9'455	9'507	9'575	9'481	9'334	9'788	11'649	12'608	12'439
Loyers		7'909	7'898	7'967	7'956	8'011	8'405	8'588	9'623	10'814	11'082
Subventions HBM et HLM (3)		1'015	1'252	1'295	1'440	1'130	1'031	868	1'147	1'428	982
Autres produits		278	306	246	179	340	397	332	879	365	375
Résultats d'exploitation (produits moins charges)		- 525	- 368	- 411	- 181	- 301	468	249	694	780	392

(1) Immeubles dans lesquels la Fondation des services d'aide et de soins à domicile assure des prestations d'encadrement. Soit, dès 2007, les immeubles suivants : Ansermet, Arc-en-Ville, Arérières, Avanchets, Bernex, Carouge-Centre, Champs-Frêchets, Chapelly, Chêne-Bourg, Chevillarde, Fiorimontaine, Franchises, Jumelles, Lignon, Onex II, Palettes, Rasses, Reposa et Saule.

(2) Y compris charges sociales et honoraires divers. La faible part des frais de personnel sur le total des charges s'explique par le fait que la statistique financière des immeubles pour personnes âgées ne considère que les frais de personnel lié par un contrat de travail à la fondation propriétaire de l'immeuble (principalement du personnel administratif et technique) et ne prend pas en considération le personnel d'encadrement social employé par la Fondation des services d'aide et de soins à domicile (gérants et intendants sociaux, aides de salle à manger et permanents nocturnes).

(3) Concerne 7 immeubles jusqu'en 2006, 9 dès 2007.

Source : Direction générale de l'action sociale (jusqu'en 2002) / Office cantonal de la statistique / Fondation des services d'aide et de soins à domicile (FSASD)

Date de mise à jour : 10.01.2011

Annexe K : Tableau dérivé du tableau de l'OCStat numéro T14.02.3.1.01 présentant les projections des besoins relatifs aux soins à domicile (FSASD) (3 pages)

D'après le tableau T14.02.3.1.01 de l'office cantonal de la statistique - OCSTAT
 Activités d'aide et de soins à domicile, depuis 2000 (Chiffres annuels).

	2000-2009 : Observations										2010 - 2020 : Projections, selon année de base 2009										
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Population âgée de 65 ans et plus (FSASD)																					
0 - 64 ans, en nombre	364 131	361 666	360 224	372 042	374 907	376 643	379 430	380 044	377 203	387 004	387 700	386 275	389 724	391 172	393 900	396 529	399 984	402 264	405 142	408 164	411 263
65 - 79 ans, en nombre	47 699	44 231	44 648	45 785	45 963	47 653	47 448	48 776	49 703	50 223	51 026	51 180	51 301	51 390	51 701	52 172	52 763	53 595	54 790	56 451	58 086
80 ans ou plus, en nombre	18 756	18 266	18 633	19 256	19 533	19 936	18 428	19 962	19 633	20 096	20 863	21 146	22 133	22 756	23 364	24 027	24 821	25 767	26 939	28 532	30 352
Total	413 585	422 165	427 705	434 073	438 463	440 982	447 984	446 859	457 102	457 323	459 589	460 911	469 158	469 200	473 964	473 737	481 182	489 700	497 254	497 602	499 602
Population des sexes - Accrètement																					
0 - 64 ans, en nombre	7 537	4 596	6 538	2 988	1 466	3 007	614	2 721	7 741	3 709	2 482	2 448	2 449	2 727	2 938	2 830	2 846	2 868	2 922	3 006	3 098
65 - 79 ans, en nombre	532	617	537	608	608	608	605	1 130	1 125	1 220	1 002	1 255	1 120	1 080	720	671	591	432	306	160	58
80 ans ou plus, en nombre	8 580	85 40	6 768	40 10	2 469	4 324	2 778	-10 25	4 543	5 479	4 330	4 247	4 151	4 055	3 963	3 855	3 824	3 964	4 164	4 348	4 546
Total	2 133	1 296	1 633	1 046	0 396	0 396	0 169	0 376	0 796	1 009	0 669	0 633	0 629	0 706	0 676	0 716	0 736	0 756	0 776	0 796	0 816
Population des Démocrates - Accrètement en %	1,2%	1,30%	1,20%	1,3%	1,20%	1,20%	1,20%	1,20%	1,20%	1,20%	1,20%	1,20%	1,20%	1,20%	1,20%	1,20%	1,20%	1,20%	1,20%	1,20%	1,20%
65 - 79 ans, en %	3,24%	2,20%	2,36%	2,86%	2,70%	2,34%	2,80%	3,01%	2,88%	3,02%	2,84%	3,16%	2,81%	2,67%	2,84%	2,47%	2,63%	2,72%	2,63%	2,68%	2,68%
80 ans ou plus, en %	2,07%	1,31%	1,58%	0,92%	0,57%	0,98%	0,51%	-0,23%	1,02%	1,21%	0,85%	0,92%	0,89%	0,80%	0,84%	0,81%	0,82%	0,82%	0,85%	0,86%	0,86%
Fondation des services d'aide et de soins à domicile (FSASD)																					
Total des postes au 31 décembre, en équivalent plein temps (1)	1 202,9	1 288,3	1 308,8	1 304,7	1 313,3	1 290,5	1 337,0	1 351,5	1 435,7	1 390,3	1 406,3	1 418,0	1 430,0	1 441,0	1 452,0	1 463,0	1 474,0	1 485,0	1 496,0	1 507,0	1 518,0
Total du personnel (personnes) au 31 décembre (1)	1 926	1 764	1 790	1 779	1 797	1 764	1 811	1 816	1 934	1 863	1 883	1 898	1 913	1 928	1 943	1 958	1 973	1 988	2 003	2 018	2 033
dont à temps partiel, en %	79,3	79,1	80,8	82,0	79,0	84,0	83,1	82,7	81,4	80,4	80,3	80,2	80,1	80,0	80,0	80,0	80,0	80,0	80,0	80,0	80,0
Total des clients au 31 décembre	9 377	93 306	95 909	96 74	96 42	97 46	98 08	100 98	102 92	102 73	102 73	102 73	102 73	102 73	102 73	102 73	102 73	102 73	102 73	102 73	102 73
Total des clients au 1 ^{er} janvier	15 505	154 58	157 580	158 008	160 630	167 104	161 168	162 427	165 777	169 964	173 61	177 44	181 003	184 223	187 000	189 800	192 600	195 400	198 200	201 000	203 800
0 - 64 ans, en %	28,0	28,4	28,3	27,2	26,9	26,6	26,5	26,8	26,8	26,4	26,4	26,4	26,4	26,4	26,4	26,4	26,4	26,4	26,4	26,4	26,4
65 - 79 ans, en %	31,7	29,7	29,5	29,5	29,2	28,8	28,6	28,7	28,8	28,7	28,7	28,7	28,7	28,7	28,7	28,7	28,7	28,7	28,7	28,7	28,7
80 ans ou plus, en %	41,3	41,9	42,2	43,3	44,0	44,6	44,6	45,3	45,4	45,9	46,0	46,1	46,2	46,3	46,4	46,5	46,6	46,7	46,8	46,9	47,0
Total des clients au 1 ^{er} janvier	4 314,4	4 300,4	4 409,1	4 298,8	4 294,5	4 190,3	4 264,3	4 171,3	4 243,3	4 210,6	4 222,2	4 233,3	4 244,4	4 255,5	4 266,6	4 277,7	4 288,8	4 299,9	4 311,0	4 322,1	4 333,2
0 - 64 ans, en nombre	4 790,0	4 991,3	4 996,1	4 993,4	4 994,0	4 993,9	4 993,9	4 993,9	4 993,9	4 993,9	4 993,9	4 993,9	4 993,9	4 993,9	4 993,9	4 993,9	4 993,9	4 993,9	4 993,9	4 993,9	4 993,9
65 - 79 ans, en nombre	640,3	677,3	674,8	684,9	687,2	702,8	722,3	736,4	713,0	744,7	748,8	763,9	780,9	801,0	820,7	843,4	864,1	884,8	905,5	926,2	946,9
Total des clients au 1 ^{er} janvier en % de la population	1,2%	1,2%	1,2%	1,2%	1,1%	1,1%	1,1%	1,1%	1,1%	1,1%	1,1%	1,1%	1,1%	1,1%	1,1%	1,1%	1,1%	1,1%	1,1%	1,1%	1,1%
0 - 64 ans, en % de la population totale	10,9%	10,4%	10,2%	10,3%	9,9%	9,7%	9,7%	9,6%	10,2%	10,3%	10,3%	10,3%	10,3%	10,3%	10,3%	10,3%	10,3%	10,3%	10,3%	10,3%	10,3%
65 - 79 ans, en % de la population totale	3,6%	3,3%	3,3%	3,3%	3,3%	3,3%	3,3%	3,3%	3,3%	3,3%	3,3%	3,3%	3,3%	3,3%	3,3%	3,3%	3,3%	3,3%	3,3%	3,3%	3,3%
80 ans ou plus, en % de la population totale	6,5%	6,6%	6,6%	6,6%	6,6%	6,6%	6,6%	6,6%	6,6%	6,6%	6,6%	6,6%	6,6%	6,6%	6,6%	6,6%	6,6%	6,6%	6,6%	6,6%	6,6%
Données totales, en mille de francs																					
0 - 64 ans, en nombre	12 618	13 244	14 198	14 271	14 782	14 812	15 270	16 028	16 611	17 428	18 187	18 816	19 315	19 780	19 716	20 728	20 718	20 709	21 064	21 521	21 790

	2000-2009 - Observations												2010 - 2020 - Projections, selon année de base 2009											
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020			
Aide pratique et soins																								
Postes au 31 décembre, en équivalent plein temps (2)	986.4	1'048.3	1'071.4	1'056.9	1'065.4	1'031.9	1'080.2	1'068.1	1'140.2	1'127.6	1'128.8													
Personnel (personnes) au 31 décembre (2)	1'494	1'423	1'444	1'424	1'444	1'404	1'452	1'425	1'508	1'491	1'472													
Aide pratique (3)																								
Clients suivis durant l'année	9'882	9'450	9'431	9'464	9'035	8'884	8'688	8'603	8'777	8'622	8'424	9'016	9'208	9'389	9'550	9'716	9'858	10'011	10'170	10'331	10'503			
0 - 64 ans, en %	30.2	30.5	30.4	28.8	28.4	28.2	28.5	27.5	28.8	28.5	27.0	27.7%	27.3%	26.9%	26.7%	26.4%	26.2%	26.0%	25.8%	25.5%	25.3%			
65 - 79 ans, en %	29.7	28.9	29.0	29.1	28.6	28.5	28.0	28.5	31.4	31.3	30.8	31.3%	31.3%	31.3%	31.1%	31.0%	30.7%	30.5%	30.2%	30.0%	29.8%			
80 ans ou plus, en %	40.2	40.6	40.6	42.2	42.9	43.3	43.4	44.0	39.8	40.2	42.2	41.0%	41.5%	41.8%	42.2%	42.7%	43.1%	43.5%	44.0%	44.5%	44.9%			
Total des clients suivis durant l'année																								
0 - 64 ans, en nombre	3'011	2'880	2'867	2'721	2'568	2'506	2'421	2'528	2'457	2'481	2'497	2'513	2'529	2'547	2'564	2'582	2'601	2'619	2'639	2'659	2'689			
65 - 79 ans, en nombre	2'982	2'730	2'736	2'749	2'588	2'529	2'485	2'509	2'756	2'689	2'752	2'818	2'878	2'935	2'973	3'009	3'029	3'052	3'073	3'088	3'126			
80 ans ou plus, en nombre	4'010	3'940	3'928	3'994	3'679	3'689	3'665	3'673	3'493	3'466	3'586	3'701	3'816	3'925	4'030	4'144	4'247	4'358	4'477	4'595	4'718			
Total des clients suivis durant l'année en % de la population	0.9%	0.8%	0.8%	0.7%	0.7%	0.7%	0.7%	0.6%	0.7%	0.6%	0.6%	0.6%	0.6%	0.6%	0.6%	0.6%	0.6%	0.6%	0.6%	0.6%	0.6%			
0 - 64 ans, en % de la population totale	6.8%	6.2%	6.1%	6.1%	5.6%	5.4%	5.3%	5.2%	5.6%	5.3%	5.3%	5.3%	5.3%	5.3%	5.3%	5.3%	5.3%	5.3%	5.3%	5.3%	5.3%			
65 - 79 ans, en % de la population totale	25.5%	23.6%	23.0%	23.5%	22.1%	21.4%	21.0%	20.4%	17.9%	17.2%	17.2%	17.2%	17.2%	17.2%	17.2%	17.2%	17.2%	17.2%	17.2%	17.2%	17.2%			
80 ans ou plus, en % de la population totale	41.0%	40.2%	40.2%	40.2%	40.2%	40.2%	40.2%	40.2%	40.2%	40.2%	40.2%	40.2%	40.2%	40.2%	40.2%	40.2%	40.2%	40.2%	40.2%	40.2%	40.2%			
Heures de prestations (6)	417'9318	442'250	437'669	434'148	423'129	412'590	427'044	428'103	424'905	417'819	401'334	429'554	438'707	447'304	454'956	462'911	469'662	476'940	484'504	492'198	500'966			
Soins (4)																								
Clients suivis durant l'année	8'610	8'798	8'928	9'458	9'553	10'028	10'167	10'432	10'514	10'763	10'608	11'283	11'538	11'777	11'990	12'232	12'400	12'604	12'816	13'031	13'259			
0 - 64 ans, en %	23.9	25.5	25.1	24.3	25.5	25.5	24.7	24.1	23.4	23.2	24.2	22.5%	22.1%	21.8%	21.6%	21.3%	21.2%	21.0%	20.8%	20.6%	20.4%			
65 - 79 ans, en %	30.5	28.9	29.4	29.3	28.5	28.4	28.6	28.8	30.8	31.8	30.5	31.7%	31.6%	31.4%	31.2%	31.0%	30.7%	30.4%	30.1%	29.9%	29.8%			
80 ans ou plus, en %	45.6	45.5	45.5	46.4	46.1	46.2	46.7	47.1	45.8	45.0	45.4	45.8%	46.2%	46.6%	47.0%	47.4%	47.9%	48.3%	48.8%	49.3%	49.7%			
Total des clients suivis durant l'année																								
0 - 64 ans, en nombre	2'060	2'245	2'241	2'302	2'431	2'566	2'514	2'514	2'460	2'497	2'621	2'638	2'654	2'670	2'688	2'706	2'724	2'742	2'760	2'778	2'796			
65 - 79 ans, en nombre	2'624	2'546	2'623	2'772	2'723	2'643	2'595	2'604	2'728	2'623	2'749	2'814	2'880	2'946	3'012	3'078	3'144	3'210	3'276	3'342	3'408			
80 ans ou plus, en nombre	3'926	4'007	4'084	4'384	4'399	4'629	4'748	4'913	4'815	4'843	5'028	5'171	5'335	5'485	5'631	5'779	5'934	6'090	6'256	6'421	6'593			
Total des clients suivis durant l'année en % de la population	0.6%	0.6%	0.6%	0.6%	0.6%	0.7%	0.7%	0.7%	0.7%	0.7%	0.7%	0.7%	0.7%	0.7%	0.7%	0.7%	0.7%	0.7%	0.7%	0.7%	0.7%			
0 - 64 ans, en % de la population totale	6.0%	5.8%	5.8%	6.1%	5.9%	6.1%	6.1%	6.2%	6.5%	6.7%	6.7%	6.7%	6.7%	6.7%	6.7%	6.7%	6.7%	6.7%	6.7%	6.7%	6.7%			
65 - 79 ans, en % de la population totale	24.9%	24.6%	24.4%	25.7%	25.3%	25.8%	25.9%	24.7%	24.1%	24.1%	24.1%	24.1%	24.1%	24.1%	24.1%	24.1%	24.1%	24.1%	24.1%	24.1%	24.1%			
80 ans ou plus, en % de la population totale	41.0%	40.2%	40.2%	40.2%	40.2%	40.2%	40.2%	40.2%	40.2%	40.2%	40.2%	40.2%	40.2%	40.2%	40.2%	40.2%	40.2%	40.2%	40.2%	40.2%	40.2%			
Heures de prestations (6)	249'940	265'326	272'950	292'785	322'334	345'083	370'823	409'140	439'291	448'387	446'831	475'384	485'117	485'176	505'141	514'504	524'437	531'010	539'943	549'005	558'621			

