

*Date de dépôt : 22 mai 2012*

- a) **RD 875-A** **Rapport de la Commission de la santé chargée d'étudier le rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur la planification sanitaire du canton de Genève 2012-2015**
- b) **R 697** **Proposition de résolution de M<sup>mes</sup> et MM. Nathalie Fontanet, Mauro Poggia, Jacques Béné, Prunella Carrard, Bernhard Riedweg, Michel Forni, Esther Hartmann, Pierre Ronget, Olivier Sauty, Philippe Schaller, Brigitte Schneider-Bidaux, Nathalie Schneuwly, Pierre Conne et Christine Serdaly Morgan approuvant la planification sanitaire du canton de Genève 2012-2015**

## **Rapport de M<sup>me</sup> Christine Serdaly Morgan**

Mesdames et  
Messieurs les députés,

La Commission de la santé a examiné le rapport du Conseil d'Etat et a formulé la résolution l'accompagnant, tel que l'exige la loi sur la santé K 1 03 dans son article 28, au cours de 10 séances (entre le 20 mai et le 16 septembre 2011, puis les 4 et 18 mai 2012). Elles ont été introduites par une séance préliminaire sur la planification hospitalière – l'un des chapitres centraux de la planification sanitaire –, tenue conjointement avec la Commission de contrôle de gestion, le 4 février 2011.

Les procès-verbaux ont été rédigés dans leur quasi-intégralité par M. Guy Chevallay, et nous le remercions ici pour la qualité de son travail.

## **Calendriers**

La planification sanitaire aurait dû être fournie par le Conseil d'Etat au Grand Conseil, pour la première fois et selon la loi précitée, à l'automne 2010, tel que le rappelait la Commission de contrôle de gestion dans le rapport RD 830 (année parlementaire 2008-2009). Quant au rapport de la

Commission de la santé, il aurait dû l'être au plus tard dans les six mois suivant son adoption en commission, soit au mois de mars 2012.

Le conseiller d'Etat chargé du dossier, M. Pierre-François Unger, a eu l'occasion d'expliquer à la commission les motifs du retard pris, en rappelant la complexité d'une planification sanitaire cantonale dans un contexte de profonde mutation du financement des soins au niveau fédéral et, de ce fait, cantonal. En effet, la révision de la LAMal sur le financement des soins de longue durée (EMS et soins à domicile), entrée en vigueur en janvier 2011, et sur le financement hospitalier, entrée en vigueur en janvier 2012, a redistribué les cartes entre les financeurs des soins que sont les cantons, les usagers<sup>1</sup> et les assureurs. Ceci en augmentant réellement la part des cantons et potentiellement celle des usagers.

Quant au retard de la commission, il est le fait essentiellement de la rapporteuse ! L'oubli de la commission, dans ce premier exercice, de formuler une résolution pour présenter sa position, ayant subsidiairement aggravé ce retard.

### **Qu'est-ce que la planification sanitaire ?**

La planification sanitaire est en quelque sorte le plan directeur pour les soins du canton. Elle détermine les besoins en soins de la population et les moyens pour y répondre.

Elle est, de ce fait, la toile de fond dans laquelle vont s'inscrire les missions concrètes des institutions, les contrats de prestations qui en découlent, ainsi que divers plans et actions pluriannuels.

La planification est quadriennale, permettant ainsi à la fois une vision à moyen terme et un réajustement régulier en fonction de divers facteurs. Elle est « roulante » selon la terminologie proposée par le Conseil d'Etat, en ce sens qu'elle intègre au fur et à mesure les réalisations, prévues ou qui adviendraient en fonction de facteurs nouveaux, non prévus au départ, tout comme elle intègre les événements qui suspendent, modifient, rendent caduque ou impossible une action planifiée.

Il faut noter que, au vu du calendrier dans lequel la commission a dû travailler, ses préavis à la Commission des finances concernant le financement des établissements hospitaliers et les contrats de prestation des institutions de santé liées à la planification, ont été donnés en parallèle, avant

---

<sup>1</sup> Par souci de simplification, le terme d'usager est utilisé ici pour dire aussi bien le patient, le résidant ou le client.

la fin des travaux et avant la reddition du rapport. Mais le traitement simultané et entrelacé des objets a permis de garantir une vue d'ensemble.

***Objets en lien : pour appréhender la planification sanitaire dans son ensemble***

La vision globale de la planification sanitaire ne peut se faire sans se référer également :

- à la loi 10832 modifiant la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance maladie (LaLAMal, J 3 05) adoptée par le Grand Conseil le 23 septembre 2011 qui met en œuvre la planification et le financement nouveaux des établissements hospitaliers, avec notamment une liste hospitalière révisée où figurent désormais les cliniques privées, ainsi que les conditions d'accès de ces mêmes cliniques au financement cantonal ;
- au Rapport du Conseil d'Etat sur les objectifs du plan cantonal de promotion de la santé et de prévention (2012-2015), RD 877 (rapport de la commission de la santé à venir), dont l'examen a été effectué également durant la même période.

Enfin, la motion 1806 sur les proches-aidants – l'un des chapitres de la planification proposé par le Conseil d'Etat – qui avait été renvoyée à la Commission de la santé pour traitement dans le cadre des travaux relatifs à la planification sanitaire et qui a été gelée dans l'attente des propositions d'un groupe de travail mis sur pied par le DARES, attendues pour la fin septembre 2012.

**Champ couvert par la commission**

La planification, telle que pensée par le Conseil d'Etat, présente six chapitres :

1. la planification hospitalière
2. les établissements médico-sociaux
3. le maintien à domicile
4. la planification ambulatoire
5. la pénurie de professionnels de la santé
6. la planification préhospitalière

Les travaux de la commission se sont concentrés essentiellement sur les trois premiers chapitres, ainsi que sur la psychiatrie, un thème traité dans la planification par le biais de la planification hospitalière uniquement.

### *Auditions : psychiatrie et personnes âgées*

Sur la base d'une série de questions formulées en guise de trame de travail, une première proposition d'auditions a été formulée par certains commissaires (S). L'examen des contrats de prestations en aval des travaux sur la planification a fait craindre des redondances, tout comme l'urgence d'examiner le projet de loi concernant le financement des établissements hospitaliers (PL 10832) a fait craindre des retards. Si les auditions ont été refusées dans un premier temps par une légère majorité de la commission (8 contre / 2 PDC, 2 R, 3 L, 1 UDC et 7 pour / 2 S, 3 Ve, 2 MCG), elles ont été acceptées ultérieurement et à l'unanimité pour les publics et les institutions pour lesquelles il n'y aurait pas de contrat de prestations à examiner, soit :

- à propos des besoins de la population souffrant de troubles psychiatriques : les Etablissements publics pour l'intégration (EPI) (contrat de prestations en cours avec le DSE) et le Prof. P. Giannakopoulos, département de psychiatrie aux HUG ;
- pour certains besoins concernant les personnes âgées : la Fédération genevoise des établissements médico-sociaux, Fegems (pas de contrat de prestations, et contrats de prestations des EMS en cours avec le DSE) et Pro Senectute (contrat de prestations en cours avec le DSE).

Ces auditions expliquent que les chapitres concernés du rapport de la commission soient plus étoffés à cet endroit, des éléments complémentaires ayant été souhaités sur ces sujets.

L'audition du DSE a été en outre souhaitée (S et Ve) pour la question de l'articulation de son travail avec celui du DARES. En charge d'un certain nombre d'institutions concernées par le développement de prestations prévues dans la planification sanitaire, comme les structures intermédiaires ou la psychiatrie ambulatoire, l'organisation du lien entre département et différentes lois se posait. Cette audition a toutefois été refusée, mais le DARES a assuré la commission d'un travail collaboratif avec le DSE, intégré dans son concept de planification « roulante », adaptable et évolutive.

D'autres auditions comme celle des assureurs ont été proposées (PDC, Ve) et également refusées.

### **Contexte**

La planification sanitaire, ainsi qu'évoquée plus haut, répond à une double contrainte légale : celle voulue pour une politique cantonale en matière de santé et inscrite dans la Loi sur la santé, ainsi que celle exigée par la LAMal qui impose une planification hospitalière (art. 39).

Elle s'inscrit par ailleurs dans une vision plus large de la politique de santé nationale, fortement orientée par la question du financement des soins couverts par l'assurance obligatoire de base et la maîtrise des coûts de la santé, mais également par des aspirations sociétales où chacune et chacun souhaite finir ses jours à la maison : réduction des séjours hospitaliers, développement de l'aide et des soins à domicile, maintien des EMS dans un nombre strictement utile et développement des structures intermédiaires.

La politique du canton de Genève s'est développée de longue date déjà dans cette perspective générale : les soins à domicile y sont parmi les plus développés de Suisse ; les HUG ont introduit il y a quelques années un système de forfaits par cas qui, dans son esprit, anticipait déjà la réforme actuelle avec l'introduction des actuels DRG (de l'anglais « Diagnosed related groups ») et du financement forfaitaire par cas pour les soins aigus visant à réduire les journées d'hospitalisation et améliorer l'efficacité de la prise en charge<sup>2</sup> ; et le nombre d'EMS se situe aujourd'hui dans les chiffres inférieurs nationaux. L'effort, dans les années qui viennent, portera ainsi sur le développement des structures intermédiaires, la diminution des journées d'hospitalisation inappropriées et la mise en réseau des partenaires, afin d'améliorer l'échange d'informations et d'offrir des prestations pertinentes aux besoins des usagers.

## **Rapport du Conseil d'Etat**

Nous ne reprendrons pas ici les éléments du rapport du Conseil d'Etat qui, pour chacun des chapitres évoqué, donne un état des lieux et fixe des objectifs chiffrés. La richesse de ce document constitue la référence qu'il est inutile de paraphraser. Cependant, pour un survol rapide, l'on pourra se référer à la présentation que le DARES en a faite et qui est annexée au présent rapport.

Pour chacun des chapitres, cas échéant, nous évoquerons les éléments de discussion et les questions qui se sont posées.

## **Scénario de référence**

Le scénario démographique retenu par le canton est celui dit « d'engagement transfrontalier » qui postule un contexte économique favorable et un fort solde migratoire (croissance de la population) (p 39).

---

<sup>2</sup> A noter que la psychiatrie et la réhabilitation continueront à être facturées à l'acte, comme jusque-là, et ne passeront pas immédiatement au système de financement forfaitaire par cas.

Malgré la terminologie utilisée, les hôpitaux français n'ont pas été pris en compte (voir chapitre sur les éléments transversaux).

Ce sont les soins psychiatriques et de réadaptation qui caractériseront l'évolution des besoins.

Tendanciellement, selon le DARES, la santé s'améliore, mais la prolongation de la vie augmente le temps d'exposition aux maladies. Depuis les années 2000, la longévité s'accroît et les années de vie sans dépendance également. La prévention s'est, elle aussi, accrue. Il faut toutefois relever l'apparition de maladies nouvelles, chroniques et l'émergence de problèmes psycho-sociaux, ainsi que le relevait un commissaire (PDC).

### **Planification hospitalière**

Selon les projections 2012-2015, le nombre de cas et de journées d'hospitalisation devrait augmenter, notamment en gériatrie (+ 9,4% cas, + 9% de journées). Il n'est cependant pas prévu d'augmenter les capacités hospitalières ; pour y faire face, le canton privilégie une diminution des durées moyennes de séjour et des journées inappropriées, ainsi qu'une adaptation des bâtiments et l'octroi de mandats aux cliniques privées.

### ***Discussion***

Les enjeux généraux de la planification hospitalière ont été largement discutés et retranscrits dans le cadre de l'étude du PL 10832. Le souci principal de la Commission de la santé dans son ensemble a été de savoir si le système proposé par le Conseil d'Etat, en réponse aux vœux de libre choix de son hôpital par le patient, voulu au niveau fédéral et par les assureurs, était le bon et s'il était gérable.

Le Conseil d'Etat a, pour mémoire, choisi en effet d'attribuer des mandats aux cliniques privées souhaitant répondre à l'appel d'offres lancé pour un certain nombre de prestations à fournir. Ces mandats ne sont pas soumis au contrôle parlementaire, ni à la LIAF (loi sur les indemnités et les aides financières). Les cliniques privées mandatées figurant sur la liste hospitalière doivent, dans le cadre du financement qui leur est accordé (canton 55% – assurance maladie 45%) pour couvrir les prestations relevant de l'assurance obligatoire des soins (AOS), accueillir « au moins » 50% de patients dits « AOS » (patients ne bénéficiant pas d'assurance complémentaire). Les cliniques seront soumises à un certain nombre de conditions précisées dans la LaLAMal : tenir des délais de traitement utiles, suivre les injonctions de l'Etat en cas de catastrophe, fournir le détail de l'utilisation des subventions, disposer d'un service d'urgence, respecter certaines conditions de travail,

participer à la formation du personnel de santé ou encore disposer d'un outil de surveillance de la qualité.

Quel sera le coût supporté au final par le canton ? Comment seront gérés les flux, et les HUG devront-ils faire face à des afflux de patients ? Quelle sera l'incidence du redimensionnement de l'offre pour les HUG ? Les patients seront-ils traités équitablement ? L'offre sera-t-elle adéquate en nombre (pas surdimensionnée) et suffisamment diversifiée comme la prévoit le DARES ?

Autre enjeu : si la durée d'hospitalisation est actuellement effectivement trop longue, selon le DARES, il s'agira néanmoins de trouver la bonne durée, dans la mesure où le retour à l'hôpital en cas de sortie précoce est compris dans le forfait.

### ***Montana***

La question de la non inscription annoncée de la Clinique genevoise de Montana sur la liste hospitalière valaisanne a été posée au DARES, afin de savoir si la décision était définitive et cas échéant quelles pouvaient en être les conséquences (S). Le DARES a indiqué que les discussions étaient encore ouvertes. (ndlr : depuis la fin des travaux de la commission, et à l'heure de rédiger ce rapport, le canton du Valais a annoncé, le 14 décembre 2011, l'inscription de la clinique sur sa liste hospitalière).

### **Maintien à domicile**

L'évolution démographique induira une hausse estimée à 3,1% des besoins par an.

Les actions principales pour soutenir le maintien à domicile d'ici à 2015 sont l'ouverture de foyers de jour (150 places + 50 places spécialisées), la création de places d'UAT (unités d'accueil temporaire, 100 d'ici à 2015), le soutien aux proches-aidants et la construction d'immeubles avec encadrement pour personnes âgées (IEPA, 8 dans l'idéal et 1 au min.).

### ***Discussion***

En réponse à une question (Ve), il a été constaté que le développement des IEPA prévu par le DARES n'avait pas intégré jusque-là les questions liées au handicap mental et aux problèmes psychiques (voir plus bas le chapitre consacré à la psychiatrie).

La question a également été de savoir si les projets des communes dans ce domaine (par ex. Meinier) étaient comptabilisés (Ve) et de faire le constat qu'ils ne l'étaient pas.

Enfin, le chapitre concernant les établissements médico-sociaux étant très bref (p. 71 à 74) et distinct de l'évocation du développement d'un certain nombre de structures intermédiaires, traitées dans le chapitre du maintien à domicile, la commission a souhaité effectuer les auditions de la Fegems et de Pro Senectute. Il s'agissait notamment d'apprécier si et comment les EMS seraient impliqués dans le développement des structures intermédiaires, au-delà des lois, de l'organisation des départements et des politiques publiques qui traitent les questions de manière distincte. Les éléments d'information relatifs à ces auditions figurent dans le chapitre qui suit.

### **EMS, personnes âgées et structures intermédiaires**

En 2015, le canton table sur 3 794 lits en EMS. Dans le même temps, il faudra ouvrir de nouveaux immeubles avec encadrement pour personnes âgées /IEPA, dont le coût journalier est inférieur à celui de l'EMS (- 82,3%).

Le rapport de planification médico-sociale mentionné dans le RD 875 ne figurant pas dans ses annexes en raison d'un oubli, il est joint au présent rapport du Grand Conseil.

#### ***Audition de la Fédération genevoise des EMS (Fegems)***<sup>3</sup>

La Fegems a souhaité relever quatre points résumés ci-dessous et dont on trouvera un développement complet en annexe du présent rapport :

- Sa crainte de disposer d'un nombre de lits insuffisant à l'orée 2002 (- 340 lits sur la base des données fournies), de par une planification fondée sur la seule stabilisation du nombre de lits d'hébergement de longue durée.
- Son regret que les structures intermédiaires, avec qui les EMS sont en complémentarité, aient été classées sous le seul thème du maintien à domicile dans le rapport. La Fegems a notamment défendu l'idée que les Unités d'accueil temporaire (UAT) devraient être réparties dans les EMS,

---

<sup>3</sup> M<sup>me</sup> Geneviève Stucki, secrétaire générale, et trois membres du comité de la Fegems : MM. Laurent Extermann, membre du Conseil de la Fondation Robert Damon (EMS La Terrassière), Jacques Lederrey, médecin-répondant (EMS Le Prieuré) et président de l'Association Médecins des établissements pour personnes âgées de Genève (MEPAG's), et Christophe Dulex, directeur général (Maison de Vessy).

et non concentrées en un lieu, en s'appuyant sur la nécessité d'une prestation de proximité. De même, elle a réitéré son attachement à la polyvalence des établissements, au développement de foyer de jour en leur sein, et à une offre élargie de prestations autres que l'hébergement de longue durée.

- Sur la base d'un rapport de Curaviva (association faîtière nationale des EMS), la fédération craint que l'introduction du nouveau système tarifaire des hôpitaux en 2012 ait pour effet, en lien avec la patientèle provenant d'unités de soins aigus, un développement des charges de soins et d'assistance dans les EMS, de par la réduction espérée de la durée moyenne de séjour à l'hôpital. Elle a exprimé son souhait que ces transferts de charge soient monitorés et pris en compte.
- Les soins aigus et de transition ne figurent pas dans le rapport, or la Fegems estime que leurs conséquences appellent un complément concernant les ressources nécessaires en aval de l'hôpital.

De façon générale, la Fegems insiste sur la nécessité et les enjeux relatifs à la mise à disposition des moyens financiers pour réaliser la planification sanitaire telle que décrite dans le rapport. Il en va de même notamment en ce qui concerne les soins palliatifs et la prise en charge de la démence.

## ***Discussion***

### *Transfert de charges*

Revenant sur le sujet ultérieurement, le DARES a estimé, sur la question de l'impact des forfaits par cas sur les durées de séjour hospitalier, qu'il serait à peu près nul, même s'il s'agissait d'un objectif de ces structures. Cette nouvelle modalité de financement ne devrait ainsi pas induire de nouveaux lits. Quant aux soins aigus et de transition, ils ne constituent pas des soins nouveaux, mais une catégorie de soins financés différemment. Il a été toutefois précisé (S) que c'était moins la nouveauté qui prévalait dans le souci exprimé par la Fegems que le fait que les EMS pourraient être appelés à développer des prestations de transition entre l'hôpital et le retour à domicile. De manière générale, le département a précisé que l'alourdissement des charges de soins, ne pouvait être appréhendé dans un rapport de planification qui constituait un cadre général.

### *UAT*

Il a été relevé que le maintien de places UAT dans différents EMS n'était possible que si certaines étaient vacantes et permettaient donc de répondre aux urgences, et que cela contrevenait ainsi à l'exigence d'un très haut taux d'occupation des EMS (R).

La Fegems a indiqué que, d'une part, les places réservées aux cas d'urgence pourraient être sorties de l'effectif des EMS et que, d'autre part, son souhait était que soient surtout décentralisés au sein des EMS les cas intermédiaires, présentant moins d'urgence. Elle a aussi informé qu'à la Maison de Vessy le taux d'occupation des UAT avait été maintenu à 95% pour les deux places qu'ils offraient. Ces places sont progressivement passées à cinq pour répondre à la demande.

La Fegems a souligné l'intérêt de la transition offerte par les UAT entre le domicile et l'EMS. De son côté, le DARES a précisé que la structure de Villereuse (dédiée aux UAT) avait procédé à des entrées et que le souci de concentrer le volume d'UAT en un seul lieu visait à garantir l'efficacité et la qualité.

Enfin Pro Senectute a relevé lors de son audition (voir ci-dessous) la difficulté d'accès à l'information concernant les UAT pour les familles.

### *Economies et médicaments*

La rationalisation des médicaments a été encore évoquée lors de cette audition, et la gestion de cette question à Fribourg, tout comme au sein de deux EMS genevois, par des pharmaciens de manière à permettre des économies (PDC).

Les EMS sont tenus de disposer de stocks de médicaments individualisés pour chaque personne, ce qui est peut être une cause d'achats excessifs, ainsi que l'a rappelé la Fegems, le principe de la pharmacie commune ayant été aboli il y a une dizaine d'années. Elle a confirmé, par ailleurs, que le recours à des spécialistes en pharmacie était une solution indispensable aux grands établissements. Cependant, elle a rappelé qu'il fallait être attentif au fait que le traitement extrêmement coûteux d'une seule personne pouvait engendrer un déséquilibre très important de ce type de dépenses.

### *Audition de Pro Senectute (Mme Jacqueline Cramer, directrice)*

C'est avec le « filtre » des prestations proposées aujourd'hui par Pro Senectute – un pôle social et des foyers de jour pour les personnes âgées –, que les réflexions qui suivent ont été formulées par l'auditionnée :

- Genève connaît moins de problèmes de prestations que de coordination des différentes structures.
- Concernant les foyers de jour, les besoins sont importants au sein de l'Association des foyers de jour et une centaine de places supplémentaires serait nécessaire.

- L'information à leur sujet reste floue et si la FSASD y pourvoit souvent, un système de communication à leur sujet devrait être formalisé.
- Les foyers accueillent de plus en plus de personnes atteintes d'Alzheimer et ils sont probablement appelés à devenir plus polyvalents.

L'auditionnée relève que l'ouverture des EMS prévus ces prochaines années ne suffira pas à répondre à la demande. Il conviendra donc de fluidifier les passages entre les structures intermédiaires et les EMS. Par ailleurs, toute structure devrait être ouverte, et dans l'idéal, un foyer de jour devrait voisiner avec un EMS, profitant ainsi d'un réfectoire et d'animations partagées.

### ***Discussion***

Suite à une question relative à l'intérêt de renforcer les structures intermédiaires dans le sens d'un accompagnement ciblé selon les besoins des individus en fonction de leur niveau de dépendance et de leur autonomie (PDC), l'auditionnée a mise en évidence la souplesse et la polyvalence des foyers de jour. Leur taille réduite leur permet d'accueillir aussi bien une population nécessitant un accompagnement important qu'une autre encore très autonome.

Enfin, l'auditionnée a observé, en réponse à une question sur la situation financière des individus et son incidence sur la fréquentation des différentes structures intermédiaires (Ve), que les personnes au bénéfice des prestations complémentaires étaient peu touchées par ce phénomène.

En revanche, le recours au programme d'accompagnement à domicile pour les personnes dépendantes, permettant aux proches de sortir et qui ne jouissait quant à lui d'aucune subvention, était clairement freiné par le facteur financier. Le soutien aux proches-aidants a été relevé comme un point central nécessitant un développement.

### **Planification ambulatoire**

Le désir du Conseil d'Etat aurait été de pouvoir poursuivre la régulation de l'offre médicale privée et de favoriser la médecine de premier recours (médecin généraliste). Or la clause du besoin est tombée dès 2012. La crainte du DARES est de voir se confirmer une nouvelle hausse des coûts de la santé (10%, selon le DARES, suite à la levée de la clause du besoin pour les médecins généralistes en 2010).

## ***Discussion***

La pression appelée à s'exercer sur les structures ambulatoires, par la réduction des hospitalisations et l'introduction des DRG, paraissent induire l'octroi de moyens financiers à ces structures, sous peine d'impacter l'assurance-maladie (PDC).

## **Pénurie de personnel**

Un groupe interdépartemental travaille sur cette question (p 129). La question n'a été de ce fait pas approfondie par la commission qui en attendra les conclusions.

## **Planification préhospitalière**

Les deux points principaux retenus par le DARES sont la surestimation des besoins en transports urgents et la réflexion concernant une meilleure adéquation des sites de départ.

## **Éléments de discussion transversaux**

### ***Flux***

Si le regroupement des différentes planifications a été salué, le regret a été exprimé que les transitions entre celles-ci, de la patientèle comme des capitaux, n'apparaissent pas (PDC, S).

Ces flux devront faire l'objet d'une attention particulière, même si effectivement, le DARES a souligné que les différentes prestations de la LAMal n'étaient pas financées de la même manière et que certaines transitions financières pouvaient être délicates à identifier.

### ***Région***

Sur la planification transfrontalière, le DARES a indiqué la difficulté de coopération en dehors des urgences avec la France, par la création des agences régionales de santé en France, dont l'objectif est la rentabilité des hôpitaux.

L'objectif de réaliser une planification sanitaire régionale a cependant été défini dans le programme de législature du Conseil d'Etat (p. 23), et la commission est revenue sur ce sujet plusieurs fois (MCG, S), soucieuse notamment du dimensionnement adéquat de son offre de soins par rapport à un bassin de population défini de manière adéquate.

## *Psychiatrie*

L'augmentation des besoins en hospitalisation psychiatrique a été prise en compte, mais pas les structures intermédiaires dans ce domaine (DARES). Selon le DARES, la réforme de la psychiatrie, décidée à la fin des années 2000, prévoyait une psychiatrie communautaire et la création d'immeubles d'accueil. Ce programme n'a pu être réalisé et les structures se révèlent donc en partie inadaptées aujourd'hui.

## *Audition des EPI*

L'audition des EPI (Mme Michèle Trieu, directrice et ancienne directrice de la Fondation pour l'hébergement des personnes handicapées psychiques / FHP avant sa fusion au sein des EPI, et M. Marc-André Baud, directeur général) met en lumière un certain nombre d'éléments complémentaires en lien avec la psychiatrie et le handicap mental.

### *Contexte légal et organisationnel*

En tant qu'établissements socio-éducatifs, les EPI ne font pas partie de la planification sanitaire ; soumise à la LIPPI<sup>4</sup>, la structure dispose de sa propre planification suite au retrait de l'appui de l'OFAS aux institutions cantonales ; un plan stratégique cantonal, devenu obligatoire et ratifié par la Confédération, a été mis en place en 2010.

La planification prévoyait la création d'ici à 2012 de 153 places pour personnes handicapées physiques, psychiques et mentales.

### *Publics et habitat*

Les EPI s'occupent de personnes qui peuvent nécessiter des soins, ou relever d'autres problématiques (chômage, difficulté d'intégration).

Toutes les institutions que les EPI ont réunies ont toujours envisagé leur action comme socio-éducative, et non médicale. Cette position a été revue et un appartement mixte avec des postes soignants (fournis par les HUG) et socio-éducatifs a ouvert pour la première fois en 2011. Il s'agit d'une structure intermédiaire. Toutefois les EPI disposent surtout de structures intermédiaires pour les personnes handicapées mentales.

### *Partenariat cantonal*

Le partenaire « naturel » des EPI est le DSE dont il dépend, ainsi que le DCTI pour la gestion des locaux. Parfois, certains jeunes leur sont envoyés par les juges pour enfants. La collaboration avec le DARES était nettement

---

<sup>4</sup> Loi fédérale sur les institutions destinées à promouvoir l'intégration des personnes invalides (LIPPI) du 6 octobre 2006.

moindre – un individu malade devant être soigné par les structures hospitalières – jusqu’à la nouvelle unité, créée à la demande des parents, où un partenariat étroit a été nécessaire (DARES / DSE).

La politique du canton est inchangée depuis trente ans : elle part du principe que personne ne peut vivre à l’hôpital. Actuellement, seules une dizaine de personnes handicapées psychiquement sont encore concernées par cette question. La collaboration se situe toutefois moins au niveau des départements que des services. Les salaires sont, par exemple, désormais traités par le programme des ressources humaines des HUG, ce qui permet des économies d’échelle.

### *Liens avec la planification sanitaire*

Toute diminution des lits en psychiatrie à l’hôpital appelle une réponse dans les places en résidences socio-éducatives, ce qui implique une réflexion quant aux liens entre les EPI et la planification sanitaire.

Ainsi, en 2010, 113 personnes sortant de psychiatrie n’ont pas trouvé place en résidence :

- 40% d’entre elles ont besoin de vivre en résidence ;
- 50% pourraient vivre dans des structures de type hôtelier et de l’accompagnement à domicile ;
- 10% refusent toute intervention.

### *Evolution des besoins*

A la demande du département en 2010, les EPI ont créé une chambre hôtelière, soit l’accueil d’une personne handicapée psychique, mais qui vit chez elle et bénéficie de services hôteliers. La demande de suivi à domicile est en augmentation constante.

Sur le plan du handicap mental, 15% des gens ayant effectué un test d’autonomie passent ensuite dans un studio, mais parfois temporairement, ce qui équivaut à sortir 1% de la population des EPI. La prise en charge précoce des personnes handicapées, ainsi que le développement de structures d’accueil, conduit à une évolution : les personnes accueillies par les EPI sont plus dépendantes qu’autrefois et disposent de peu de chances de sortie puisque celles qui sont suffisamment autonomes ont déjà été identifiées.

Par rapport à ces dernières, les personnes handicapées psychiques sortant de l’hôpital psychiatrie ne peuvent vivre seules et ont besoin d’accompagnement. La capacité d’évolution vers l’autonomie est davantage possible, mais aussi plus fluctuante.

Les EPI ne sont pas favorables au développement d’EMS pour personnes handicapées. Les personnes qui quittent les EPI sont en meilleure forme que

la population arrivant en EMS ; leurs séjours sont aussi plus longs. Du point de vue des courts séjours, les EPI ont une offre de séjour à la carte, mais sur les dix places prévues une seule a suffi.

### ***Audition du Dr. Pandelis Giannakopoulos, médecin***

#### *Structures, lits et nombre de personnes*

La planification concerne pour partie l'avenir de l'hôpital psychiatrique et pour partie les établissements en construction comme Curabilis. Sur le premier point, l'auditionné a indiqué qu'une diminution des lits à l'hôpital psychiatrique était observée malgré une augmentation du nombre de cas. Concernant l'ouverture de Curabilis, la structure comportera 62 places. Celle-ci se doit rester vivante, avec des possibilités de sortie, sous peine de n'offrir aucune perspective à la patientèle et de devenir une poudrière. L'auditionné a exprimé sa crainte que des sociopathes graves, avec peu de possibilités évolutives, intègrent cette structure ; l'investissement serait alors sans bénéfice. Le recrutement du personnel est extrêmement délicat. Une unité post-Curabilis a été imaginée pour assurer un suivi.

L'OMS recommande un lit pour 3000 habitantes et habitants; Genève s'approche plutôt du double. La politique a beaucoup misé sur la réduction du service de psychiatrie gériatrique de Belle-Idée (de 200 à 99 lits) et sur la valorisation des structures ambulatoires. Le nombre de lits devrait à terme se stabiliser, notamment parce que Genève connaît, fait rare, un certain nombre d'étapes préliminaires avant l'hospitalisation psychiatrique, focalisant davantage sur la prise en charge des crises que sur les foyers. Les cas d'hospitalisation sont donc graves et s'inscrivent sur le long terme.

Quelques autres données :

- Genève connaît une durée d'hospitalisation médiane de 10 à 12 jours, soit 30% plus basse que la moyenne suisse.
- La communauté doit absorber une patientèle de 20 à 25 personnes à sa sortie, dans des structures.
- Les cas d'hospitalisation par placement sur mandat juridique à Belle-Idée se montent à une douzaine de personnes.
- Le centre de thérapie brève offre 24 lits. Cette unité des HUG prévoit le traitement des crises, ce qui dispense de les augmenter significativement à l'avenir.
- Peu de cas psychiatriques sont placés à la Clinique genevoise de Montana, à l'exception de quelques personnes en suivi d'addictologie, comme le sevrage d'alcool (voir ci-après).

### *Addiction, troubles du comportement alimentaire, jeunes*

De manière générale, les liens avec le privé sont faibles, car peu de personnes disposent d'une assurance leur permettant d'y recourir. La gestion de la dangerosité est en outre un facteur de passage dans les structures publiques. L'addiction fait toutefois exception ; plusieurs établissements offrent des prestations dans ce domaine. Ce type de sevrage est précisément difficile en milieu hospitalier, hormis les cas extrêmement graves qui restent gérés par Belle-Idée (20 places environ).

Sur les troubles du comportement alimentaire, les hôpitaux s'organisent pour offrir un hôpital de jour.

Concernant la psychiatrie pour jeunes, un pavillon leur est dédié à Belle-Idée où des comportements très violents sont observés. Le transfert est déterminé par la dangerosité, le caractère pénal ou une situation grave, mais la structure déborde, notamment sur la psychiatrie générale. L'auditionné souhaite une meilleure intégration de cette patientèle à la cité.

### *Cas psychiatriques en EMS*

Le Centre ambulatoire de psychiatrie et de psychothérapie de l'âge (CAPPA) couvre 22 EMS du canton. Les demandes y sont extrêmement nombreuses et la tendance devrait rester marquée.

La Fegems a également été interrogée quant au souhait des EMS de poursuivre ou non l'accueil de personnes présentant des troubles psychiatrique. Si les EMS sont effectivement appelés à prendre en charge des personnes dont l'âge ou la condition appellerait *a priori* un hébergement dans d'autres types de structures, la Fegems a toutefois estimé que les EMS étaient à même d'assumer cette tâche, moyennant une certaine souplesse. Ils sont cependant confrontés à une limite liée aux personnes âgées devant vivre en milieu fermé.

### *Evolution de la santé mentale et besoins*

La Suisse occupe le sixième rang mondial en termes de suicides. Genève ne se distingue pas sur la question de la dépression ou de la bipolarité, en revanche la demande d'accès aux soins est accrue. L'explication peut en être la suivante selon l'auditionné : d'une part, en Suisse, l'assurance de base couvre bien les soins psychothérapeutiques ; d'autre part, si les structures sont certes nombreuses, elles soignent des cas sérieux, notamment liés au travail. Genève se caractérise donc par une offre importante face à une demande importante. La pression sociale et l'absence d'exutoires constituent des facteurs explicatifs.

En ce qui concerne Curabilis, dans l'idéal la structure devrait comprendre des pavillons de haut seuil, pour la trentaine d'individus susceptibles d'évoluer, et des pavillons de bas seuil, pour les autres. La justice devrait déterminer un placement de l'individu dans Curabilis, suivi par une appréciation de ses capacités par la structure même.

### *Discussion*

Constat est fait que la situation de la psychiatrie est préoccupante dans l'ambulatoire, la psychiatrie universitaire se limitant, malheureusement, à l'hôpital (PDC). De même, des personnes atteintes de troubles psychiatriques sont accueillies en EMS, ce qui dénote un besoin de structures de type médico-sociales – ou de logement avec encadrement – et qui pose la question de l'adéquation actuelle de cette solution aux besoins des personnes qui ne sont pas nécessairement en âge AVS – ou des compétences et des prestations nécessaires à développer pour accueillir ce public (S, Ve, PDC).

Il est cependant réjouissant de constater que l'intégration sociale des personnes handicapées mentales et la liberté qui leur est offerte, ainsi qu'à leur famille, a fait l'objet d'efforts importants, comme l'ont relevé plusieurs députés. Le DARES relève que le vieillissement et l'intégration active des personnes handicapées ont permis de révéler beaucoup de situations. L'espérance de vie des personnes trisomiques est notamment passée de 21 à 60 ans en vingt ans.

Dans la perspective des problématiques psychiatriques évoquées par les EPI, le DARES a indiqué qu'au budget 2012 l'ouverture d'un foyer dans le cadre hospitalier était prévue, tout comme des places créées dans le domaine du handicap. Le foyer est destiné à la population neuropsychiatrique, que nul autre foyer ou EMS n'accueille ; du côté de l'hôpital, ce sont 12 à 15 personnes qui sont concernées.

L'absence d'évocation de Curabilis dans la planification sanitaire a été relevée, un député s'enquérant également de sa date d'ouverture (L). La création de Curabilis fait l'objet d'un concordat intercantonal et n'est donc pas comprise dans la planification (DARES). Son ouverture est prévue en novembre 2013, ou au tout début de 2014. Le projet de loi sera séparé du contrat de prestations des hôpitaux, et un rapport conjoint sera rendu avec la conseillère d'Etat Isabelle Rochat.

### *PASS (système d'orientation des patients)*

Plusieurs interventions ont relevé avec quelque interrogation la mention du PASS dans le rapport du Conseil d'Etat, alors que le projet de loi relatif à cet objet avait été refusé et le PL retiré par le Conseil d'Etat (Ve, S).

Le DARES a confirmé le retrait du projet de loi, dans l'attente du rapport du comité de pilotage et de ses propositions pour initier une coordination des acteurs, et un développement par étapes (annexé). La mention du PASS dans le rapport date d'une rédaction antérieure du RD 875 où le projet était encore d'actualité, et crée ainsi une incohérence. Il faut cependant noter que le département a indiqué que, dans le contrat de prestations de la FSASD, l'une des prestations correspondait à la première étape de déploiement du PASS.

Lors des auditions, la Fegems a indiqué ne pas avoir été associée en tant que telle au groupe de travail du DARES. De son côté, elle a informé qu'elle réfléchissait à une amélioration de la gestion de la liste d'attente pour l'entrée en EMS, notamment sur le plan de son informatisation. Le DARES a précisé que la commission de coordination prévue par la LSDOM (loi sur l'aide et les soins à domicile) verrait une participation de la Fegems.

Concernant l'orientation des personnes en attente, le DARES a indiqué qu'un groupe de travail analysait chaque cas, et que les problèmes administratifs des personnes âgées étaient moins en cause que le manque de place dans l'établissement souhaité.

### **Conclusion sous forme de résolution**

Le rapport RD 875 a été mis au vote.

La commission a pris acte du RD 875 à l'unanimité des personnes présents (2 S, 3 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 1 UDC, 1 MCG)
---

Les éléments de discussion concernant chacun des chapitres traités par la commission sont autant de conclusions intermédiaires. Ils forment un ensemble qui est résumé dans les invites de la résolution que la commission a formulée en guise de synthèse.

Elle peut se résumer en quatre points :

- la demande de documenter les flux de patients et les flux financiers qui en découlent, tels qu'attendus avec l'introduction du nouveau système de financement hospitalier, le développement des structures intermédiaires, l'accès des patients genevois aux cliniques privées sur la liste hospitalière cantonale et la circulation des patients entre les cantons ;
- le développement des structures intermédiaires en collaboration également avec les EMS dans l'idée de valoriser les synergies ;
- la prise en compte de la région transfrontalière ;

- l'intégration d'une réflexion et d'actions concernant la psychiatrie hors des structures hospitalières (ambulatoire, médico-sociale ou dans des structures intermédiaires).

La commission vous propose ainsi, Mesdames et Messieurs les députés de prendre acte de ce rapport et d'adopter la résolution qui l'accompagne.

## **Annexes**

Présentation du RD 875 par le DARES

Exemple de mandat des cliniques privées

Eléments juridiques concernant la non-soumission des mandats de prestations à la LIAF

Rapport de planification médico-sociale

Point de vue de la Fegems sur le RD 875

# Secrétariat du Grand Conseil

**R 697**

*Proposition présentée par la Commission de la santé :  
M<sup>mes</sup> et MM. Nathalie Fontanet, Mauro Poggia, Jacques Béné,  
Prunella Carrard, Bernhard Riedweg, Michel Forni, Esther  
Hartmann, Pierre Ronget, Olivier Sauty, Philippe Schaller,  
Brigitte Schneider-Bidaux, Nathalie Schneuwly,  
Pierre Conne et Christine Serdaly Morgan*

*Date de dépôt : 22 mai 2012*

## **Proposition de résolution approuvant la planification sanitaire du canton de Genève 2012- 2015**

Le GRAND CONSEIL de la République et canton de Genève  
vu la loi sur la santé K 1 03 du 1<sup>er</sup> septembre 2006, son chapitre IV  
« Planification sanitaire » et l'article 28 qui prévoit notamment à l'alinéa 2  
que le Conseil d'Etat présente au Grand Conseil une planification sanitaire  
cantonale tous les quatre ans et que ce dernier se prononce par résolution ;  
vu le rapport du Conseil d'Etat du 11 mai 2011 sur la planification sanitaire  
du canton de Genève 2012-2015 (RD 875) ;  
vu le rapport de sa commission de la santé (RD 875-A) ;

approuve la planification sanitaire du canton de Genève 2012-2015

et invite par ailleurs le Conseil d'Etat

- à apprécier, dans le cadre du suivi prévu de la mise en œuvre de cette planification, les flux des usagers et financiers, entre les institutions prestataires au sein du canton et hors du canton ;
- à vérifier l'adéquation entre l'utilisation des prestations, les besoins des usagers et la planification sanitaire cantonale ;
- à poursuivre les démarches nécessaires pour déployer les structures intermédiaires planifiées ; à étudier également, dans ce but, le développement d'EMS multi-prestataires (ou polyvalents) ;

- à mettre davantage en évidence, dans la prochaine période de planification sanitaire, l'attention portée à la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiatriques, en particulier dans ses aspects ambulatoire, médico-social (lits de long séjour) et de structures intermédiaires ;
- à poursuivre les efforts, au sein des structures ad hoc et avec les autorités françaises (CRFG, projet d'agglomération, etc.), visant à favoriser une approche transfrontalière de la planification sanitaire.

# Planification sanitaire 2012-2015

Commission de la santé

20 mai 2011



Département des affaires régionales, de l'économie et de la santé

20/05/11 - Page 1

## Programme

1. Pourquoi planifier?
2. Contexte démographique
3. Choix stratégiques
4. La planification sanitaire
  - 3.1 Domaine hospitalier
  - 3.2 Domaine des EMS
  - 3.3 Domaine du maintien à domicile (soins à domicile et structures intermédiaires)
  - 3.4 Domaine ambulatoire
  - 3.5 Domaine pré-hospitalier
5. Mise en oeuvre



Département des affaires régionales, de l'économie et de la santé

20/05/11 - Page 2

## 1. Le contexte

- Loi cantonale sur la santé
- Obligation de planification du domaine stationnaire dans la LAMal
- La planification sanitaire cantonale a donc pour buts
  - de déterminer les besoins en soins
  - de définir les moyens de les satisfaire de la façon la plus rationnelle et la plus économique
  - de garantir des soins appropriés de qualité.
- Elle comprend notamment:
  - le plan cantonal de promotion de la santé et de prévention;
  - la planification hospitalière



REPUBLIQUE  
ET CANTON  
DE GENÈVE

1009 TERNANZA LIO

Département des affaires régionales, de l'économie et de la santé

20/05/11 - Page 3

## Un calendrier cohérent

- S'inscrit dans la suite des planifications sectorielles précédentes
- S'adapte au calendrier imposé par le nouveau financement hospitalier ainsi qu'au renouvellement des contrats de prestations
- Intégrera dès que possible les dimensions régionales et nationales



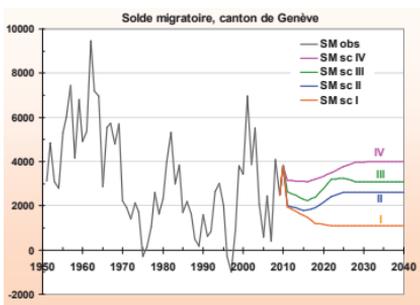
REPUBLIQUE  
ET CANTON  
DE GENÈVE

1009 TERNANZA LIO

Département des affaires régionales, de l'économie et de la santé

20/05/11 - Page 4

## 2. Une démographie dynamique



scénario I « morosité économique »  
 scénario II « tendance récente »  
 scénario III « engagement transfrontalier »  
 scénario IV « dynamisme urbain »

Caractéristiques du scénario III:

- engagement pour réaliser des projets de constructions
- contexte économique favorable (le nombre d'emplois continue à croître)



REPUBLIQUE  
ET CANTON  
DE GENÈVE

12017 TORREBLANCA 12017

Département des affaires régionales, de l'économie et de la santé

20/05/11 - Page 5

## Les besoins augmentent

- Une population en augmentation soutenue avec 4'000 habitants de plus chaque année
- Quelques 14'000 personnes supplémentaires dans la tranche d'âge des 65 ans et plus à Genève entre 2010 et 2020
- Une espérance de vie augmentée de deux ans dans la décennie à venir
- 20'000 + de 80 ans en 2010, 28'000 en 2020



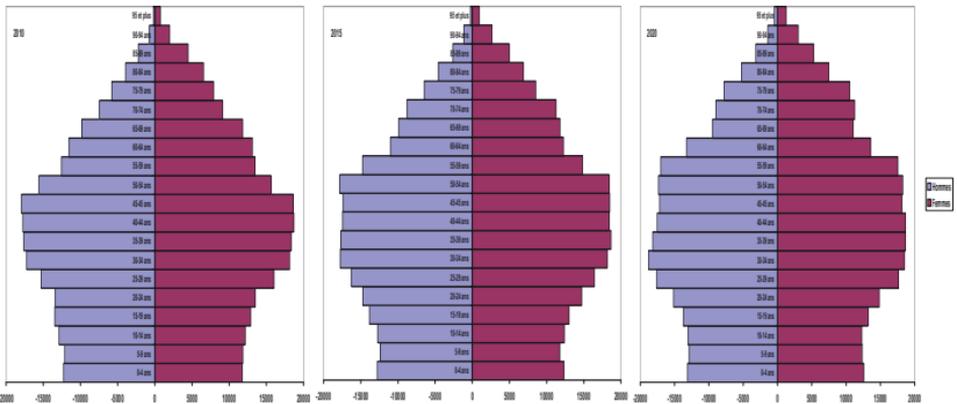
REPUBLIQUE  
ET CANTON  
DE GENÈVE

12017 TORREBLANCA 12017

Département des affaires régionales, de l'économie et de la santé

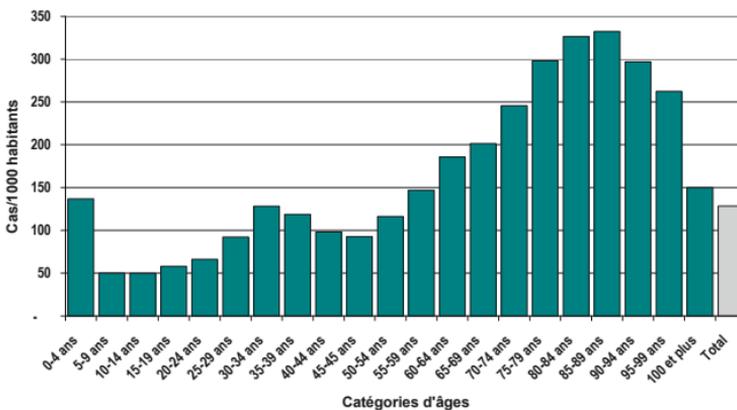
20/05/11 - Page 6

## 17% de la population aura plus de 65 ans en 2020



## Taux d'hospitalisation par classe d'âge

Taux d'hospitalisation en soins aigus pour 1000 habitants par classe d'âge, 2008 (Genève)



### 3. Des choix stratégiques

L'enjeu: garantir l'accès aux soins de qualité pour tous

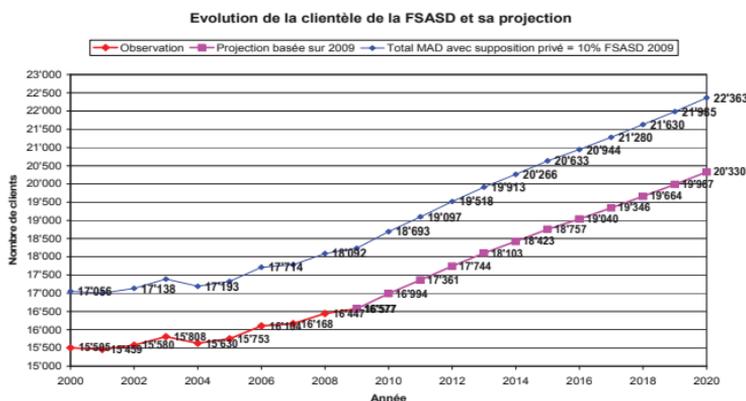
- Poursuivre la politique de maintien à domicile
- Augmenter les structures intermédiaires (IEPA, foyers de jour, UAT, proches-aidants)
- Améliorer l'efficacité du réseau de soins
- Adapter les structures stationnaires (EMS, hôpitaux) tout en limitant leur développement



Département des affaires régionales, de l'économie et de la santé

20/05/11 - Page 9

### 4. Projection des soins à domicile



3.1% d'augmentation moyenne des besoins de soins à domicile, soit 500 clients de plus chaque année



Département des affaires régionales, de l'économie et de la santé

20/05/11 - Page 10

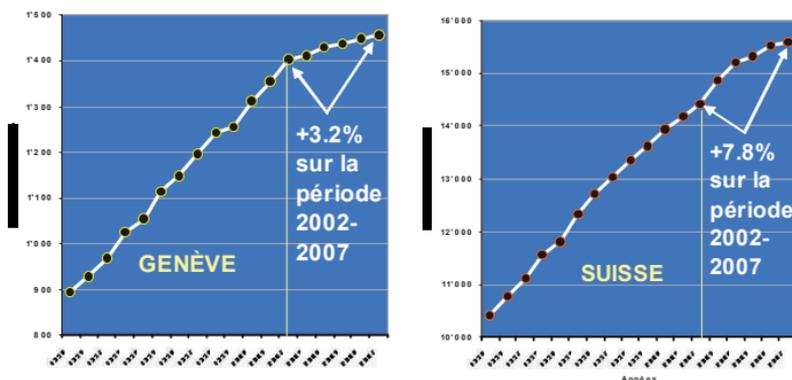
## Recommandations pour le maintien à domicile

- Soutenir l'offre de soins afin d'éviter des journées d'hospitalisation ou en EMS
- Ouverture de foyers de jour (jusqu'à deux par année)
- Disposer d'une centaine de places d'unité d'accueil temporaire (UAT) d'ici 2015
- Développer la construction d'immeubles avec encadrement pour personnes âgées (IEPA)
- Soutenir les proches-aidants



## Planification ambulatoire: les effets de la clause du besoin

Médecins en pratique privée, Genève et Suisse 1990-2007



## Recommandations en matière de planification ambulatoire

- Poursuite de la politique de régulation de l'offre médicale privée
- Rééquilibrer la densité médicale genevoise vers un meilleur ratio de médecins de premiers recours par rapport aux spécialistes
- Analyser les possibilités d'intervention laissés aux cantons par la LAMal (fin de la clause du besoin annoncée)



## Projection du domaine pré-hospitalier

Evolution 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	1'992	1'999	2'008	2'016	2'025
20-64 ans	11'468	11'551	11'630	11'725	11'811
>65 ans	8'956	9'172	9'376	9'536	9'696
<b>Total</b>	<b>22'416</b>	<b>22'722</b>	<b>23'015</b>	<b>23'276</b>	<b>23'532</b>



## Recommandations en matière de planification pré-hospitalière

- La précédente planification a surestimé l'augmentation des besoins en transports urgents
- Pas d'augmentation des capacités
- Amélioration des capacités de la centrale d'appel
- Réévaluation des sites de départ des ambulances



REPUBLIQUE  
ET CANTON  
DE GENÈVE

18001 TERRASSAS 100

Département des affaires régionales, de l'économie et de la santé

20/05/11 - Page 15

## Cadre légal de la planification hospitalière

- Libre choix de l'établissement
- Prise en compte des cliniques privées dans la planification
- Financement cantonal de toutes les prestations de la liste hospitalière (obligatoirement remboursées par la LAMal)
- Financement par forfaits selon les diagnostics (DRG)
- Planification des cas (pour les soins aigus) et des journées (pour les autres types de soins) et non des lits



REPUBLIQUE  
ET CANTON  
DE GENÈVE

18001 TERRASSAS 100

Département des affaires régionales, de l'économie et de la santé

20/05/11 - Page 16

## Planification hospitalière : projections 2012-2015

### Cas d'hospitalisation :

- soins aigus : 58'289 cas, +1'488 (4%)
- soins psychiatriques : 5'874 cas, +150 (2.6%)
- soins de gériatrie : 3'270 cas, +282 (9.4%)
- soins de réadaptation : 7'672 cas, +444 (6.1%)

### Journées d'hospitalisation :

- soins aigus : 397'321 journées (+4.5%)
- soins psychiatriques : 125'332 journées (+4.1%)
- soins de gériatrie : 173'287 journées (+9%)
- soins de réadaptation : 173'040 journées (+6.6%)



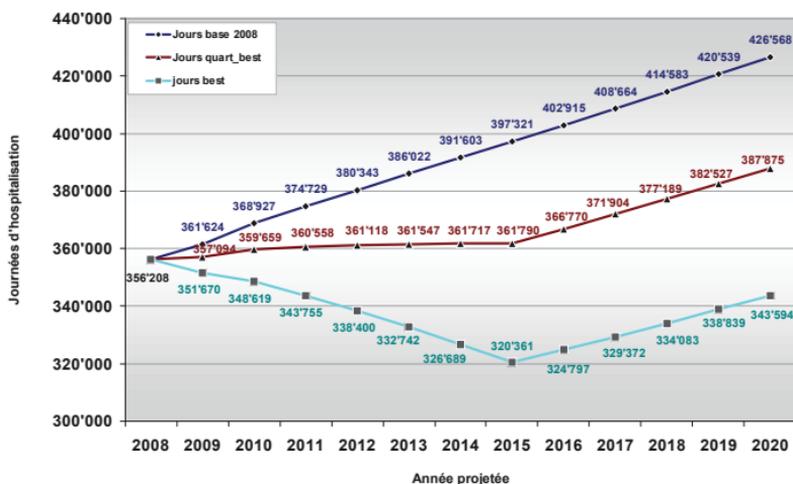
REPUBLIQUE  
ET CANTON  
DE GENÈVE

1001 TORREBRAGA 100

Département des affaires régionales, de l'économie et de la santé

20/05/11 - Page 17

## Projection du nombre de journées de soins aigus



REPUBLIQUE  
ET CANTON  
DE GENÈVE

1001 TORREBRAGA 100

Département des affaires régionales, de l'économie et de la santé

20/05/11 - Page 18

## Recommandations en matière de planification hospitalière

- Pas d'augmentation des capacités hospitalières
- Diminution des durées moyennes de séjour
- Diminution des journées inappropriées
- Adaptation des bâtiments
- Possibilité d'étoffer l'offre de soins par des mandats aux cliniques privées



REPUBLIQUE  
ET CANTON  
DE GENEVE

1927 TERNBILD L10

Département des affaires régionales, de l'économie et de la santé

20/05/11 - Page 19

## La planification médico-sociale

- Quelques 359 nouvelles places en EMS seront ouvertes en 2011
- Parallèlement, trois EMS (70 lits) et l'équivalent de 90 lits dans des chambres "double" fermeront
- Au terme de la période 2012-2015, la capacité de lits d'EMS sera de 3794 lits
- Un effort reste à fournir pour l'ouverture de nouveaux immeubles pour personnes âgées (IEPA)



REPUBLIQUE  
ET CANTON  
DE GENEVE

1927 TERNBILD L10

Département des affaires régionales, de l'économie et de la santé

20/05/11 - Page 20

## Conclusions

### La planification:

- adapter les structures stationnaires (hôpitaux, EMS) tout en limitant leur développement
- améliorer l'efficacité du réseau de soins
- poursuivre la politique de maintien à domicile
- augmenter l'offre en structures intermédiaires (IEPA, foyers de jour, UAT) et l'aide aux proches-aidants

### Elle garantit:

- L'accès aux soins pour tous
- La maîtrise des coûts de la santé



## 5. Mise en oeuvre

- Adoption du rapport de planification sanitaire
- Adoption du projet de loi sur le financement hospitalier
- Réalisation du projet de liste hospitalière sur la base de l'analyse des besoins du rapport de planification
- Adoptions des contrats de prestations avec les partenaires



## Mandat de prestations

entre

COPIE

- **La République et canton de Genève**

représentée par Monsieur Pierre-François Unger,

Conseiller d'Etat chargé du département des affaires régionales,  
de l'économie et de la santé (ci-après désigné : le département)

d'une part

et

- **La clinique Belmont**

ci-après désignée "la clinique"

représentée par Madame Sophie NICOLE,

Directrice générale

d'autre part

## TITRE I - Préambule

Le 21 décembre 2007, les Chambres fédérales ont adopté la révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal ; RS 832.10), dans le domaine du financement hospitalier. Ces modifications légales prévoient entre autre un nouveau mode de financement hospitalier dès le 1er janvier 2012. Elles imposent également de nouvelles obligations aux cantons en matière de planification hospitalière.

Le processus de planification consiste à déterminer précisément la nature et le nombre de prestations que le canton doit financer pour répondre de manière adéquate aux besoins en soins des habitants du canton, puis à répartir contractuellement ces prestations entre les établissements hospitaliers sélectionnés.

Tout établissement hospitalier sélectionné et mandaté dans le cadre précité figure sur la liste hospitalière cantonale.

Sans préjudice des dispositions des articles 19 et 20 ci-après, les parties s'engagent à appliquer et à respecter le présent mandat avec rigueur et selon le principe de la bonne foi.

## TITRE II - Dispositions générales

### Article 1 - Objet du mandat

Le présent mandat de prestations a pour objet de :

- confier à la clinique la réalisation d'un nombre défini de prestations hospitalières qui seront cofinancées par l'assurance obligatoire des soins et l'Etat conformément à la législation sur l'assurance-maladie, dans le/les pôle(s) d'activité pour le(s)quel(s) elle a été sélectionnée;
- préciser le montant, l'affectation et les modalités de versement des rémunérations accordées par l'Etat;
- fixer les obligations contractuelles.

### Article 2 - Bases légales et réglementaires

Les bases légales et réglementaires sur lesquelles se fonde le présent mandat de prestations sont :

- la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal ; RS 832.10), en particulier l'article 39;
- l'ordonnance sur l'assurance-maladie, du 27 juin 1995 (OAMal ; RS 832.102), en particulier l'article 58e;
- la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 29 mai 1997 (LaLAMal ; J 3 05);
- l'arrêté du Conseil d'Etat, du 30 mars 2011, fixant la part cantonale pour les traitements hospitaliers, à 55%, pour l'année 2012;
- l'arrêté du Conseil d'Etat, du 23 novembre 2011, établissant la liste hospitalière cantonale.

### Article 3 - Champ d'application

Le présent mandat se réfère aux prestations de la LAMal à l'égard des personnes domiciliées dans le canton de Genève :

- a. qui sont assurées à titre obligatoire contre la maladie auprès d'une assurance-maladie sociale suisse;
- b. pour lesquelles il existe une obligation d'admission au sens de l'article 41a LAMal.

### Article 4 - Objectifs des prestations

La clinique s'engage à fournir les prestations définies dans le présent mandat de manière économique et avec la qualité requise.

## Titre III - Engagements des parties

### Article 5 - Prestations à réaliser

La clinique s'engage à réaliser les prestations hospitalières suivantes :

Pôle d'activités	Nombre de journées d'hospitalisation	Prestations
R : Psychiatrie (addictions et troubles alimentaires)	5'572	Toutes prestations hospitalières dans ce pôle d'activité concernant: - les addictions aux substances ; - les addictions comportementales ; - les troubles alimentaires.

Une marge de tolérance de plus ou moins 10% des cas mentionnés est admise dans chaque pôle, mais sans dépassement du budget.

### Article 6 - Rémunération des prestations

L'Etat de Genève, par l'intermédiaire du département, rémunère 55% des tarifs forfaitaires LAMal des journées d'hospitalisation réalisées, conformément à l'article 5.

Toutefois la rémunération globale des prestations ne peut excéder CHF 950'639.- TTC.

Le budget comprend également la marge de tolérance de 10% des journées mentionnées à l'article 5.

Les prestations concernées sont rétribuées aux conditions susmentionnées et selon les modalités suivantes :

- mensuellement, une somme forfaitaire T.T.C. correspondant à 1/12ème du montant total de la subvention est versée à la clinique ;
- semestriellement, une régularisation est effectuée pour tenir compte du nombre réel de journées d'hospitalisations réalisées. À cette fin, la clinique remet au département :

- la liste détaillée anonyme des séjours et des journées d'hospitalisation réalisés entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 30 juin, au plus tard le 31 juillet de l'année considérée;
  - la liste détaillée anonyme des séjours et des journées d'hospitalisation réalisés entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre au plus tard le 15 février de l'année suivante;
  - pour les deux périodes considérées, la liste des séjours effectués est transmise sous la forme d'un fichier informatique anonyme. Ce fichier contient notamment les variables suivantes :
    - la date d'entrée et de sortie de l'hôpital, la durée de séjour, le nombre de journées facturées, le montant à charge de l'Etat en francs, le numéro de facture à l'assureur, le type de couverture d'assurance (LCA ou non), le mode d'admission (programmé ou non), la date de la 1<sup>ère</sup> consultation;
    - à la demande du département, cette liste pourra être complétée;
- sur la base des documents susmentionnés, le département demande la rétrocession du trop-perçu ou procède au versement du solde.

Le mandat fait l'objet d'un suivi dans le cadre d'une "commission de suivi", composée de représentants des parties au mandat. Cette commission se réunit au moins deux fois par année, la première fois pendant le 1<sup>er</sup> trimestre de l'année du mandat et/ou à la demande des parties signataires.

#### **Article 7 - Décompte financier**

En fin d'exercice comptable, dès la tenue de l'Assemblée générale, mais au plus tard à la fin du premier semestre de l'année suivante, la clinique transmet au département, pour la part définie dans le présent mandat et conformément aux exigences de l'Etat, un décompte détaillé des recettes et dépenses d'exploitation relatif à l'année du mandat sur la base de sa comptabilité analytique.

Elle transmet également au département, dans le même temps, les documents suivants :

- attestation de l'organe fiduciaire prouvant la bonne tenue des comptes au cours de la durée du mandat ;
- attestation de l'organe fiduciaire confirmant que la part des montants versés par l'Etat au titre d'investissement n'a pas été utilisée à d'autres fins par la clinique au cours de la durée du mandat.

#### **Article 8 - Diligence**

La clinique s'engage à exécuter le présent mandat avec le soin et la diligence nécessaires, en mettant à profit toutes ses connaissances et ses compétences dans le respect des règles de l'art, selon l'état actuel de la science médicale et selon les principes éthiques reconnus.

En matière de traitement et d'encadrement, les différents besoins psychiques, physiques et sociaux des patientes et patients doivent être pris en compte en recourant à des mesures appropriées pour la conservation ou le rétablissement de leurs fonctions corporelles et de leurs compétences psychiques/mentales, sociales et cognitives. Des prestations diagnostiques, de soins et thérapeutiques sont offertes à cette fin.

**Article 9 - Formation de personnel de santé**

La clinique s'engage à former du personnel de santé en fonction de ses capacités.

Les modalités quant aux catégories de personnel visé (apprentis, stagiaires, etc.) sont réglées, cas échéant, dans une annexe au présent contrat.

**Article 10 - Assurance qualité**

La clinique assure la qualité des soins des patients, principalement sous l'angle de l'hygiène, de l'équité, de l'accessibilité, de l'efficacité et de l'efficience.

Plus particulièrement, elle garantit et promeut la qualité des prestations devant être fournies, conformément à la législation y relative et respecte les critères et indicateurs définis notamment par H+, l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ), ainsi que la fédération des médecins suisses (FMH).

**Article 11 - Sous-traitance**

Les prestations doivent être réalisées dans les installations de la clinique. Seule est possible la sous-traitance à des tiers de prestations médicales de support telles que des examens de laboratoire non fournis directement à la patiente ou au patient.

**Article 12 - Accès des patients aux traitements**

La clinique prend les mesures nécessaires pour assurer une prise en charge des patients dans un délai approprié au regard de leur pathologie.

**Article 13 - Non discrimination des patients**

La clinique accepte tout malade en fonction des volumes planifiés et attribués dans le cadre du présent mandat de prestations. Toute sélection des malades en fonction du risque ou de critères socio-économiques est proscrite.

L'obligation ainsi spécifiée est considérée comme remplie si les prestations fixées par le présent mandat de prestations sont délivrées pour moitié au moins des patients ne disposant que de l'assurance de base.

En fin d'exercice, l'établissement atteste par écrit du respect du critère énoncé ci-dessus et fournit, sur demande du département, toute documentation y relative.

**Article 14 - Conditions de travail**

La clinique respecte les conditions de travail telles que prévues dans les lois, les règlements et/ou les conventions collectives de travail applicables en la matière, s'agissant notamment du salaire, de l'horaire de travail ou des prestations sociales.

**Article 15 - Synergies**

La clinique s'engage à développer et à exploiter des synergies entre hôpitaux en instaurant des collaborations transversales, notamment en matière d'utilisation des infrastructures, des compétences, des équipements et en matière d'échange électronique de données sur les patients.

#### **Article 16 - Statistiques de l'activité médicale**

La clinique remet au département une statistique semestrielle et annuelle de son activité médicale, pour la partie relative au mandat, sous la même forme que celle remise pour la statistique médicale des hôpitaux.

À cet effet, la clinique remet au département à fin juillet et à fin janvier de l'année suivante ses statistiques. Au 30 avril de l'année suivant le mandat, elle transmet également ses statistiques annuelles concernant l'année du mandat et pour l'ensemble de son activité.

### **Titre IV - Dispositions finales**

#### **Article 17 - Entrée en vigueur, durée et renouvellement du mandat**

Le mandat entre en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2012. Il est valable jusqu'au 31 décembre 2012.

Les parties conviennent d'étudier les conditions de renouvellement éventuel du mandat au moins 3 mois avant son échéance.

#### **Article 18 - Modifications**

En cas d'événements exceptionnels et préteritant la poursuite des activités de la clinique ou la réalisation du présent mandat, les parties s'accordent sur les actions à entreprendre.

Ces événements doivent être signalés dans les plus brefs délais au département.

Toute modification du présent mandat doit être préalablement négociée entre les parties et faire l'objet d'un avenant écrit et signé de la part de celles-ci au présent mandat.

#### **Article 19 - Règlement des litiges**

Les parties s'efforcent de régler à l'amiable les différends qui pourraient surgir dans l'application et l'interprétation du présent mandat.

En cas d'échec, elles peuvent recourir d'un commun accord à une médiation.

À défaut d'un règlement à l'amiable, la chambre administrative de la Cour de justice de la République et canton de Genève est compétente pour connaître de tout litige résultant de l'application du présent mandat.

#### **Article 20 - Résiliation du contrat**

Sur proposition du département, le Conseil d'Etat peut résilier le mandat de prestations, réduire le montant de la participation financière octroyée et / ou en exiger la restitution totale ou partielle lorsque :

- a) la participation financière n'est pas utilisée conformément au mandat de prestations;
- b) la clinique ne remplit pas ou remplit incorrectement son mandat, malgré une mise en demeure;
- c) la participation financière a été indûment versée, notamment sur la base d'un état de fait inexact ou incomplet.

La résiliation s'effectue dans un délai d'un mois, pour la fin d'un mois.

Dans les autres cas, le contrat peut être résilié par chacune des parties moyennant un préavis de 6 mois pour la fin d'une année.

Dans tous les cas, la résiliation s'effectue par écrit.

Pour la République et canton de Genève,

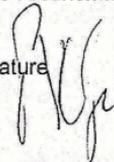
représentée par :

**Pierre-François Unger**

Conseiller d'Etat chargé du département des affaires régionales, de l'économie et de la santé

Date : 26.1.2012

Signature



Pour la Clinique Belmont,

représentée par :

Mme Nicole Sophie

Directrice

Date : 27.12.2011

Signature





## ANNEXE 1

La Clinique Belmont reçoit des stagiaires pour formation de :

HES – SO Ecole de Santé  
Etudiant année préparatoire  
Etudiant Bachelor soins infirmier avec praticien formateur

IFSI Annecy

Elève aide soignant  
Etudiant en soins infirmiers

Psychologue en voie de spécialisation



## ANNEXE 2

Formation de notre personnel soignant pour 2012 :

2 infirmières : Formation coaching, 27 hrs de cours ECD Pro

1 aide hospitalière : Formation coaching, 27 hrs de cours ECD Pro

5 infirmiers  
3 psychologues  
4 aides hospitaliers } Formation neuro-cognitive INC international  
64 hrs de formation

1 Psychologue : Formation en EMDR 42 hrs de cours

2 Psychologues : Formation systémique cursus universitaire  
1 à Genève et 1 à Paris

**De la non-application de la loi sur les indemnités et les aides financières, du 15 décembre 2005 (LIAF; D 1 11) aux mandats de prestations selon la LAMal (PL 10832)**

1. Le nouveau régime de financement hospitalier prévu par la LAMal prescrit notamment que les établissements hospitaliers figurant sur la liste hospitalière cantonale doivent conclure des mandats de prestations avec le canton.

Selon la loi, ces mandats peuvent être assortis de certaines conditions à remplir par les fournisseurs de prestations, selon une définition par les cantons (art. 58a ss OAMal). Ces derniers n'ont toutefois pas le loisir d'imposer tout type d'exigences, mais ne sont admis qu'à prévoir des conditions ayant trait à la couverture des besoins en soins de la population ou étant en lien avec des services d'intérêt public (par ex.: les services d'urgence) ou encore avec les critères de planification établis par le Conseil fédéral, soit l'économicité et la qualité (cf. art. 58a ss OAMal).<sup>1</sup>

Au regard de ce qui précède, il n'est dès lors guère admissible de contraindre les fournisseurs de prestations à conclure un contrat qui serait soumis à la LIAF, dès lors qu'il s'agirait là d'un critère étranger à la réglementation fédérale, partant, contraire à celle-ci.

2. Au demeurant, la LIAF s'exclut d'elle-même en la matière puisque l'article 4, lettre i de cette loi prévoit comme exception à son application "*les indemnités et les aides financières fixées de manière impérative par le droit fédéral [...]*", soit en l'espèce, la LAMal.
3. Enfin, il faut également relever que le système de subventionnement même de la LIAF n'est pas compatible avec les impératifs liés à la planification des besoins en soins de la population. En effet, le processus instauré par cette loi représenterait un obstacle à un subventionnement rapide de nouvelles prestations pour l'un ou l'autre établissement hospitalier dans l'hypothèse d'une couverture des besoins en soins se révélant insuffisante pour un secteur médical particulier.

---

<sup>1</sup> GUILLOD/MAHON/MADER, Projets de modifications de la loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public (LPFES) et de la loi sur la santé publique (LSP) dans le cadre de la mise en œuvre des révisions LAMal, avis de droit, mai 2010, page 29; FF 2004 p. 5232



REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE  
Département des affaires régionales, de l'économie et de la santé

## **Rapport de planification médico-sociale 2010-2020**

Le 30 avril 2010

## Table des matières

<b>Liste des tableaux</b> .....	<b>3</b>
<b>Liste des figures</b> .....	<b>3</b>
<b>1. Préambule</b> .....	<b>4</b>
<b>2. Introduction</b> .....	<b>5</b>
<b>2.1. Contexte</b> .....	<b>5</b>
<b>2.2. Objectif</b> .....	<b>6</b>
<b>2.3. Bases légales de la planification</b> .....	<b>7</b>
<b>2.4. Historique</b> .....	<b>7</b>
2.4.1. <i>Plan directeur EMS 2010</i> .....	7
2.4.2. <i>Planification 2005</i> .....	7
<b>3. Planification médico-sociale 2009</b> .....	<b>8</b>
<b>3.1. Etat de situation et périmètre</b> .....	<b>8</b>
3.1.1. <i>Différents types de lits</i> .....	8
3.1.2. <i>Facteurs utilisés</i> .....	11
3.1.3. <i>Données disponibles et non disponibles</i> .....	12
<b>3.2. Méthode</b> .....	<b>13</b>
3.2.1. <i>Principe</i> .....	13
3.2.2. <i>Hypothèses des projections</i> .....	13
3.2.3. <i>Estimation de l'effet potentiel du réseau de soins et de maintien à domicile sur la base des données 2008</i> .....	15
3.2.4. <i>Calcul du taux d'institutionnalisation</i> .....	16
<b>3.3. Résultats</b> .....	<b>18</b>
3.3.1. <i>Effectifs projetés pour la population</i> .....	18
3.3.2. <i>La proportion de personnes en EMS</i> .....	19
3.3.3. <i>Résultats des projections</i> .....	19
3.3.3.1. <i>Gain de longévité stable s'améliorant au rythme actuel (H3) encadré par des hypothèses moins optimistes (H1 et H2) et des hypothèses plus optimistes (H4 et H5) (annexe 1)</i> .....	19
3.3.3.2. <i>Résidents EMS actuels qui pourraient être pris en charge autrement (H1-760 et H5-760)</i> .....	20
3.3.3.3. <i>Longévité actuelle stable ou même morbidité à un âge plus avancé (H6)</i> .....	21

<b>4. Considérations générales</b> .....	<b>22</b>
<b>5. Conclusions</b> .....	<b>23</b>
<b>Annexes</b>	

#### **Liste des tableaux**

Tableau 1 Résultats des scénarii de la planification médico-sociale 2005 .....	8
Tableau 2 Hypothèses de longévité pour les projections démographiques .....	15
Tableau 3 « Conversion » des évaluations PLAISIR® en lits exploités .....	17
Tableau 4 Population de référence regroupée par classes d'âge quinquennales et par genre .....	18
Tableau 5 Population de référence regroupée selon trois classes d'âge usuelles et par genre .....	18
Tableau 6 Population de référence regroupée selon deux classes d'âge usuelles et par genre .....	18
Tableau 7 Coefficients d'institutionnalisation par classes d'âge quinquennales .....	18
Tableau 8 Coefficients d'institutionnalisation selon trois classes d'âge usuelles .....	19
Tableau 9 Coefficients d'institutionnalisation selon deux classes d'âge usuelles .....	19

#### **Liste des figures**

Figure 1 Histogramme de la durée des séjours de longue durée aux HUG en 2008 .....	10
--	----

## 1. Préambule

L'objectif de ce rapport de planification médico-sociale est d'assurer les ressources et les services médico-sociaux nécessaires à la population genevoise à l'horizon 2015 et 2020. Pour être équitable et conforme à la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), une planification publique doit en outre définir et quantifier les prestations qui permettent la prise en charge des besoins de soins au meilleur coût.

Ce rapport a été préparé par la direction générale de la santé (DGS) du département des affaires régionales, de l'économie et de la santé (DARES) en étroite collaboration avec la direction générale de l'action sociale (DGAS) du département de la solidarité et de l'emploi (DSE). Les deux directions précitées ont constitué un comité de pilotage incluant la direction générale du réseau de soins (DGRS), et présidé par la Directrice générale de la santé.

Les résultats de ce rapport, qui traite avant tout du nombre de lits destinés aux personnes âgées en établissements médico-sociaux (EMS), ont été soumis aux parties au projet et leurs remarques ont été intégrées..

Pour être pertinente, une planification se fonde sur des données observées, si possible récentes, et sur l'analyse des tendances. Lorsque les données disponibles ne suffisent pas pour dégager les tendances, une modélisation et ses hypothèses viennent combler l'insuffisance d'informations.

Dans la mesure où il n'a pas été possible d'utiliser les données les plus récentes de l'enquête suisse sur la santé (ESS) en conjonction avec l'enquête suisse concernant les personnes en institution<sup>1</sup>, la présente planification a demandé un effort supplémentaire de modélisation. Dès lors, et du moment où les données de l'ESS institutionnelle seront remises au canton en juillet 2010, cette planification s'inscrit dans un processus de mise à jour itératif régulier, ou de planification roulante.

La définition des hypothèses démographiques et leur analyse (annexe 2) ont été réalisées, sur mandat de la DGS, par le Professeur Ph. Wanner, à l'Université de Genève. Ces travaux ont servi au calcul du besoin en lits d'EMS.

---

<sup>1</sup> L'enquête principale de 2007 ne concerne que la population des ménages privés. L'enquête auprès des ménages collectifs ou institutionnels a été retardée et sera disponible en 2010. Les enquêtes de 1997 et de 2002 sont insuffisantes pour l'étude du handicap et de la dépendance. Les dernières données disponibles sont donc celles de 1992 (ménages privés) et 1993 (ménages institutionnels).

- 5 -

L'estimation du nombre maximum de personnes résidant actuellement en EMS qui pourraient être prises en charge à domicile (annexes 3 et 4) a été effectuée par Madame A. Berthou, également sur mandat de la DGS, à partir des données détaillées PLAISIR<sup>2</sup>.

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 actuelle des ressources en soins.

En tout état de cause, le principe de la planification roulante, telle que proposée, permettra de vérifier si les hypothèses retenues aujourd'hui se réalisent effectivement.

Ce processus permettra d'adapter, d'ajuster et de revoir les estimations à intervalle régulier et chaque fois que des données plus récentes ou de meilleure qualité seront disponibles, notamment celles relatives aux enquêtes susmentionnées, au développement et à la mise en place du réseau de soins ainsi qu'à l'analyse des besoins en matière de structures intermédiaires.

## **2. Introduction**

### *2.1 Contexte*

Selon les dispositions de l'article 39 de la LAMal, la planification médico-sociale, et en particulier celle de l'ajustement de l'offre aux besoins en soins des personnes âgées dépendantes, relève de la responsabilité des cantons. Comme les autres cantons suisses, le canton de Genève n'échappera pas, au cours des prochaines décennies, au vieillissement démographique de sa population.

Pour répondre à ce nouveau défi, le canton de Genève a réalisé en 2005 une planification médico-sociale qui détermine les besoins en fonction de divers scénarii. Cette analyse a aussi démontré que la prise en charge à domicile est moins chère que la prise en charge résidentielle dans une institution médico-sociale lorsque les temps de soins sont courts.

Fort de ce constat, le canton a promulgué le 2 juillet 2008 une loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile (LSDom) dont les objectifs ont été de réduire le besoin en lits d'EMS et de favoriser le maintien à domicile<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> Outil de mesure du besoin de soins.

<sup>3</sup> Les prestations de maintien à domicile sont les prestations des services d'aide et de soins à domicile fournies par les organisations d'aide et de soins à domicile et les prestations des structures intermédiaires, tels que les foyers de jour, les immeubles avec encadrement, les unités d'accueil temporaire de répit et les mesures d'aide aux proches.

- 6 -

Cette stratégie publique a l'avantage de répondre au désir des personnes vieillissantes et de remplir les exigences légales d'économicité.

Pendant ce processus législatif, la construction de quatre EMS et la mise aux normes actuelles ou la réalisation de plusieurs autres ont été approuvées sur la base du plan directeur 2001-2010. De plus, une série de projets de nouveaux EMS ont été soumis au département compétent pour examen.

Au vu de ce qui précède, une nouvelle étude des besoins qui s'inscrit dans le cadre d'une planification roulante est donc nécessaire pour :

- répondre de façon éclairée aux projets de nouvelles constructions ;
- prendre progressivement en considération la mise en œuvre du réseau de soins, initialement prévue en 2010, mais dont le déploiement se fera de manière progressive jusqu'à l'atteinte de sa pleine efficacité.

La planification roulante souhaitée devrait ainsi permettre, le cas échéant, d'ajuster régulièrement l'offre à court ou moyen terme, par exemple en l'espace de trois à cinq ans.

En effet, alors que le cycle 2009 montre des prévisions raisonnablement fiables et précises sur une période de 3 à 5 ans, les cycles futurs de planification aboutiront éventuellement à une réévaluation des besoins en fonction des nouvelles données disponibles et d'une éventuelle adaptation du nombre de lits EMS nécessaire.

## ***2.2 Objectif***

L'objectif principal du projet est de définir le nombre de lits en EMS nécessaires pour le canton en 2015 et en 2020.

Cet objectif doit être analysé à la lumière de la politique de maintien à domicile. Les résultats devront ensuite être intégrés à la planification sanitaire globale du canton.

Au vu de ce qui figure au paragraphe précédent, les autres types de prestations et d'hébergement qui relèvent du maintien à domicile seront évalués ultérieurement.

## ***2.3 Bases légales de la planification***

Loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10).

Loi sur la santé du 7 avril 2006 (LS - K 1 03).

Loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile du 26 juin 2008 (LSDom - K 1 06, article 22, lettre a).

## ***2.4 Historique***

### ***2.4.1 Plan directeur EMS 2010***

- 7 -

Le 17 juin 1992, le Conseil d'Etat a décidé que toute nouvelle construction d'EMS serait soumise à un moratoire et ceci jusqu'au 1er janvier 2001. Après cette date, le canton a réalisé une étude au sujet du nombre de lits nécessaires pour faire face au vieillissement de la population.

Cette étude a abouti à un rapport au Conseil d'Etat d'octobre 2001 qui se nomme « Plan directeur EMS 2010 ». Dans ses conclusions, celui-ci préconise la réalisation d'une vingtaine d'EMS d'une capacité totale de 1'130 lits dont 650 « nouveaux lits », la mise aux normes de 250 lits et la reconstruction de 230 autres.

Plusieurs projets ont été ainsi lancés, et depuis 2001, quatre établissements<sup>4</sup> ont été construits, et certains ont été adaptés. A cela s'ajoute 605 lits en cours de construction alors que douze autres projets représentant 849 lits EMS sont en suspens.

En 2000, le canton disposait de 3'389 lits d'EMS dont 38 lits d'accueil temporaire (UAT).

#### 2.4.2 Planification 2005<sup>5</sup>

Les travaux de planification réalisés en 2005 ont montré que la prise en charge à domicile est moins chère que la prise en charge résidentielle dans une institution médico-sociale pour des temps de soins courts. L'inverse est vrai pour des temps de soins plus longs.

Ces travaux ont montré également que les coûts sont à l'équilibre lorsque les durées de soins se situent entre 1h10 et 1h30.

Le scénario<sup>5</sup> choisi et mis en œuvre par le département (voir tableau ci-dessus - scénario 2) prévoyait un renforcement du réseau de soins à domicile et des structures intermédiaires. Ce scénario enregistre une baisse très significative du nombre de lits d'EMS. Il faut noter que dans ce scénario retenu, le chiffre de 1'791 lits d'EMS est incompatible avec les caractéristiques de dépendance mesurées chez les résidents. Cette analyse basée sur le taux canadien d'institutionnalisation, montre néanmoins une tendance pertinente quoique liée à l'ensemble de leur réseau de prise en charge et à des caractéristiques culturelles.

---

<sup>4</sup> Châtelaine, Les Pins, De la Rive et Happy Days 2.

<sup>5</sup> Planification médico-sociale, Scenarii de planification, Direction générale de la santé, 23 août 2005, document 05-10-00026-08-v1

- 8 -

*Tableau 1 : Résultats des scénarii de la planification médico-sociale 2005*

Types de ressources envisagées	état 2004	scénario 1 (2010)	scénario 2 (2010)
Long séjour médicalisé gériatrique (lits)	3'246	3'730	1'791
Appartement protégé (places)	1'128	1'130	3'069
Sous-total	4'374	4'860	4'860

*Scénario 1 : Pas de changement du système de santé.*

*Scénario 2 : Renforcement des soins et du maintien à domicile.*

*Les scénarii 3 et 4 ne diffèrent des scénarii 1 et 2 que par leurs coûts respectifs et ne sont pas présentés dans ce tableau :*

*Scénario 3 : Pas de changement du système de santé mais efficience accrue de 5%.*

*Scénario 4 : Scénario 2 avec efficience accrue de 5%.*

### **3. Planification médico-sociale 2009**

#### **3.1. Etat de situation et périmètre**

##### *3.1.1. Différents types de lits*

Au 30 juin 2009, le nombre de lits long séjour était de 3'462 (+ 16 UAT) date à laquelle la simulation a été élaborée<sup>6</sup>. Le nombre de lits de long séjour EMS au 1 mai 2010 est de 3'594 lits.

Le nombre de personnes en attente de place en EMS, qu'elles soient prises en charge à domicile ou par un service hospitalier, constitue un nombre d'« équivalent lit » dont l'exploitation ne remplit pas les critères d'économicité<sup>7</sup>. Leurs occupants ont, soit un besoin trop important de soins pour les structures de maintien à domicile, soit trop faible pour une prise en charge aux HUG. Des quantités inadéquates de soins sont donc données par des structures dédiées à des besoins de soins moins importants ou plus importants que la charge en soin attribuée aux EMS. Le nombre de ces « équivalent lit » est actuellement moins bien renseigné et mal caractérisé.

<sup>6</sup> Les UAT représentent 0.776 % du nombre de lits d'EMS. L'effet est négligeable pour ce calcul, d'autant que le nombre de lits baisse régulièrement, introduisant une instabilité supplémentaire.

<sup>7</sup> Selon les données relatives au coût d'exploitation des lits long séjour au HUG (voir note de bas de page numéro 5).

- 9 -

Une première catégorie d'équivalent lit concernée est celle des lits utilisés aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) pour des personnes qui sont en attente de placement dans un EMS. Les raisons d'utilisation et d'existence de ces lits aux HUG sont multiples :

- une partie de ces lits répond à une nécessité structurelle (voir figure 1) ; il n'est pas possible d'éliminer ce type de lits ;
- une autre partie remplit une mission analogue à celle de lits d'EMS auprès de personnes nettement plus jeunes que celles résidant en EMS ;
- enfin une dernière partie s'adresse véritablement à des personnes qui pourraient résider en EMS. Ces lits peuvent être considérés comme étant véritablement des lits d'EMS, soit pour des personnes qui ne remplissent pas les conditions d'admission des EMS<sup>8</sup>, soit pour pallier à un manque de place en EMS.

La population des HUG occupant ces types de lits est insuffisamment décrite pour que l'on puisse en tenir compte actuellement dans nos estimations. Il s'ensuit une imprécision supplémentaire de 150 lits<sup>9</sup> sur l'ensemble des résultats présentés.

Une deuxième catégorie de lits concernée est celle des lits utilisés par des personnes en attente de placement dans un EMS, mais bénéficiant des soins à domicile et présentant les caractéristiques nécessaires à une admission en EMS. Cette population, estimée par la FSASD<sup>10</sup> à 60 personnes, est également mal décrite, en particulier en ce qui concerne la volonté du patient de conserver son domicile.

---

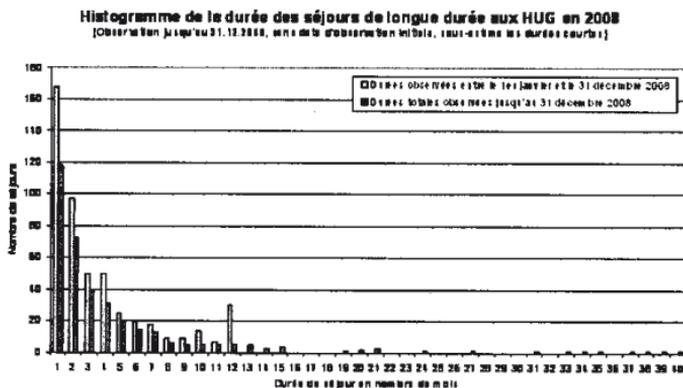
<sup>8</sup> Ces conditions sont principalement l'âge, la solvabilité, la nature de certains soins techniques (dialyse) qui pourraient être donnés en EMS, sous réserve d'une organisation et d'un financement appropriés.

<sup>9</sup> Moyenne annoncée par les HUG.

<sup>10</sup> Fondation des services d'aide et de soins à domicile.

- 10 -

Figure 1 : Histogramme de la durée des séjours de longue durée aux HUG en 2008



Cet histogramme montre le nombre de séjours de longue durée observables en 2008 en fonction de leur durée totale (rouge) ou de leur durée observée en 2008 (jaune). Ces séjours de longue durée sont définis par le tarif facturé. Ils débutent, en général, 30 jours après la fin du besoin de soins aigus conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances (ATF 115 V 38 du 7 avril 1989 et ATF 124 V 362 du 26 novembre 1998).

La lecture du graphique montre qu'entre 25 et 75 lits correspondent à des soins de très longue durée selon qu'on totalise les lits en attente de placements à partir du 6<sup>ème</sup> mois ou à partir du 12<sup>ème</sup> mois. Le début de la courbe ressemble une exponentielle décroissante dont la caractéristique ( $k$ ) dépend probablement surtout du taux d'occupation des EMS (effet structurel).

Une dernière catégorie de lits concernée est celle formée par des lits d'EMS utilisés par des personnes handicapées âgées de moins de 65 ans. La progression du nombre de ces personnes mériterait d'être estimée de façon différente<sup>11</sup>. Ces résidents exceptionnels<sup>11</sup> ont été considérés comme faisant partie de la population âgée. Cet effet compense quelque peu les imprécisions

<sup>11</sup> En raison de la variation rapide du nombre de ces résidents et de très longues durées de séjour, il serait plus judicieux de planifier les besoins des résidents indépendamment. Cela n'a pas été possible, faute d'informations suffisantes et de leur petit effectif ( $n=58$ ).

mentionnées plus haut, pour autant qu'un hébergement adéquat leur soit proposé.

### 3.1.2. *Facteurs utilisés*

Idéalement, dans le cadre d'une politique de maintien à domicile des personnes le plus longtemps possible (LSDom), la planification devrait tenir compte des facteurs suivants :

- démographiques : structure d'âge de la population et structure des ménages, effets de la natalité, de la mortalité, de la morbidité ;
- épidémiologiques : événements affectant la population globale ou une cohorte (vieillesse versus guerre) ;
- médico-économiques : choix managériaux et organisationnels (efficacité du système de santé) ;
- sociologiques : évolution des attentes de la population considérées comme légitimes (ex. éventuelle augmentation des fréquences des bains ou des douches<sup>12</sup>).

Pour les résultats de ce rapport, l'accent a été mis sur les facteurs démographiques qui comprennent : la structure par âge et par sexe, la natalité, la mortalité, et partiellement la morbidité.

L'évolution de la structure des ménages n'a pas été prise en considération.

Les projections démographiques effectuées en 2007 pour le canton de Genève sur mandat de l'Office cantonale de la statistique (OCSTAT), par Monsieur Jacques Menthonnex, du Service cantonal de recherche et d'information statistiques du canton de Vaud (SCRIS)<sup>13</sup>, ont été recalculées et calées sur la population du 1er janvier 2008 par le Professeur Philippe Wanner, du laboratoire de démographie de Université de Genève, dans le cadre d'un mandat spécifique.

L'objectif de la standardisation était celui de permettre une adaptation rapide et aisée des prévisions au cas où un écart devait être observé entre la prévision et la réalité.

---

<sup>12</sup> Actuellement, le calcul du temps de soins prévoit en Suisse une douche ou un bain par semaine. Le Canada en prévoit deux.

<sup>13</sup> Projections démographiques pour le canton de Genève - Population résidente de 2004 à 2030 ; Janvier 2005 ; Office cantonal de la Statistique (OCSTAT) Genève

- 12 -

N'ont pas été pris en considération :

- les facteurs épidémiologiques dont la précision relative est insuffisante et parce qu'ils sont déjà partiellement inclus dans les facteurs démographiques ;
- les facteurs médico-économiques. Les données permettant de mesurer l'efficacité de la distribution des soins sont indisponibles. En effet, les résidents EMS ne sont pas classés actuellement de façon adéquate dans des groupes iso-consommateurs de ressource populationnels définis à partir des données de l'enquête suisse sur la santé (ESS) (c.f. note 5 et partie 3.1.3) ;
- les facteurs sociologiques qui affectent surtout les ressources humaines nécessaires et qui n'ont que peu d'influence sur le nombre de lits.

### 3.1.3. *Données disponibles et non disponibles*

Les données disponibles sont les suivantes :

- l'enquête suisse sur la santé (ESS) de 1992 ;
- l'enquête suisse sur la santé des personnes en institution (ESS) de 1993 ;
- l'évaluation des besoins de soins des résidents EMS (données PLAISIR®) ;
- partiellement, les informations contenues dans l'enquête suisse sur la santé de 2007 (ESS 2007) sur les tiers aidants et la dépendance populationnelle ;

Les données non disponibles sont les suivantes :

- l'enquête suisse sur la santé des personnes en institution prévue en 2008 (ESS 2008) est retardée ;
- partiellement, les informations sur les durées d'attente de placement des HUG, car elles ne suffisent pas à déterminer le minimum incompressible<sup>14</sup> de journées facturées ;
- les données économiques précises et actualisées des HUG pour les lits de long séjour et d'attente de placement ;
- les données détaillées sur les durées de prise en charge et l'évolution individuelle des temps de soins du maintien à domicile ;

---

<sup>14</sup> Ce minimum incompressible dépend en grande partie du taux d'occupation des EMS, actuellement supérieur à 98 %.

- 13 -

- les données sur le fonctionnement du réseau de soins, puisqu'il est en phase de préparation et ne sera effectif de façon progressive qu'à partir de 2010.

### 3.2. Méthode

#### 3.2.1. Principe

La méthode utilisée part du principe que la structure de la population selon l'âge et le genre affecte les besoins.

La relation de base entre l'âge, le besoin et l'effectif des groupes d'âge est fournie par l'équation suivante :

$$\frac{\text{Besoin}_{\text{actuel}}}{\text{Population}_{\text{actuelle}}} * \text{Population}_{\text{future}}$$

Cette équation est appliquée à chaque classe d'âge séparément puis les résultats partiels sont additionnés.

La "finesse" des classes conditionne la précision de la prévision, surtout lorsque les groupes d'âges sont sujets à d'importants changements d'effectifs et de besoins. Des classes d'une année ont été utilisées puis regroupées selon les besoins en classes quinquennales ou autres.

#### 3.2.2. Hypothèses des projections

Les hypothèses des scénarii démographiques sont présentées dans le tableau ci-dessous (voir annexe 2 pour les détails de l'analyse démographique).

L'effet de l'évolution de la morbidité a été évalué de manière limitée. Seules deux situations extrêmes sont présentées. La première ignore toute évolution possible de la morbidité et applique la morbidité actuelle de chaque âge aux populations projetées (H1 à H5). L'autre, suppose que la morbidité suit l'évolution de la longévité (H6).

Les trois estimations (H1-760, H3-760 et H5-760) utilisent les hypothèses respectives H1, H3 et H5 complétées par l'effet d'une amélioration maximale théorique, calculée. Cet effet n'est pas réaliste parce qu'il utilise la date du 1<sup>er</sup> janvier 2010 comme début de l'exploitation de nouveau réseau d'orientation des patients.

L'introduction progressive en 10 ans de l'effet mentionné ci-dessus a été modélisé par 2 courbes empiriques, l'un avec une baisse linéaire de 10% par an (H3-(10%\*760\*nombre d'année)), l'autre avec une décroissance exponentielle (H3-760\*(e<sup>-kt</sup>)). Comme aucun aspect de ces approches analytiques ne devient concret à fin 2009, ces courbes complexes ne sont pas présentées.

- 14 -

L'exponentiel décroissant<sup>15</sup> est la fonction qui rend le mieux compte de ce que l'on pourrait espérer avec les hypothèses<sup>16</sup> formulées en automne 2009 lors de la mise en œuvre d'un réseau de soins ( $e^{(-kt)}$ ).

Tableau 2 : 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 <sup>17</sup>	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
(H1, H2 et H3)-760 Voir explications dans le texte ci-dessous			

3.2.3. Estimation de l'effet potentiel du réseau de soins et de maintien à domicile sur la base des données 2008.

<sup>15</sup> C'est une fonction sigmoïde qui serait le plus appropriée pour décrire une accélération initiale de l'effet du meilleur classement des nouveaux résidents par la nouvelle structure d'orientation, puis de la difficulté croissante à améliorer leur classement lorsqu'il ne reste que les situations les plus difficiles à classer. Toutefois, les données disponibles sont insuffisantes pour en estimer tous les paramètres. Il 'ensuit que la fonction qui rend le mieux compte de ce que l'on peut espérer lors de la mise en œuvre du réseau de soins, est l'exponentielle décroissante ( $e^{(-kt)}$ ).

<sup>16</sup> Début d'activité du réseau d'orientation au premier janvier 2010 et durée moyenne de séjour en établissement médico-sociale de trois ans avec un remplacement progressif des patients sans erreur d'orientation (voir aussi note 15).

<sup>17</sup> Ces hypothèses prennent la forme d'une espérance de vie à la naissance. L'hypothèse H3 estime que l'espérance de vie à la naissance de la population qui sera observée en 2020 pour l'agglomération genevoise sera proche de 81,5 ans (hommes) et 86,5 ans (femmes). En 2006/2007, ces espérances de vie sont de 80.2 (hommes) et 84.9 (femmes). Voir annexe Wanner pages 17 et 21. Les décimales représentent des dixièmes d'année.

- 15 -

Les résultats de la planification médico-sociale 2005 prévoyaient un total de 4'860 places d'hébergement dont 1791 en EMS et 3069 en appartements protégés<sup>5</sup>. Or, si la tendance est correcte, ce résultat est irréaliste. Il est impossible de prendre en charge à domicile 2'939 des 3730 patients<sup>18</sup> attribués, au même moment, par d'autres modèles, aux EMS. Il s'agit donc de déterminer le nombre de résidents d'EMS qui pourraient vraisemblablement être pris en charge par les structures de maintien à domicile assistées de l'ensemble des structures intermédiaires. À cet effet, les données des évaluations PLAISIR® mesurant le besoin de soins des patients genevois résidents en EMS ont été utilisées pour classer ceux-ci dans les groupes iso-consommateurs de ressources (annexes 3 et 4). Les groupes obtenus sont les mêmes que ceux qui ont été utilisés précédemment avec la méthode « Balance of Care » (BOC) dans quatre cantons romands.

Les classes PLAISIR® sont formées par le découpage du temps de soins requis des résidents en huit groupes dont les valeurs moyennes servent au calcul du financement nécessaire ou à celui de la dotation en personnel. Les nouveaux regroupements, utilisés ici, sont basés sur deux types de critères. Ce sont, prioritairement, les critères de type médico-soignants, puis un critère de type médico-économique.

Les critères médico-soignants sont décrits en détail dans les annexes 3 et 4. Ils assurent la sécurité des personnes. Ils tiennent compte de la nature et de la sévérité des handicaps ou des déficits et attribuent, si nécessaire, aux EMS, des patients dont le temps de soins est court.

Le critère médico-économique est défini de manière à attribuer au domicile tous les patients pour qui la prise en charge y est possible à un coût inférieur au coût d'une journée en EMS. En 2005, cette durée était estimée entre 1h10 et 1h30 de soins par jour. Elle est maintenant estimée par la FSASD à 1h30 par jour.

Le coût propre aux structures intermédiaires n'est pas intégré à ces estimations. Son incorporation diminuerait le temps de soins possible dans les limites du coût EMS équivalent. Ce résultat est donc un plancher.

En d'autres termes, l'amélioration théorique a été calculée sur l'hypothèse que tous les résidents en EMS, dont le temps de soins est inférieur ou égal à 1h30<sup>19</sup> par jour et qui n'ont pas d'autres contraintes exigeant des soins en EMS, sont pris en charge par les structures d'aide et de soins à domicile. Le nombre estimé de ces personnes s'élève à 760.

---

<sup>18</sup> Ce chiffre est la projection du nombre de patients ayant besoin d'un lit en EMS en 2010 sur la base des données de 2003 et 2004.

<sup>19</sup> Lors des calculs, cette durée critique est une variable paramétrée.

- 16 -

### 3.2.4. *Calcul du taux d'institutionnalisation*

Le nombre de lits d'EMS nécessaires ces prochaines années a été calculé en appliquant un taux d'institutionnalisation observé à la population projetée. Ce taux est nécessaire pour chaque âge et chaque classe d'âge. Seules les évaluations de la charge en soins PLAISIR® fournissent une distribution des résidents selon l'âge. Toutefois, le nombre de résidents évalués n'est pas identique au nombre de lits exploités (décès avant évaluation etc.). Une standardisation est nécessaire.

Une correction par standardisation permet de passer du nombre de résidents évalués avec PLAISIR® au nombre de lits exploités. L'importance des corrections présentées dans le tableau 3 varie. Par souci de fiabilité, le taux d'institutionnalisation du 1er janvier 2006, très proche de celui du 1er janvier 2007, obtenu avec une correction faible, a été utilisé dans le reste de cette étude.

L'ouverture de plusieurs EMS dans le courant de l'année 2007 explique une large partie de la fluctuation de ce taux de standardisation. La variation du nombre de personnes en attente de placement en EMS, qu'elles soient à domicile ou aux HUG, peut également expliquer une partie de ces différences. Les données disponibles ne permettent pas d'être plus précis.

Les effectifs des cohortes nés entre 1914 et 1918 subissent un fléchissement. Celui-ci aussi contribue à diminuer momentanément les taux d'institutionnalisations observées entre 2005 et 2008.

*Tableau 3 : « Conversion » des évaluations PLAISIR® en lits exploités*

Date des tableaux (1 <sup>er</sup> janvier)	2006	2007	2007	2008	2008	2009
Date PLAISIR®	31.05.2006	31.10.2006	31.05.2007	31.10.2007	31.05.2008	31.10.2008
Date des statistiques de la population	31.12.2005	31.12.2006	31.12.2006	31.12.2007	31.12.2007	31.12.2008
Nombre de résidents évalués	3'135	3'117	3'101	3'200	3'276	3'341
Nombre de lits long séjour exploités	3'272	3'251	3'444	3'441	3'450	3'476
Standardisation en %	3.69	3.62	9.51	6.57	5.04	3.88

Les taux d'institutionnalisation ont donc été calculés, d'une part, à partir du nombre d'évaluation PLAISIR® pour deux dates (31.05 et 31.10) des années 2006, 2007 et 2008 et, d'autre part, à partir des statistiques de la

- 17 -

population au 31 décembre de chaque année<sup>20</sup>. Ni le nombre de journées d'hébergement, ni le nombre moyen de lits au cours de l'année ne sont utilisés.

Les taux d'institutionnalisations utilisés pour les projections sont ceux du 31 mai 2006 (voir tableaux 7 à 9).

### 3.3. Résultats

#### 3.3.1. Effectifs projetés pour la population

La distribution en classes quinquennales de la population genevoise de 2005 à 2008 est présentée dans les tableaux 4 à 6.

Tableau 4 : Population de référence regroupée par classes d'âge quinquennales et par genre

Classe d'âge	2006			2007			2008			2009			2010		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total									
0-4	185699	190724	376423	187517	191913	379430	187965	192079	380044	190205	193898	384101			
5-9	8445	9779	18224	8535	10150	18685	8883	10572	19455	9204	11008	20212			
10-14	6839	8701	15540	7033	8889	15922	7085	8761	15846	7226	8858	16085			
15-19	5144	7845	12989	5287	7754	13041	5482	7775	13257	5548	7953	13501			
20-24	3459	6078	9537	3510	6105	9615	3607	6190	9797	3703	6282	9965			
25-29	2583	3531	6114	2724	3781	6505	2828	4038	6866	2924	4282	7206			
30-34	618	1922	2540	629	1848	2477	611	1812	2423	587	1764	2351			
35+	152	865	1017	149	702	851	198	710	908	177	731	908			
Total	211937	229048	440985	214384	230922	445306	216847	231937	448784	218874	234785	453459			

Tableau 5 : Population de référence regroupée selon trois classes d'âge usuelles et par genre

Classe d'âge	2006			2007			2008			2009			2010		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total									
0 à 64	185699	190724	376423	187517	191913	379430	187965	192079	380044	190205	193898	384101			
65 à 79	20428	28129	48557	20855	28593	49448	21470	27108	48578	21978	27820	49798			
80 et +	5810	12196	18006	6012	12416	18428	6212	12750	18962	6491	13049	19540			
Total	211937	229048	440985	214384	230922	445306	216847	231937	448784	218874	234785	453459			

Tableau 6 : Population de référence regroupée selon deux classes d'âge usuelles et par genre

Classe d'âge	2006			2007			2008			2009			2010		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total									
0 à 64	185699	190724	376423	187517	191913	379430	187965	192079	380044	190205	193898	384101			
65 et +	26238	38324	64562	26867	39009	65876	27632	39858	67490	28469	40889	69358			
Total	211937	229048	440985	214384	230922	445306	216847	231937	448784	218874	234785	453459			

<sup>20</sup> Le 31 décembre d'une année et le 1er janvier de l'année suivante sont considérés équivalents. Les ratios entre données PLAISIR® des 31 mai sont calculés avec les statistiques de la population du 1er janvier précédent, ceux du 31 octobre avec celles du 1er janvier suivant. Les valeurs rapportées pour le 1er janvier 2006 sont calculées avec les données de mai 2006. Les autres taux présentés sont calculés avec les valeurs d'octobre.

### 3.3.2. La proportion de personnes en EMS

Les coefficients d'institutionnalisation utilisés sont donnés dans les tableaux 7 à 9.

Tableau 7 : Coefficients d'institutionnalisation par classes d'âge quinquennales

Classe d'âge	2000			2005			2010			2015			2020		
	Hommes	Femmes	Total												
0-64	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%
65-69	0.32%	0.40%	0.36%	0.36%	0.39%	0.38%	0.37%	0.43%	0.40%	0.34%	0.48%	0.42%	0.48%	0.49%	0.42%
70-74	0.99%	1.10%	1.05%	0.94%	1.17%	1.07%	1.00%	1.22%	1.12%	0.94%	1.24%	1.11%	1.24%	1.11%	1.11%
75-79	1.63%	2.61%	2.22%	1.65%	2.46%	2.14%	1.91%	2.81%	2.44%	1.93%	2.58%	2.31%	2.58%	2.31%	2.31%
80-84	3.81%	7.58%	6.22%	3.72%	7.29%	5.99%	3.92%	8.19%	6.62%	4.55%	8.28%	6.90%	8.28%	6.90%	6.90%
85-89	11.94%	17.64%	15.88%	10.59%	16.47%	14.62%	10.46%	17.02%	14.98%	9.00%	17.53%	14.78%	17.53%	14.78%	14.78%
90-94	18.88%	34.57%	30.76%	19.13%	35.96%	31.71%	19.53%	37.20%	32.75%	21.62%	34.62%	31.38%	34.62%	31.38%	31.38%
95+	49.18%	66.04%	62.91%	46.65%	62.81%	59.98%	37.28%	58.06%	54.12%	36.44%	57.50%	53.40%	57.50%	53.40%	53.40%
Total	0.338%	1.108%	0.738%	0.332%	1.062%	0.726%	0.348%	1.154%	0.766%	0.356%	1.149%	0.767%	0.356%	1.149%	0.767%

Tableau 8 : Coefficients d'institutionnalisation selon trois classes d'âge usuelles

Classe d'âge	2000			2005			2010			2015			2020		
	Hommes	Femmes	Total												
0 à 64	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.02%	0.02%	0.01%	0.02%	0.02%	0.01%
65 à 79	0.87%	1.28%	1.0%	0.89%	1.25%	1.09%	0.97%	1.37%	1.19%	0.94%	1.32%	0.41%	1.32%	0.41%	0.41%
80 et +	8.81%	17.94%	14.96%	8.37%	17.48%	14.51%	8.27%	17.69%	14.74%	8.35%	17.62%	14.54%	17.62%	14.54%	14.54%
Total	0.338%	1.108%	0.738%	0.332%	1.062%	0.726%	0.348%	1.154%	0.766%	0.356%	1.149%	0.767%	0.356%	1.149%	0.767%

Tableau 9 : Coefficients d'institutionnalisation selon deux classes d'âge usuelles

Classe d'âge	2000			2005			2010			2015			2020		
	Hommes	Femmes	Total												
0 à 64	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.02%	0.02%	0.01%	0.02%	0.02%	0.01%
65 et +	2.63%	6.58%	4.98%	2.56%	6.42%	4.84%	2.61%	6.65%	5.00%	2.63%	6.53%	4.93%	6.53%	4.93%	4.93%
Total	0.338%	1.108%	0.738%	0.332%	1.062%	0.726%	0.348%	1.154%	0.766%	0.356%	1.149%	0.767%	0.356%	1.149%	0.767%

### 3.3.3. Résultats des projections

3.3.3.1. Gain de longévité stable s'améliorant au rythme actuel (H3) encadré par des hypothèses moins optimistes (H1 et H2) et des hypothèses plus optimistes (H4 et H5) (annexe 1)

La figure de l'annexe 1 montre l'évolution attendue du besoin de lits EMS de 2009 à 2022. Elle permet de comparer visuellement l'effet des diverses hypothèses.

Les cinq courbes en éventail, numérotées H1 à H5, présentent une comparaison des cinq hypothèses relatives à l'évolution de la mortalité. Elles mettent en évidence l'incertitude démographique.

L'hypothèse H3 considère que la longévité continue de s'améliorer au rythme actuel.

- 19 -

L'hypothèse H2 suppose un fléchissement de cette amélioration. Elle réduit le gain de l'hypothèse H3 de six mois en 13 ans. L'hypothèse H1 le réduit d'un an sur treize ans.

Les hypothèses H4 et H5 au contraire postulent une accélération de l'augmentation de la longévité de six mois et un an, sur 13 ans respectivement.

La courbe centrale (H3) traduit donc l'évolution de la population la plus plausible en lits d'EMS nécessaires, si les taux de morbidité actuels et la performance du réseau de soins et de maintien à domicile restent constants. Les courbes H1, H2, H4 et H5 font de même pour les hypothèses de mortalité correspondantes.

L'écart entre les hypothèses est modéré en 2015 (75 lits pour [H2 ; H4] ; 139 lits pour [H1 ; H5]) et logiquement plus important en 2020 (237 lits pour [H2 ; H4] ; 399 lits pour [H1 ; H5]). Par comparaison, l'effet de l'année choisie pour le calcul du taux d'institutionnalisation est d'environ 130 lits sur toute la décade.

L'intersection des droites horizontales rouge et orange avec les courbes H1 à H5 montre l'étendue de la période au cours de laquelle les valeurs de l'hypothèse la plus probable (H3) sont atteintes si la croissance de la population suivait les autres hypothèses.

La valeur de 3'981 personnes nécessitant en lit en EMS en 2015 serait atteinte six mois plus tôt si l'hypothèse H5 devait se vérifier. Au contraire, elle le serait presque un an plus tard si la croissance de la population suivait l'hypothèse H1, soit une étendue de près d'un an et demi. Cet écart est d'environ neuf mois pour les hypothèses H2-H4.

En 2020, pour un nombre de lits prévus de 4621, cet écart est d'un peu plus de trois ans pour les hypothèses H1-H5 et d'un peu plus de un an et demi pour les hypothèses H2-H4.

*3.3.3.2. Résidents EMS actuels qui pourraient être pris en charge autrement (H1-760 et H5-760)*

Ces deux estimations (H1-760 et H5-760) utilisent les hypothèses H1 et H5 complétées par une amélioration théorique, calculée et intemporelle de la prise en charge par les structures d'aides et de soins à domicile. C'est donc l'effet « réseau » maximum, complet, appliqué immédiatement en totalité.

L'estimation du nombre de personnes actuellement prises en charge en EMS et qui pourraient l'être par un réseau amélioré (profitant de structures intermédiaires renforcées pour l'hébergement et pour les soins<sup>21</sup>) est de 760.

---

<sup>21</sup> Foyers de jour, foyers de nuit etc.

- 20 -

Ces personnes ont un temps de soins en EMS inférieur ou égal à 1h30. Elles n'ont pas de troubles qui impliqueraient l'institutionnalisation dans un EMS pour des raisons de sécurité. (voir annexes 3 à 4).

Les courbes en pointillé montrent le nombre de lits qui seraient nécessaires si toutes ces personnes évitaient l'EMS suite à une modification de stratégie de prise en charge et de prestations du réseau de soin.

### 3.3.3.3. *Longévité actuelle stable ou même morbidité à un âge plus avancé (H6)*

Le taux d'institutionnalisation observé au 1er janvier 2006 a été utilisé pour les calculs du besoin en lits des populations projetées avec les hypothèses H1 à H5.

Cela signifie que la morbidité et le handicap observés aujourd'hui aux différents âges ont été appliqués aux mêmes groupes d'âges pour des populations dont l'espérance de vie sera plus élevée. Ce vieillissement de la population augmente le nombre de personnes dans les tranches d'âge avancés, ce qui implique un besoin plus importants en lits.

Toutefois, il n'est pas possible de savoir si les années supplémentaires de vie seront des années en bonne santé et sans handicap ou au contraire des années de maladie avec plus de handicap.

Si la durée de vie sans maladie augmente plus que la durée de vie, on parle de compression de la morbidité. Cette notion est populationnelle.

Pendant, si cette amélioration concerne le 75 % des personnes qui n'auraient pas eu besoin d'un EMS, sans affecter la durée et la sévérité du handicap et de la maladie des 25% restant, l'expérience collective est celle d'une amélioration de la morbidité, sans réduction du besoin en lits. La proportion de personnes malades ou handicapées au point de nécessiter un EMS resterait constante. Elle pourrait même augmenter sous l'effet des soins médicaux, quand bien même ceux-ci contribuent au gain global de santé.

De plus, les diverses pathologies ne suivent pas nécessairement la même évolution. Ainsi, il semble que les démences soient attachées à l'âge chronologique. Elles apparaîtraient ainsi au même âge et la durée de maladie augmenterait puisque la longévité augmente. Il en va de même de plusieurs affections chroniques.

Il existe, au contraire, d'autres affections qui dépendent de l'âge biologique qui est défini comme l'âge apparent ; c'est à dire celui qui reflète l'état de santé.

- 21 -

L'hypothèse H6 est particulière. Elle utilise la longévité actuelle sans tenir compte de son évolution. L'effet consiste donc à vieillir la population actuelle pour définir la taille des groupes d'âge qui seraient bénéficiaires de prestations, sans allonger leur espérance de vie. Cette hypothèse permet de définir un besoin en lits minimal, indispensable, pour une compression complète de la morbidité de durée égale au changement de longévité.

Cette hypothèse définit donc le niveau plancher du besoin de soins total avant l'introduction de la stratégie « réseau » pour une progression moyenne de la longévité. Elle fait l'hypothèse que la totalité de la durée de vie supplémentaire se réalise en bonne santé et sans handicap. La population aurait donc, dans dix ans, l'âge apparent actuel à un âge chronologique d'un an et demi plus élevé.

Comme dans le cas précédant, seule la courbe centrale de la famille démographique est présentée dans le graphique. Le cumul des stratégies d'orientation avec H6 n'est pas montré.

#### **4. Considérations générales**

Actuellement, nous ne pouvons pas encore prédire l'impact des stratégies d'orientation du réseau de soins afin d'éviter une institutionnalisation des personnes âgées en EMS et donc d'un besoin de lits d'EMS inférieur à celui découlant de la progression démographique.

En revanche, l'impact maximum de la mise en place du réseau ainsi que la durée minimale qu'il faut attendre avant d'en observer les effets complets sont prévisibles et mesurables.

Le temps de résidence moyen des personnes qui entrent actuellement en institution est d'environ trois ans. Même si les nouvelles stratégies de soins sont mises en œuvre très rapidement, l'effet sur le nombre de lits nécessaires sera "amorti" par cette durée moyenne.

En effet, il n'est pas envisageable de remplacer une prise en charge institutionnelle par une prise en charge de maintien à domicile pour toutes les personnes déjà en institution. De plus, l'orientation des nouvelles entrées ne deviendra optimale qu'après un certain temps.

Malgré ce constat, le faible écart, en 2015, entre le nombre de lits projetés par les scénarii permet de considérer les prévisions réalisées pour cette même année comme fiables. Pour les prévisions 2020, l'effet du réseau de soins devra être mesuré avant que l'on puisse se déterminer.

Afin de poursuivre et améliorer les résultats de la planification, surtout pour la période 2015-2020, il est absolument nécessaire de procéder à une évaluation annuelle détaillée du fonctionnement du réseau. Ce processus de

- 22 -

contrôle est une condition indispensable à l'éventuel ajustement des projections qui permettra de préciser les besoins.

Sur la base de ces ajustements, le canton devra alors réviser sa planification pour s'assurer que l'offre nécessaire à couvrir les besoins sera disponible.

Dans le cadre du réajustement de cette planification roulante, les réflexions sur les autres hypothèses, notamment la compression de la morbidité, l'effet de la structure des ménages et le vieillissement des proches aidants auxquels le comité de pilotage a dû renoncer pour ce cycle de planification devront être reprises. Le projet de reconversion de l'hôpital de Beau-Séjour, qui ajouterait 150 lits d'EMS, devra également en faire partie.

Le résultat de ce rapport démontre qu'il existe encore une certaine imprécision des projections au delà de 2015. L'objectif général d'économicité d'une part et l'obtention des ressources garantissant l'accès aux soins d'autre part ne peuvent être atteints que par une adaptation rapide (trois ans) du « parc » de lits EMS et en tenant compte de projections à cinq ans maximum.

## 5. Conclusions

Sur la base des projections faites dans ce rapport (courbe H3), et sans changement de la politique en matière d'orientation des personnes âgées dépendantes, ce serait l'équivalent de **942 lits supplémentaires d'EMS** qu'il faudrait construire jusqu'à la fin de la période décennale 2010-2022. Ce chiffre exprime la différence entre 4907 lits en terme de besoin exprimé issu des projections démographiques et les **3965 lits** d'ores et déjà prévus dans le cadre de la planification 2001-2010.

Or, et avec la loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile, la volonté du Conseil d'Etat et du législateur est précisément celle de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées, en développant ainsi les différentes mesures alternatives à leur institutionnalisation en EMS

Le "maintien à domicile" se décline par des prestations d'aide, de soins et d'accompagnement par la FSASD soit :

- dans l'habitat "originel" de la personne âgée (à savoir à domicile) ;
- dans des structures intermédiaires (immeubles avec encadrement, foyers de jour ou de nuit, unités d'accueil temporaire).

La mise en place du réseau de soins doit permettre d'éviter des entrées en EMS de personnes âgées pour qui des alternatives plus appropriées existent. Aussi et comme indiqué dans ce rapport, et sur la base des soins prodigués en

- 23 -

EMS inférieurs à 1h30 par jour et par résidant, ce sont 760 personnes qui pourraient, soit :

a) rester à domicile avec des soins et des aides accrues de la FSASD pour 1/3 de celles-ci soit 260 personnes ;

b) être prises en charge dans des structures plus légères que les EMS (prestations dans des structures intermédiaires) pour 2/3 de celles-ci, soit 500 personnes.

Cette option s'inscrit dans la ligne de la politique cantonale de prise en charge des personnes âgées et tient compte de la distinction entre le niveau de soins requis d'une personne âgée et de son niveau de dépendance pour les gestes de la vie quotidienne.

En effet la décision d'institutionnaliser une personne âgée en EMS ne dépend pas exclusivement des heures de soins que celle-ci nécessite, mais aussi de son niveau de dépendance. La dépendance des personnes âgées, qui par ailleurs est aujourd'hui mal reconnue par les assurances-maladie, implique souvent une institutionnalisation en EMS, alors que l'état de santé physiologique de la personne âgée peut être qualifié de satisfaisant.

Enfin, et s'agissant de la différence entre les 760 et les 942 susmentionnés, soit l'équivalent de 182 personnes âgées, celle-ci correspondrait de fait au nombre de nouveaux lits d'EMS à construire.

Aussi, sur la base de ce rapport et en synthèse, les recommandations au Conseil d'Etat sont les suivantes:

1. Mettre en place un programme de construction de **500 lits de structures intermédiaires** (appartements protégés de type D2) à l'horizon 2022.

2. Poursuivre le dispositif de **maintien à domicile** des personnes âgées concernées afin d'éviter la construction de **260 places** .

3. Autoriser **la construction additionnelle d'au maximum 180 lits d'EMS** aux 3965 lits d'ores et déjà prévus, soit 4145 lits à l'horizon 2022.

La recommandation No 3 s'accompagne des deux remarques complémentaires suivantes :

a) Si d'aventure l'option préconisée de mettre un accent vers la mise à disposition des lits de structures intermédiaires plutôt des lits classiques de type EMS devait être trop "ambitieuse", il restera la réserve envisagée de l'hôpital de Beau-Séjour. En effet, il faut rappeler que le site hospitalier de Beau-Séjour doit être converti en EMS (selon la planification hospitalière) dès la mise à disposition du BDL2 et la rénovation du BDL1 des Hôpitaux Universitaires de Genève (équivalent de 150 lits) à l'horizon 2020 ;

- 24 -

b) Les 180 nouveaux lits d'EMS concernent bien entendu l'augmentation nette de la capacité de lits d'EMS à prévoir. En ce sens, toute fermeture "**complète**" non programmée à ce jour (ex.: EMS annonçant une fin de bail ou ne répondant plus aux normes) ou "**partielle**" (ex : réduction de chambres à deux lits) de lits d'EMS devra être, en principe, compensée par "l'ouverture" d'un nombre de lits équivalent.

Enfin, les recommandations et options susmentionnées doivent s'accompagner des mesures suivantes :

- assurer une révision à intervalle régulier de la présente planification roulante en assurant un suivi attentif et une mise à jour annuelle des hypothèses démographiques, ceci afin de pouvoir ajuster régulièrement le nombre de lits à planifier, à construire et à exploiter ;
- vérifier que les prix et les modes de financement ainsi que la répartition des coûts soient en adéquation avec la politique publique de maintien à domicile que le Conseil d'Etat a défini ;
- réorienter certains projets de construction vers des structures intermédiaires de type « appartements protégés » ;
- assurer que la mise en œuvre du réseau de soins soit conforme aux objectifs de la loi et régulièrement adaptée aux résultats de la planification ».

*Annexes :*

- 1. Figure et tableaux complémentaires
  - Figure 1 : Besoin en lits d'EMS (toutes les hypothèses)
  - Tableau 1 : Projection du nombre de lits nécessaires au premier janvier de chaque année selon six hypothèses de mortalité
  - Tableau 2 : Effectif des résidents des EMS évalués avec la méthode PLAISIR® par classes d'âge quinquennales et par genre
  - Tableau 3 : Effectif des résidents des EMS évalués avec la méthode PLAISIR® selon trois classes d'âge usuelles et par genre
  - Tableau 4 : Effectif des résidents des EMS évalués avec la méthode PLAISIR® selon deux classes d'âge usuelles et par genre
  - Tableau 5 : Population de référence regroupée par classes d'âge quinquennales et par genre
  - Tableau 6 : Population de référence regroupée selon trois classes d'âge usuelles et par genre
  - Tableau 7 : Population de référence regroupée selon deux classes d'âge usuelles et par genre
- 2. 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
- 3. 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
- 4. 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®

## **Annexe 1**

### **Figure et tableaux complémentaires**

Figure 1 : Besoin en lits d'EMS ... (toutes les hypothèses)

### Besoin en lits d'EMS au 1er janvier de 2009 à 2022 selon diverses hypothèses démographiques et le taux d'institutionnalisation observé au 1<sup>er</sup> janvier 2006

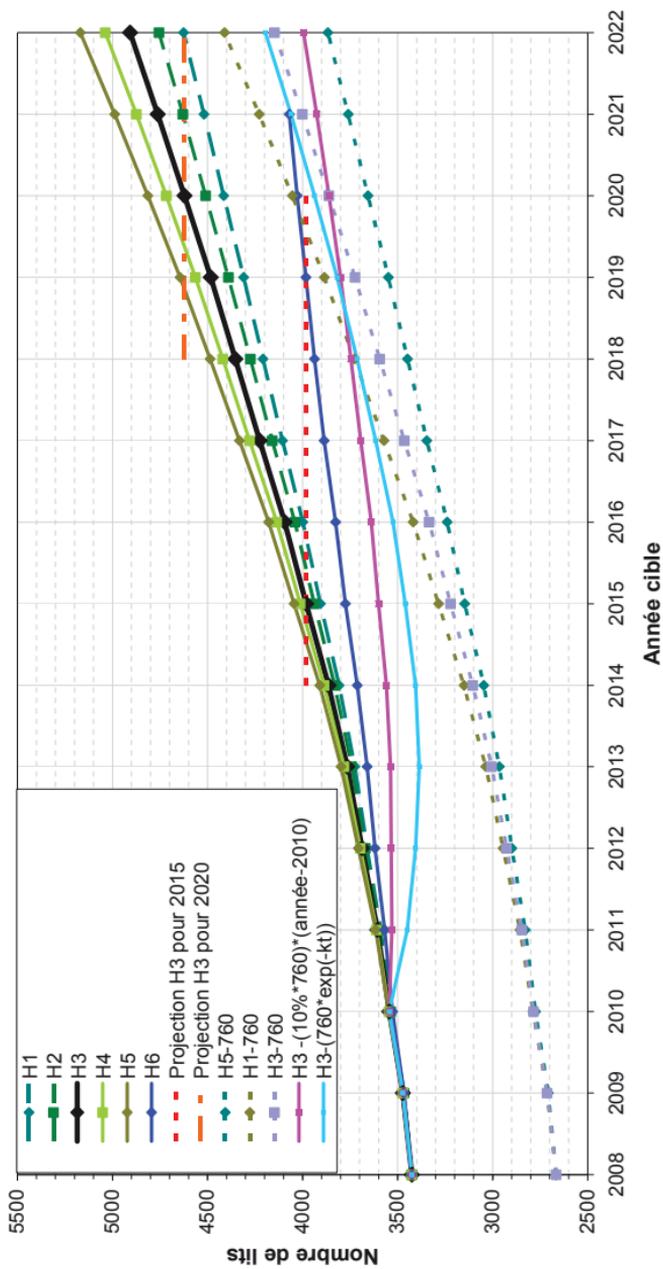


Tableau 1 : Projection du nombre de lits nécessaires au premier janvier de chaque année selon six hypothèses de mortalité

Année cible	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
<b>Nombre de lits</b>																
H3 & taux 2006	3425	3472	3544	3600	3658	3705	3863	3981	4094	4222	4353	4483	4621	4761	4907	5063
H3 & taux 2007	3315	3362	3430	3486	3543	3600	3751	3861	3970	4092	4224	4354	4493	4634	4779	4926
H3 & taux 2008	3477	3543	3613	3683	3752	3822	3985	4096	4215	4345	4485	4633	4781	4931	5082	5234
Moy-Mén 3	112	116	113	113	124	123	131	128	126	134	129	142	148	149	157	163
H3 & taux 2006	3425	3467	3534	3589	3653	3725	3877	3995	4108	4236	4368	4504	4643	4786	4933	5083
H3 & taux 2007	3425	3467	3534	3589	3653	3725	3877	3995	4108	4236	4368	4504	4643	4786	4933	5083
H3 & taux 2008	3425	3472	3544	3600	3658	3705	3863	3981	4094	4222	4353	4483	4621	4761	4907	5063
H4 & taux 2006	3425	3472	3546	3611	3676	3741	3896	4012	4135	4278	4419	4563	4717	4873	5037	5207
H4 & taux 2008	3425	3472	3547	3597	3709	3829	4044	4175	4332	4486	4644	4814	4987	5170	5363	5570
Moy-Mén 3	5	5	7	7	11	11	16	16	19	19	24	24	27	27	33	33
Moy-Mén 5	5	5	7	7	11	11	16	16	19	19	24	24	27	27	33	33
H6 & Taux 2006 - Mortalité constante	3425	3467	3527	3566	3619	3665	3712	3774	3836	3887	3957	3983	4028	4070		
<b>Accroissement par rapport au 31.12.2008 (3441)</b>																
H3 & taux 2006	-16	26	86	127	178	218	271	333	385	448	498	542	588	620	658	697
H3 & taux 2007	-126	-81	11	57	128	218	310	420	529	648	783	912	1043	1181	1320	1468
H3 & taux 2008	-14	35	102	172	253	341	441	547	655	771	904	1047	1192	1340	1492	1648
H3 & taux 2009	-53	-48	57	129	213	298	392	489	597	718	840	965	1093	1223	1361	1507
Moy-Mén 3	116	116	113	113	124	123	131	127	126	134	129	142	148	149	157	163
H1 & Taux 2006	-18	26	93	148	218	294	366	465	577	695	828	974	1124	1278	1436	1597
H2 & Taux 2006	-18	26	95	153	228	300	389	497	608	738	883	1043	1208	1378	1553	1732
H3 & Taux 2006	-16	26	95	153	228	300	389	497	608	738	883	1043	1208	1378	1553	1732
H4 & Taux 2006	-16	26	95	153	228	300	389	497	608	738	883	1043	1208	1378	1553	1732
H4 & Taux 2008	-16	26	95	153	228	300	389	497	608	738	883	1043	1208	1378	1553	1732
H4 & Taux 2009	-16	26	95	153	228	300	389	497	608	738	883	1043	1208	1378	1553	1732
Moy-Mén 3	-16	31	106	175	264	356	449	548	653	777	891	1045	1203	1373	1548	1729
Moy-Mén 5	5	5	7	7	11	11	16	16	19	19	24	24	27	27	33	33
Moy-Mén 5	5	5	7	7	11	11	16	16	19	19	24	24	27	27	33	33
H6 & Taux 2006 - Mortalité constante	-18	26	86	127	178	218	271	333	385	448	498	542	588	620	658	697
H6 & Taux 2007	0	0	7	21	40	65	95	132	173	219	271	326	386	449	516	585
H6 & Taux 2008	0	0	7	21	40	65	95	132	173	219	271	326	386	449	516	585
H6 & Taux 2009	0	0	7	21	40	65	95	132	173	219	271	326	386	449	516	585
Ecart Entre mortalité constante et H3	0	0	19	38	60	81	104	129	164	215	273	337	401	471	546	624
Ecart Entre mortalité constante et H4	0	0	19	38	60	81	104	129	164	215	273	337	401	471	546	624
Ecart Entre mortalité constante et H5	0	0	19	38	60	81	104	129	164	215	273	337	401	471	546	624
Ecart Entre mortalité constante et H6	0	0	19	38	60	81	104	129	164	215	273	337	401	471	546	624
Ecart Entre mortalité constante et H7	0	0	19	38	60	81	104	129	164	215	273	337	401	471	546	624
Ecart Entre mortalité constante et H8	0	0	19	38	60	81	104	129	164	215	273	337	401	471	546	624
Ecart Entre mortalité constante et H9	0	0	19	38	60	81	104	129	164	215	273	337	401	471	546	624
Ecart Entre mortalité constante et H10	0	0	19	38	60	81	104	129	164	215	273	337	401	471	546	624
Ecart Entre mortalité constante et H11	0	0	19	38	60	81	104	129	164	215	273	337	401	471	546	624
Ecart Entre mortalité constante et H12	0	0	19	38	60	81	104	129	164	215	273	337	401	471	546	624
Ecart Entre mortalité constante et H13	0	0	19	38	60	81	104	129	164	215	273	337	401	471	546	624
Ecart Entre mortalité constante et H14	0	0	19	38	60	81	104	129	164	215	273	337	401	471	546	624
Ecart Entre mortalité constante et H15	0	0	19	38	60	81	104	129	164	215	273	337	401	471	546	624
Ecart Entre mortalité constante et H16	0	0	19	38	60	81	104	129	164	215	273	337	401	471	546	624
Ecart Entre mortalité constante et H17	0	0	19	38	60	81	104	129	164	215	273	337	401	471	546	624
Ecart Entre mortalité constante et H18	0	0	19	38	60	81	104	129	164	215	273	337	401	471	546	624
Ecart Entre mortalité constante et H19	0	0	19	38	60	81	104	129	164	215	273	337	401	471	546	624
Ecart Entre mortalité constante et H20	0	0	19	38	60	81	104	129	164	215	273	337	401	471	546	624
Ecart Entre mortalité constante et H21	0	0	19	38	60	81	104	129	164	215	273	337	401	471	546	624
Ecart Entre mortalité constante et H22	0	0	19	38	60	81	104	129	164	215	273	337	401	471	546	624
Ecart Entre mortalité constante et H23	0	0	19	38	60	81	104	129	164	215	273	337	401	471	546	624
Ecart Entre mortalité constante et H24	0	0	19	38	60	81	104	129	164	215	273	337	401	471	546	624
Ecart Entre mortalité constante et H25	0	0	19	38	60	81	104	129	164	215	273	337	401	471	546	624
Ecart Entre mortalité constante et H26	0	0	19	38	60	81	104	129	164	215	273	337	401	471	546	624
Ecart Entre mortalité constante et H27	0	0	19	38	60	81	104	129	164	215	273	337	401	471	546	624
Ecart Entre mortalité constante et H28	0	0	19	38	60	81	104	129	164	215	273	337	401	471	546	624
Ecart Entre mortalité constante et H29	0	0	19	38	60	81	104	129	164	215	273	337	401	471	546	624
Ecart Entre mortalité constante et H30	0	0	19	38	60	81	104	129	164	215	273	337	401	471	546	624
Ecart Entre mortalité constante et H31	0	0	19	38	60	81	104	129	164	215	273	337	401	471	546	624
Ecart Entre mortalité constante et H32	0	0	19	38	60	81	104	129	164	215	273	337	401	471	546	624
Ecart Entre mortalité constante et H33	0	0	19	38	60	81	104	129	164	215	273	337	401	471	546	624
Ecart Entre mortalité constante et H34	0	0	19	38	60	81	104	129	164	215	273	337	401	471	546	624
Ecart Entre mortalité constante et H35	0	0	19	38	60	81	104	129	164	215	273	337	401	471	546	624
Ecart Entre mortalité constante et H36	0	0	19	38	60	81	104	129	164	215	273	337	401	471	546	624
Ecart Entre mortalité constante et H37	0	0	19	38	60	81	104	129	164	215	273	337	401	471	546	624
Ecart Entre mortalité constante et H38	0	0	19	38	60	81	104	129	164	215	273	337	401	471	546	624
Ecart Entre mortalité constante et H39	0	0	19	38	60	81	104	129	164	215	273	337	401	471	546	624
Ecart Entre mortalité constante et H40	0	0	19	38	60	81	104	129	164	215	273	337	401	471	546	624
Ecart Entre mortalité constante et H41	0	0	19	38	60	81	104	129	164	215	273	337	401	471	546	624
Ecart Entre mortalité constante et H42	0	0	19	38	60	81	104	129	164	215	273	337	401	471	546	624
Ecart Entre mortalité constante et H43	0	0	19	38	60	81	104	129	164	215	273	337	401	471	546	624
Ecart Entre mortalité constante et H44	0	0	19	38	60	81	104	129	164	215	273	337	401	471	546	624
Ecart Entre mortalité constante et H45	0	0	19	38	60	81	104	129								

Tableau 2 : Effectif des résidents des EMS évalués avec la méthode PLAISIR® par classes d'âge quinquennales et par genre

Classes quinqué 40 à 44	30.05.2006		31.10.2006		31.05.2007		31.10.2007		31.05.2008		31.10.2008	
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
40 à 44	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2
45 à 49	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2
50 à 54	1	2	3	1	4	5	1	4	5	1	6	7
55 à 59	5	3	8	6	3	9	3	14	9	6	15	20
60 à 64	17	10	27	15	11	26	15	29	15	14	29	18
65 à 69	26	38	64	30	38	68	41	71	32	44	76	50
70 à 74	65	92	157	64	98	162	64	97	161	56	106	173
75 à 79	81	192	273	84	185	269	95	198	293	97	204	301
80 à 84	127	444	571	126	429	555	149	459	587	149	469	618
85 à 89	182	600	782	176	597	773	622	795	167	654	821	177
90 à 94	112	640	752	116	641	757	108	610	718	102	623	725
95 et +	72	423	495	67	425	492	55	373	428	57	324	451
Total	690	2445	3135	687	2450	3117	679	2422	3101	692	2508	3200

Tableau 3 : Effectif des résidents des EMS évalués avec la méthode PLAISIR® selon trois classes d'âge usuelles et par genre

Classes d'âge	30.05.2006		31.10.2006		31.05.2007		31.10.2007		31.05.2008		31.10.2008	
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
0 à 64	25	16	41	24	17	41	29	22	52	23	29	52
65 à 79	172	322	494	178	321	499	169	336	505	185	348	533
80 et +	493	2107	2600	485	2092	2577	465	2064	2529	478	2137	2615
Total	690	2445	3135	687	2430	3117	679	2422	3101	692	2508	3200

Tableau 4 : Effectif des résidents des EMS évalués avec la méthode PLAISIR® selon deux classes d'âge usuelles et par genre

Classes d'âge	30.05.2006		31.10.2006		31.05.2007		31.10.2007		31.05.2008		31.10.2008	
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
0 à 64	25	16	41	24	17	41	29	22	52	23	29	52
65 et +	665	2429	3094	663	2413	3076	654	2400	3054	663	2485	3148
Total	690	2445	3135	687	2430	3117	679	2422	3101	692	2508	3200

Ces trois tableaux mettent en évidence l'augmentation des personnes de moins de 65 ans dans les EMS.

Tableau 5 : Population de référence regroupée par classes d'âge quinquennales et par genre

Classe d'âge	2006			2007			2008			2009		
	Hommes	Femmes	Total									
0-64	185699	190724	376423	187517	191913	379430	187965	192079	380044	190205	193896	384101
65-69	8445	9779	18224	8535	10150	18685	8893	10572	19465	9204	11008	20212
70-74	6839	8701	15540	7033	8689	15722	7085	8761	15846	7226	8859	16085
75-79	5144	7645	12789	5287	7754	13041	5492	7775	13267	5548	7953	13501
80-84	3459	6078	9537	3510	6105	9615	3607	6190	9797	3703	6292	9995
85-89	1583	3531	5114	1724	3761	5485	1828	4038	5866	2024	4262	6286
90-94	616	1922	2538	629	1848	2477	611	1812	2423	587	1764	2351
95+	152	665	817	149	702	851	166	710	876	177	731	908
<b>Total</b>	<b>211937</b>	<b>229045</b>	<b>440982</b>	<b>214384</b>	<b>230922</b>	<b>445306</b>	<b>215647</b>	<b>231937</b>	<b>447584</b>	<b>218674</b>	<b>234765</b>	<b>453439</b>

Tableau 6 : Population de référence regroupée selon trois classes d'âge usuelles et par genre

Classe d'âge	2006			2007			2008			2009		
	Hommes	Femmes	Total									
0 à 64	185699	190724	376423	187517	191913	379430	187965	192079	380044	190205	193896	384101
65 à 79	20428	26125	46553	20855	26593	47448	21470	27108	48578	21978	27820	49798
80 et +	5810	12196	18006	6012	12416	18428	6212	12750	18962	6491	13049	19540
<b>Total</b>	<b>211937</b>	<b>229045</b>	<b>440982</b>	<b>214384</b>	<b>230922</b>	<b>445306</b>	<b>215647</b>	<b>231937</b>	<b>447584</b>	<b>218674</b>	<b>234765</b>	<b>453439</b>

Tableau 7 : Population de référence regroupée selon deux classes d'âge usuelles et par genre

Classe d'âge	2006			2007			2008			2009		
	Hommes	Femmes	Total									
0 à 79	206127	216849	422976	208372	218506	426878	209436	219187	428622	212183	221716	433899
80 et +	5810	12196	18006	6012	12416	18428	6212	12750	18962	6491	13049	19540
<b>Total</b>	<b>211937</b>	<b>229045</b>	<b>440982</b>	<b>214384</b>	<b>230922</b>	<b>445306</b>	<b>215647</b>	<b>231937</b>	<b>447584</b>	<b>218674</b>	<b>234765</b>	<b>453439</b>

## **Annexe 2**

### **Projection des besoins en lits EMS à Genève pour la période 2009-2020**

**juin 2009**

Philippe Wanner,  
Sarah Fall  
(sur mandat de la Direction générale de la santé)

Laboratoire de démographie et d'études familiales  
Université de Genève  
Boulevard du Pont d'Arve 40, 1211 Genève 4

(Adresse électronique [Philippe.Wanner@unige.ch](mailto:Philippe.Wanner@unige.ch))<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Les auteurs se sont inspirés d'un texte présentant les caractéristiques démographiques de Genève, rédigé par Dr. Blaise Martin, médecin cantonal ; pour certaines simulations, ils ont utilisé un modèle de projection dont les hypothèses avaient été préparées par Jonathan Zufferey.

## Introduction

Le Département de la santé publique du Canton de Genève a donné le mandat au Laboratoire de démographie et d'études familiales de l'Université de Genève de réviser les projections des besoins en lits EMS à l'horizon de 2020. Le médecin cantonal, Dr Blaise Martin, a accompagné l'élaboration de ces projections et fourni les données nécessaires à ces calculs.

Le présent rapport est articulé en plusieurs parties. Le premier chapitre discute l'état actuel de la situation démographique genevoise tout en mettant en évidence les caractéristiques de son dynamisme, par une analyse des tendances observées au cours des deux dernières décennies. Cette partie descriptive représente le point de départ d'un exercice prospectif qui doit nécessairement tenir compte de la situation présente.

Dans un deuxième chapitre, le rapport discute les projections démographiques (par sexe et âge) existant à Genève et teste leur sensibilité par rapport à l'évolution démographique. En particulier, on s'attachera à montrer en quoi des variations de la mortalité ou des flux migratoires peuvent conduire à des imprécisions concernant l'estimation de la population âgée. Un modèle de projection démographique est également retenu pour la suite de l'analyse, et décrit.

Un autre élément intervenant sur la demande en soin et l'environnement de vie de la personne âgée. En particulier, il est avéré que la présence d'un conjoint dans le ménage joue un rôle sur le maintien à domicile pour des personnes en perte de dépendance. Il importe dès lors de mettre en évidence les évolutions dans les comportements familiaux, ce qui sera également fait dans ce deuxième chapitre.

Le troisième chapitre discute pour sa part des méthodes de projections des lits en EMS et de la prise en charge de la dépendance. Les méthodes seront présentées dans le détail. A ce propos, on utilise les résultats de l'Enquête suisse sur la santé (ESS) 2007 pour, dans une première étape, mesurer l'effectif de la population dépendante et, ensuite, pour projeter cet effectif dans le futur. A partir de ces projections de la dépendance, on calcule les besoins en soins.

Le chapitre 4 présentera pour sa part les résultats des projections de lits effectuées.

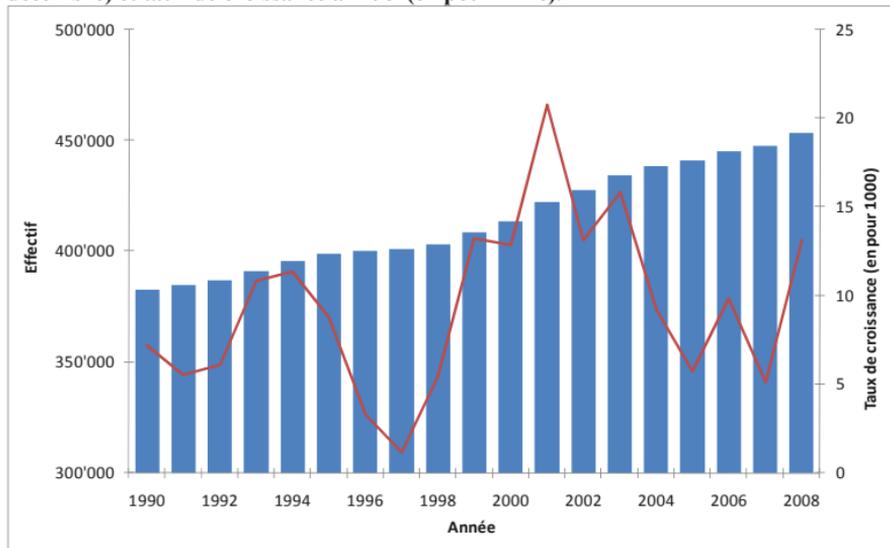
Ce document, dans son état de draft, comprend pour le moment les chapitres 1 et 2 (à l'exception de l'analyse des tendances en matière de composition du ménage et de leur impact sur la prise en charge des personnes en situation de dépendance). Les autres chapitres seront rédigés dès réception des données de l'Enquête suisse sur la santé.

## 1. La situation démographique à Genève en 2009

### 1.1 Croissance démographique générale

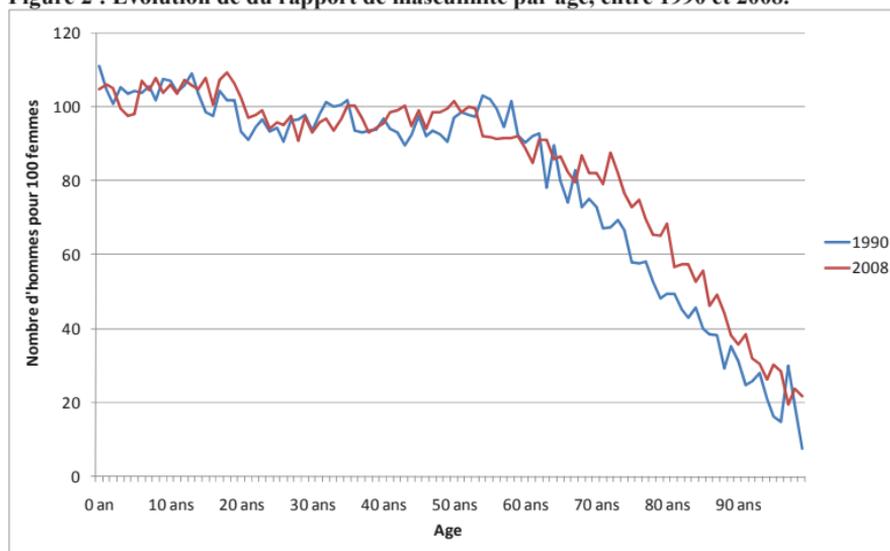
La population du canton de Genève a connu un accroissement ininterrompu depuis plus de 50 ans. Alors qu'elle était de 202 556 personnes en 1950, elle a atteint fin 2007 l'effectif de 453 439 personnes, soit un effectif multiplié par plus de deux. La figure 1 permet d'observer d'une part l'augmentation régulière de la population (barres bleues), mais d'autre part aussi certaines fluctuations dans la croissance au cours des dernières années (courbe en rouge), avec un fléchissement entre 1995 et 1999, suivi d'une reprise. Le taux de croissance annuel a atteint en effet la valeur de 20 pour mille en 2001, alors qu'il était proche de zéro quatre ans plus tôt.

**Figure 1 : Evolution de la l'effectif de la population genevoise entre 1990 et 2008 (au 31 décembre) et taux de croissance annuel (en pour mille).**



Sources : Données OCSTAT

Les données genevoises attestent d'une majorité féminine dans la population. En 1990, on comptait 91 hommes pour 100 femmes, un rapport de masculinité qui a augmenté légèrement pour s'établir à 93 hommes pour 100 femmes. Ainsi que l'indique la figure 2, ce sont surtout aux âges avancés que le rapport s'est modifié : la sur-représentation féminine après 70 ans, qui se traduit sur le graphique par une forte baisse du rapport de masculinité, tend à s'atténuer quelque peu.

**Figure 2 : Evolution de du rapport de masculinité par âge, entre 1990 et 2008.**

Sources : Données OCSTAT

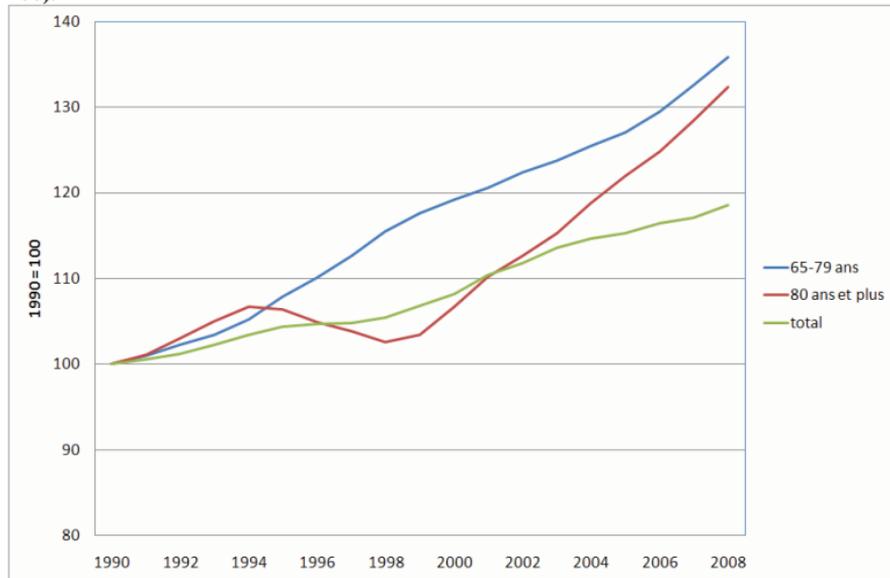
Dans le contexte de la planification médico-sociale, les 65 ans et plus et les 80 ans et plus représentent deux groupes à privilégier au moment de l'analyse. Ces groupes d'âge ont été caractérisés par une croissance plus importante que celle de la population totale. Entre le 31 décembre 1990 et le 31 décembre 2008, la population âgée de 65 à 79 ans a augmenté de 36%, celle âgée de 80 ans et plus de 32%. Dans le même temps, la population totale s'est accrue de 18% (Figure 3). On notera cependant, parmi les 80 ans et plus, une courte période de décroissance démographique expliquée par des effets de générations : les générations nées autour de 1918 étaient relativement peu nombreuses, suite à la situation sanitaire de l'époque (grippe espagnole ayant diminué fortement la natalité dans la population). Il est dès lors logique que, quelque 80 années plus tard, le nombre des entrants dans le groupe d'âges 80 ans et plus soit en diminution.

En termes absolus, l'accroissement annuel moyen depuis 1990 fut de +995 personnes pour les 65 ans et plus (+730 pour les 65-69 ans, +265 pour les 80 ans et plus). Le rythme d'accroissement s'est cependant accru durant le début de la décennie 2000 (période 2000-2008), puisque l'on compta un accroissement de +762 résidents de 65-79 ans (contre +704 au cours de la décennie précédente) et de +473 résidents de 80 ans et plus (contre +99 pour la période 1990-2000). Le fort accroissement de la classe d'âges des 80 ans et plus s'explique par l'arrivée à ces âges des personnes appartenant aux générations nées entre 1920 et 1928. Le nombre de naissances dans ces générations fut plus nombreux que celui des générations nées au cours de la seconde moitié des années 1910.

Comparativement à la croissance démographique totale du canton de Genève (croissance annuelle moyenne de +3104 dans la décennie 1990, et de +4982 entre 2000 et 2008), les classes d'âge eurent une contribution qui est restée relativement modeste, et tend même à diminuer. En effet, ces classes d'âges participèrent à raison de 23% (65-79 ans) et 7% (80 ans et plus) au cours de la première décennie, et de respectivement 15% et 9% au cours de la

décennie en cours. La plus grande part de la croissance démographique est due aux âges actifs.

**Figure 3 : Evolution de la population entre 1990 et 2008, selon le groupe d'âge (1990 = 100).**

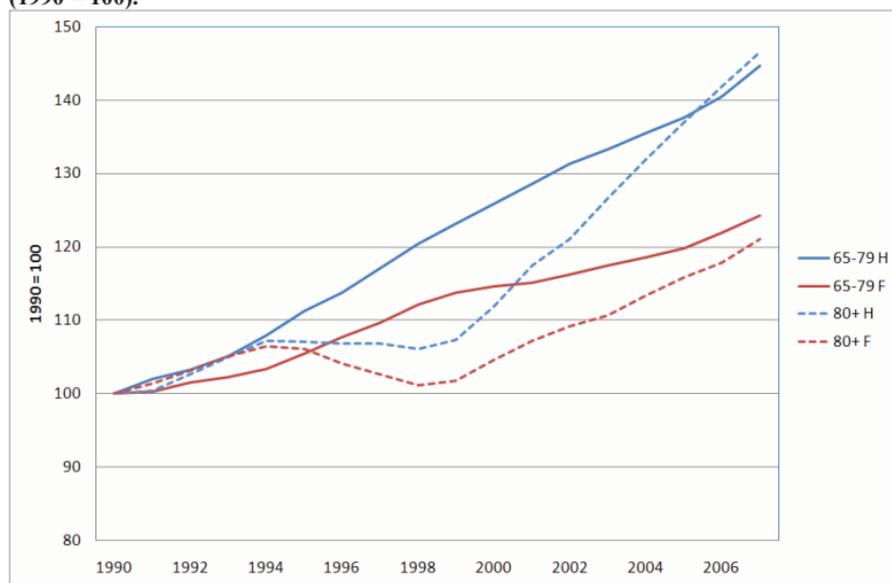


Sources : Données OCSTAT

Des taux de croissance différents ont caractérisé les 65-79 ans et les 80 ans et plus, en fonction du sexe. Pour les 65-79 ans, la croissance a été continue entre 1990 et 2008, avec cependant une légère inflexion dès la fin des années 1990 pour les femmes. Par contre, la croissance de la population de 80 ans et plus a été plus accidentée. A une période de croissance modérée au début des années 1990 a succédé une stabilisation (hommes) ou diminution (femmes) de l'effectif de ce groupe entre 1994 et 1998 (lorsqu'arrivèrent à cet âge les « petites » générations de la Première Guerre mondiale); ensuite de quoi, le groupe des hommes âgés s'est caractérisé par un niveau de croissance particulièrement élevé au cours des dix dernières années d'observation, tandis que les femmes ont vu leur effectif évoluer plus lentement (Figure 4). Cette différence dans les taux de croissance aux grands âges entre hommes et femmes s'explique très certainement par un recul un peu plus rapide de la mortalité des hommes, comparativement aux femmes, après 1990. Cependant, les femmes restent fortement majoritaires après 65 ans, ainsi que l'attestait la figure 2. Dans le futur, on s'attend à une poursuite des tendances, à savoir une croissance plutôt élevée des 80 ans et plus.

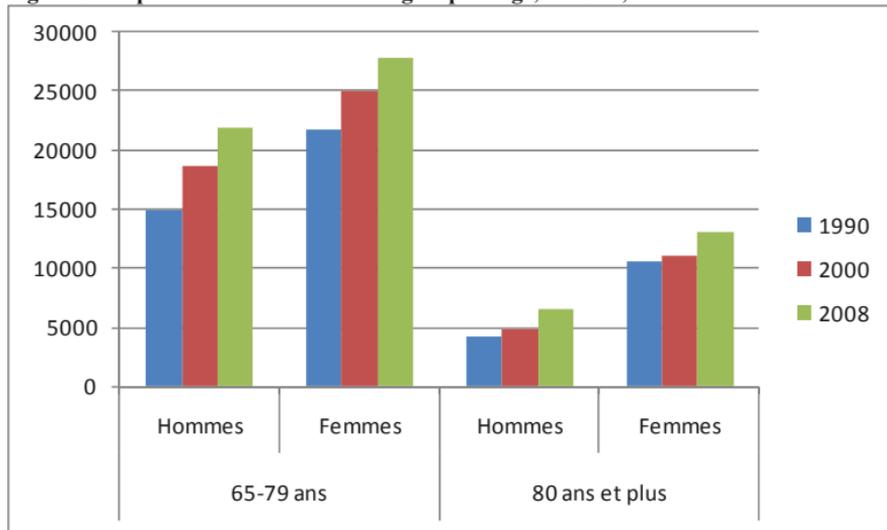
En termes numériques, la progression est cependant relativement équilibrée en fonction du sexe. Pour la période 2000-2008, la croissance annuelle moyenne fut de 411 hommes et 351 femmes parmi les 65-79 ans, et de 219 hommes et 254 femmes parmi les 80 ans et plus.

**Figure 4 : Evolution de la population entre 1990 et 2008, selon le groupe d'âge et le sexe (1990 = 100).**



Sources : Données OCSTAT

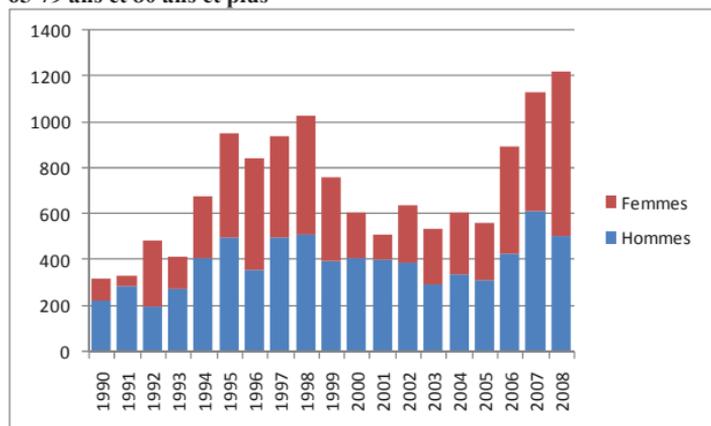
Quel que soit le groupe d'âge, les femmes sont majoritaires. En 1990, on observait 13 255 femmes de plus que d'hommes parmi les 65 ans et plus (6964 pour les 65-79 ans, 6291 pour les 80 ans et plus). En 2008, cet écart est passé à 12 399 (5842 pour les 65-79 ans, 6557 pour les 80 ans et plus), soit une réduction de 856 unités (cf. figure 5).

**Figure 5 : Population selon le sexe et le groupe d'âge, en 1990, 2000 et 2008**

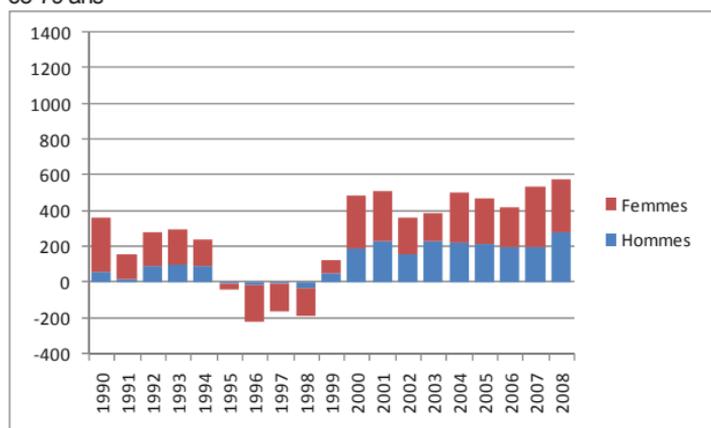
Sources : Données OCSTAT

En termes d'effectifs, la population des 65 à 79 ans s'accroît actuellement de 1200 unités, une valeur record. Durant les premières années du 21<sup>e</sup> siècle, l'accroissement était de quelque 600 unités seulement (Figure 6). Pour sa part, depuis l'année 2000, la population des 80 ans et plus augmente de 600 unités par année, ceci après avoir vécu une diminution à la fin des années 1990.

**Figure 6 : Accroissement numérique de la population par rapport à l'année précédente, 65-79 ans et 80 ans et plus**



65-79 ans



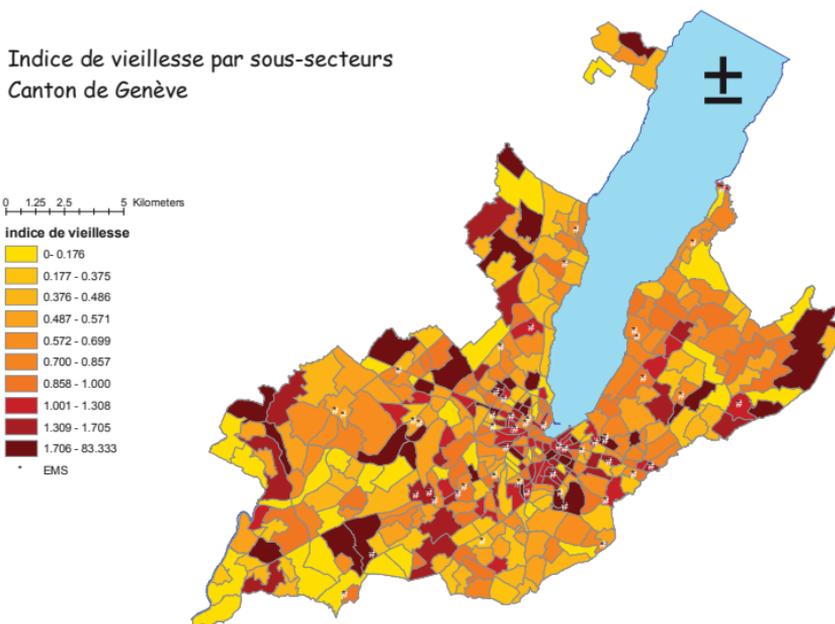
80 ans et plus

## 1.2 Vieillesse démographique

Cette relativement forte croissance des classes d'âge avancées modifie également le rapport entre groupes d'âge au sein de la population, un phénomène qui prend le nom de vieillissement démographique. Parmi les différents indicateurs traduisant ce vieillissement, le rapport des effectifs des personnes âgées de 65 ans et plus et de celles âgées de moins de 15 ans reflète le poids numérique des âgés sur les enfants. Lorsque ce rapport est supérieur à l'unité, il indique une situation où les personnes en âge de la retraite (ci-dessous les « retraités ») sont plus nombreuses que les enfants. Dans le cas où il est inférieur, les enfants sont toujours majoritaires. Fin 2008, on comptait à Genève 69 338 retraités pour 73 144 enfants, soit un rapport de 94.7%. En 1990, les effectifs étaient de 51 429 retraités pour 58 098 enfants (88,5%).

Il est intéressant de comparer les différents quartiers et communes du canton, à l'aide de ce rapport. Ainsi, la figure 7 montre l'hétérogénéité de l'indice du vieillissement dans l'espace cantonal. Les jeunes y sont représentés en jaune, les vieux en rouge. L'intensité de la couleur est proportionnelle à l'effectif de la population du secteur concerné et la tonalité renseigne sur la valeur de l'indice. Si l'on excepte le fait que les deux rives du lac semblent présenter une population d'âge plutôt jeune, il n'existe pas de logique spatiale du vieillissement : en d'autres termes, l'ensemble du territoire cantonal est concerné par le vieillissement démographique.

**Figure 7 : Indice de vieillesse (65+/0-14 ans) par sous-secteur**



Source : Données OCSTAT, Direction générale de la santé.

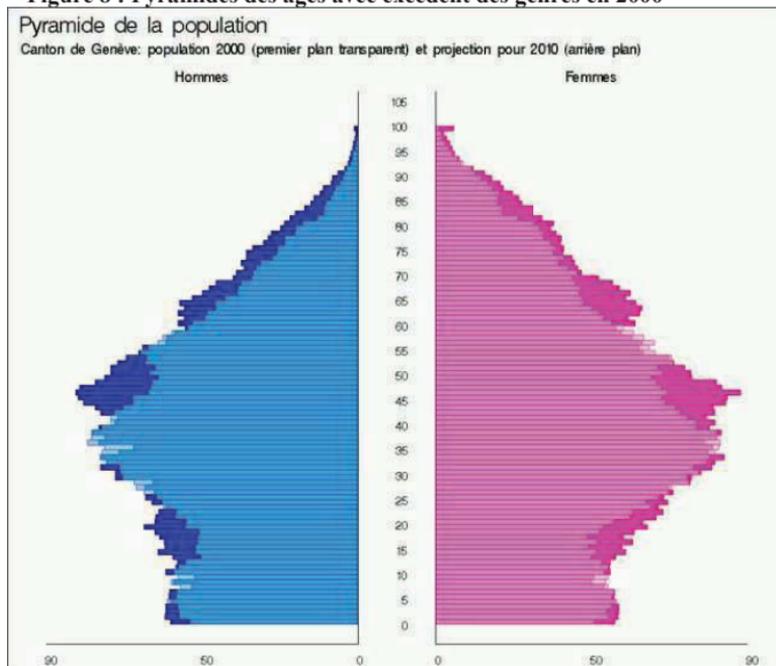
Le vieillissement de la population résulte de deux phénomènes naturels que sont la baisse de la natalité, qui rend plus étroite la base de la pyramide des âges, et l'allongement de la durée de vie, qui accroît l'effectif des âgés. Les migrations jouent généralement un rôle de frein au vieillissement, en fournissant une population jeune, susceptible d'avoir des enfants et donc de relever la natalité. Cependant, les migrants finissent également par vieillir et passer à la retraite et, pour cette raison, même si en règle générale la migration de retour entraîne un renouvellement permanent de migrants actifs, la problématique des migrants âgés devient progressivement une réalité à prendre en considération dans les politiques de santé.

La pyramide des âges (Figure 8) montre en bleu (hommes) et rose (femmes) la structure d'âge de la population du canton de Genève à la fin de l'année 2000. Elle prend une forme de sapin avec un tronc de largeur plus ou moins constante entre 0 et 19 ans. Cela traduit une natalité assez stable ces 20 dernières années. La pyramide renversée entre 20 et 39 ans résulte en premier lieu du niveau de natalité en baisse au moment où ces personnes sont nées (soit entre 1960 et 1980), soit à la fin du baby-boom. En second lieu, il est probable aussi que les flux migratoires aient eu des impacts variables en fonction de la génération.

Les générations du « baby-boom », âgées de 35 à 55 ans en 2000, progressent inexorablement vers un âge plus avancé. Chaque génération de ce graphique vit un peu plus longtemps que la précédente. La mortalité joue moins un effet de sélection et les effectifs restant en vie tendent à augmenter. Ces générations très nombreuses et comptant une part importante de survivants arriveront à l'âge de 80 ans dès 2025. Bien que ce passage aux âges de dépendance sanitaire se produira après la période prise en compte dans la présente planification des besoins, il doit être gardé à l'esprit.

Dans le cadre d'une projection démographique sur une période de 10 à 20 ans, il y a relativement peu d'inconnues susceptibles d'affecter les prévisions. Ceci est d'autant plus le cas lorsque l'on s'intéresse aux groupes d'âges avancés (comme les 65 ans et plus), étant donné que les personnes qui arriveront à ces âges au cours de la prochaine décennie sont, pour la plupart, déjà résidentes sur le territoire. Seule l'évolution de la longévité et des tendances migratoires (en particulier les comportements en termes de migration de retour) peuvent influencer l'évolution de la taille des 65 ans et plus d'ici à 2020.

**Figure 8 : Pyramides des âges avec excédent des genres en 2000**



Source : Données OCSTAT, Direction générale de la santé.

## 2. Choix d'une projection démographique de référence

### 2.1 Introduction : projections démographiques<sup>2</sup> récemment effectuées pour le canton de Genève

Deux séries de scénarios démographiques ont été effectuées au cours des dernières années par Jacques Menthonnex (SCRIS) sur mandat de l'OCSTAT. La première, publiée en 2005, porte sur l'évolution de la population entre 2004 et 2030 (Menthonnex, 2005). La seconde, établie en 2007 dans le cadre de l'observatoire statistique franco-valdo-genevois, se réfère plus généralement aux projections pour l'ensemble de l'agglomération susmentionnée<sup>3</sup>. Cependant, dans le cadre de ces projections, l'auteur a dû effectuer des projections spécifiques pour chacune des trois entités géographiques considérées, à savoir pour le canton de Genève et les territoires vaudois et français appartenant à l'agglomération.

Dans le cadre des projections cantonales de 2005, l'auteur avait prévu cinq scénarios, lesquels prévoyaient différents niveaux de gains migratoires (relativement élevés à relativement faibles), dont un posant l'hypothèse théorique de l'absence de flux migratoires (portes fermées). Ce scénario était destiné à mesurer l'impact des migrations internationales et intercantionales sur l'évolution démographique. Par contre, une seule hypothèse de mortalité et de fécondité, considérée comme la plus probable, a été prévue. La date de départ de ces projections est le 31 décembre 2004, dernière année où la population de Genève était disponible.

Dans ses travaux sur l'agglomération franco-valdo-genevoise, Menthonnex a également établi cinq scénarios différents (numérotés 1, 2, 2b, 3, et 4) partant du 31 décembre 2007. En termes de croissance démographique jusqu'en 2020, le scénario 2b, « proche des visées politiques actuelles » est le plus audacieux (hypothèse de croissance économique favorable, densification de la population), le scénario 4 étant le plus prudent (hypothèse de dégradation de la conjoncture économique et abandon de certains projets immobiliers – cf. Menthonnex 2007).

Ces projections sont établies par la méthode des composants, portant sur l'ensemble de la population suisse et étrangère (en faisant abstraction des requérants d'asile et des fonctionnaires internationaux). Par un processus itératif conduit année après année, la population est calculée chaque fin d'année en considérant l'effectif en début d'année, sur lequel sont appliquées les hypothèses relatives à la fécondité, la mortalité et les migrations. Une fois les populations futures estimées, on ajoute les requérants d'asile et fonctionnaires en supposant que leur effectif ne se modifiera pas.

Compte tenu de la date de leur établissement, il est trop tôt pour estimer la pertinence des différentes hypothèses retenues. La population genevoise, au 31 décembre 2007, était de 447 584 personnes, valeur se référant au concept de « population totale » de l'OCSTAT (cf. ci-dessous). Cet effectif était compris entre les scénarios C et D des projections 2005, scénarios qui étaient relativement prudents en termes de flux migratoires et de niveau de la fécondité.

<sup>2</sup> Par « projection démographique » ou « scénario démographique » on entend le calcul de tableaux croisés portant sur le sexe et l'âge de la population pour le futur, en l'occurrence jusqu'en 2030.

<sup>3</sup> [http://www.statregio-francosuisse.net/telechargements/publications/fiches/Fiche\\_01\\_03.pdf](http://www.statregio-francosuisse.net/telechargements/publications/fiches/Fiche_01_03.pdf)

Au 31 décembre 2008, la population genevoise s'est établie à 453 439 habitants, un effectif en croissance de 1,3% (+5855 personnes) qui dépasse tous les scénarios récents de Menthonnex (2007). Ceux-ci avaient prévu une population comprise entre 450 853 et 451 353 habitants, selon le scénario. Ces chiffres tiennent compte de deux catégories d'étrangers au statut particulier, les requérants d'asile et les fonctionnaires internationaux. Cependant, les prévisions de l'auteur pourraient se recentrer, comparativement à la réalité, au cours des prochaines années. La situation démographique réelle évolue sous forme de cycles tandis que les projections représentent une tendance moyenne non cyclique. De tels écarts sont donc attendus.

L'Office fédéral de la statistique publie également des scénarios de l'évolution démographique des cantons, qui sont coordonnés à ceux pour l'ensemble de la Suisse, dans le sens où une contrainte est posée : la somme des effectifs cantonaux doit être égale aux effectifs résidants en Suisse, quelle que soit l'année. En outre, la somme des mouvements cantonaux de population, selon le type – migration, naissance, décès – doit également être égale aux mouvements attendus pour l'ensemble de la Suisse. Pour ces raisons, les scénarios de l'OFS peinent parfois à prendre en compte tous les contextes cantonaux, qui peuvent être très différents suivant la position géographique du canton. Les données pour Genève établies lors des scénarios 2005 de l'Office fédéral de la statistique tablent pour une population de 459 100 personnes, soit un effectif très légèrement supérieur à celui atteint au 31 décembre 2008.

On peut finalement relever qu'un étudiant genevois, Jonathan Zufferey, a effectué en 2008, dans le cadre d'un cours sur les modèles et perspectives démographiques, une série de projections démographiques pour le canton de Genève en utilisant différents scénarios portant sur la contrainte spatiale (Zufferey, 2008). Les résultats obtenus pour 2030 sont proches du scénario B de Menthonnex (2004) avec une population de 534 000 et un rapport de dépendance économique des âgés (rapport entre les 65 ans et plus et les 20-64 ans) légèrement supérieur à 30%.

## 2.2 Quelle population utiliser pour les projections

L'Office de la population genevoise fournit chaque mois à l'Office de statistique (OCSTAT) des données sur l'effectif de la population. Ces données sont publiées sur le site de l'OCSTAT. A la date de rédaction de ce rapport, on dispose ainsi des informations sur la population à fin février 2009. Quant à l'Office fédéral de la statistique, celui-ci fournit avec un peu de retard, chaque fin d'année, les données de la statistique ESPOP (statistique fédérale de l'état annuel de la population), qui font référence à la population résidente permanente. Dans les deux cas, les données sont ventilées par âge et sexe.

Les deux séries de données (valeur ESPOP et concept de « population totale » de l'OCSTAT) sont légèrement différentes, en raison de certaines spécificités concernant les méthodes utilisées pour reconstituer la population. Les données ESPOP représentent les résultats d'une statistique progressive, partant d'une population de départ (en général un recensement) remise à jour au gré des informations sur les naissances et décès de la statistique démographique fédérale (reposant sur le critère de domicile légal), ainsi que sur les migrations internes et internationales appréhendées par différentes sources dont le Registre central des étrangers. Les données de l'Office de la population reposent sur l'enregistrement des résidants dans le registre genevois de la population, et dès lors sur la déclaration individuelle.

L'utilisation des données ESPOP n'est pas forcément pertinente pour établir les projections démographiques, lesquelles devraient par principe faire référence à la population économique telle que figurant dans n'importe quel registre de la population. Cependant, elles sont nécessaires pour l'établissement des tables de mortalité (les décès reposant sur le critère de domicile légal).

### 2.3 Utilisation des projections existantes pour la planification des pensionnaires en EMS

Il est important d'aborder la question de la pertinence d'utiliser l'une ou l'autre projection de Jacques Menthonnex pour la planification des pensionnaires EMS, versus sur la nécessité de redresser les projections effectuées, en « calant » en particulier les tendances futures sur l'effectif de la population au 31 décembre 2008, voire en modifiant les hypothèses (de mortalité, principalement) en fonction de nouvelles connaissances sur l'évolution future de la population.

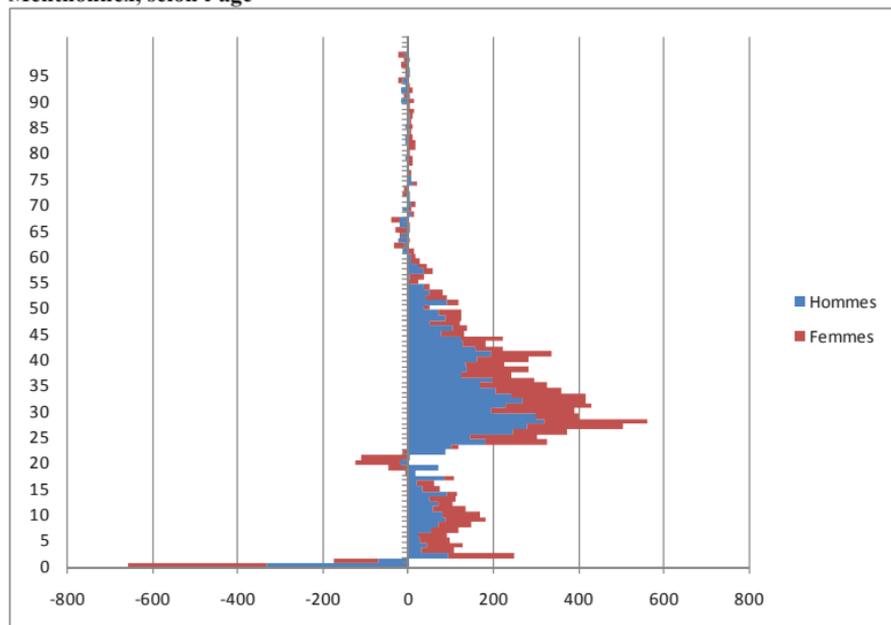
Cette question peut être analysée de deux points de vue, celui de l'utilisateur et celui de la qualité scientifique des projections.

D'un point de vue « utilisateur », la multiplication des scénarios pour le canton de Genève peut conduire à un manque de clarté. Pour cette raison, il vaudrait mieux utiliser comme base à la planification des projections démographiques validées par le canton et son office de statistique, déjà publiées, qui servent par ailleurs également de référence à d'autres travaux de planification.

D'un point de vue « scientifique », le redressement des projections par l'inclusion de données réactualisées est une bonne solution si les écarts entre la projection et l'observation (la réalité) sont significatifs ou peuvent le devenir. Dans le cas qui nous intéresse, la différence entre la projection effectuée dans le cadre de l'étude sur les agglomérations et la réalité, au 31 décembre 2008, est relativement importante (+2086 personnes d'écart après une année de projections). Cependant, il convient de rappeler que la problématique sous étude fait spécifiquement référence aux personnes âgées, et dès lors ce sont surtout les écarts dans la population âgée qui sont déterminants.

La figure 9 présente la différence entre la valeur observée en 2008 et le nombre attendu par la projection 2007 de Menthonnex. Une valeur supérieure à zéro signifie un effectif plus élevé, dans la réalité, que ce qui avait été projeté. Une valeur inférieure à zéro montre au contraire un plus faible effectif observé, par rapport aux prévisions de Menthonnex. Elle montre que les écarts observés entre les projections et les données effectivement enregistrées sont surtout importants à l'âge de 0 an, ainsi qu'entre 20 et 40 ans approximativement. Entre 20 et 40 ans, mais aussi entre 5 et 19 ans, l'effectif observé est plus élevé que les projections, ce qui s'explique par les importants flux migratoires d'actifs, accompagnés de leurs conjoints, ainsi que de leurs enfants. A l'âge de 0 an, en revanche, les données du registre de population sont beaucoup plus faibles, ce qui peut préfigurer d'une baisse du nombre de naissances par rapport à ce qui était attendu, mais qui s'expliquer plus certainement par un délai dans la déclaration des naissances. Entre 16 et 18 ans, on observe également que les projections ont été plutôt optimistes, en particulier pour les femmes (ce qui pourrait être à mettre en relation avec une diminution du nombre de stagiaires de sexe féminin, telles des jeunes filles au pair). A partir de 55 ans, la projection rejoint l'observation, les écarts se chiffrant au maximum à quelques dizaines de personnes.

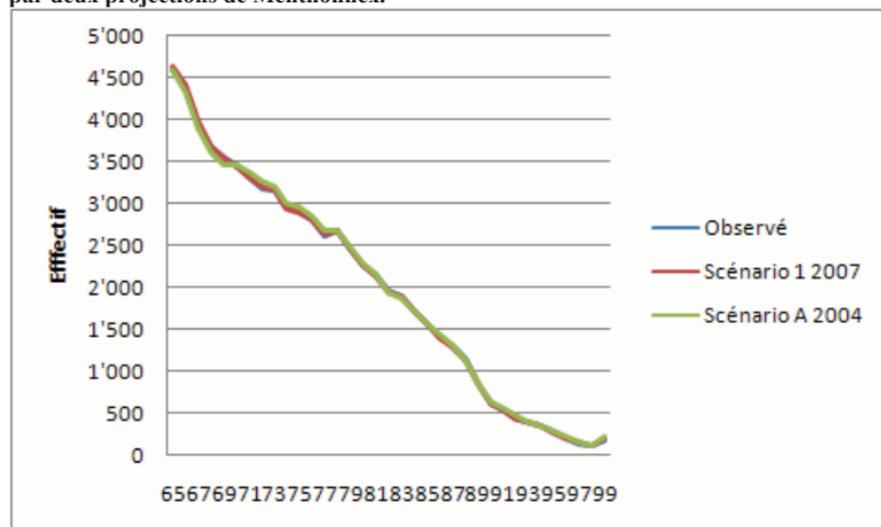
**Figure 9 : Différence entre la population observée fin 2008 et celle projetée par Menthonnex, selon l'âge**



Sources : Données OCSTAT et fournies par J. Menthonnex

Après 65 ans, la projection 2007 effectuée par J. Menthonnex présente, ainsi qu'on peut le voir dans la figure 10, des valeurs quasiment identiques à celles observées dans la statistique de la population au 31 décembre 2008 (l'écart maximal, en comparant les effectifs par sexe, étant de 23 hommes et 22 femmes). Il ne semble dès lors pas nécessaire d'effectuer une nouvelle projection démographique, celle qui est à disposition étant toujours valide pour la population sous étude.

**Figure 10 : Comparaison des effectifs âgés de 65 à 99 ans observés à fin 2008 et établis par deux projections de Menthonnex.**



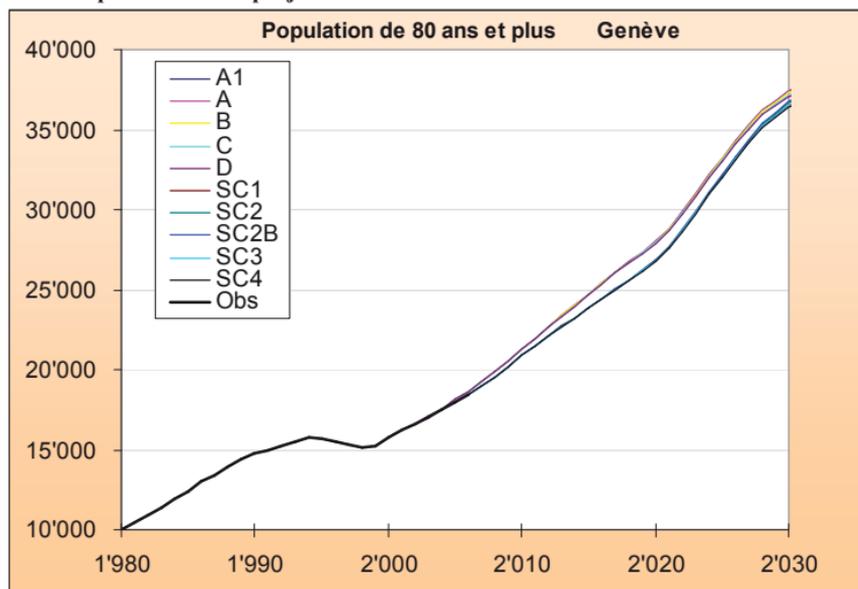
Sources : Données OCSTAT et fournies par J. Menthonnex

### Quel scénario choisir ?

A l'horizon de 2020, la population qui nous intéresse en premier lieu, âgée de 80 ans et plus, n'est que très peu sensible aux hypothèses des nombreux scénarios qui ont été effectués pour le canton de Genève. Nous pouvons l'observer par exemple à la figure 11, qui compare les différents scénarios de Menthonnex 2004 et 2007. Les scénarios A à D sont ceux établis en 2005, ceux intitulés SC1 à SC4 se réfèrent aux projections 2008. Un écart s'observe effectivement entre les deux séries de scénarios, puisque l'exercice 2007 revoit légèrement à la baisse l'effectif des 80 ans et plus ; en revanche, entre les différents scénarios 2007, aucun écart significatif ne s'observe (une seule hypothèse de mortalité ayant été retenue).

Le choix des scénarios démographiques n'est dès lors pas déterminant pour la planification à effectuer, et l'on suggère dès lors de retenir comme scénario de référence le scénario 1.

**Figure 11 : Comparaison des effectifs âgés de 80 ans et plus observés entre 1980 et 2030 et établis par différentes projections de Menthonnex.**



Source : communication de Jacques Menthonnex, SCRIS

## 2.4 La mortalité à Genève

Le niveau futur de mortalité de la population détermine non seulement la taille et la proportion de personnes âgées, mais aussi les besoins hospitaliers et en résidence EMS. Il y a en effet une relation assez forte entre mortalité et morbidité, ainsi que entre mortalité et demande de soins, à l'échelle des populations. Pour cette raison, un soin particulier doit être apporté à l'élaboration des projections de mortalité, tout en restant conscient des faibles possibilités de prévoir le futur à moyen terme. Les facteurs médico-sanitaires et sociaux pouvant modifier dans un sens ou dans l'autre l'espérance de vie et les quotients de mortalité ne sont pas seulement mal connus. Leur évolution dans le futur est également difficile à prévoir. Dans cette situation d'incertitude, il est utile de déterminer les conséquences d'une différence observée entre mortalité projetée et mortalité effectivement observée.

### Mortalité genevoise, spécificités

Les projections démographiques reposent sur une matrice de quotients de mortalité, issue d'une projection de tables de mortalité par sexe. La difficulté dans les projections locales présentant des effectifs relativement limités est d'établir une table de mortalité précise et d'éviter des fluctuations provoquées par le faible nombre de décès. Dans le cas du canton de Genève, l'Office fédéral de la statistique calcule chaque année une table biennale abrégée, reposant donc sur les décès de deux années d'observation ramenés à la population en milieu de période (Tableau 1). Cette table repose sur la définition ESPOP de la population. Les

valeurs de l'espérance de vie obtenues sont légèrement supérieures à celles calculées à partir du critère de la population totale OCSTAT.

**Tableau 1 : Espérances de vie à la naissance et à 65 ans pour la population genevoise, selon le sexe. Ajouter l'espérance de vie à 80 ans et 85 ans**

	à la naissance		à 65 ans	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
2000/2001	78.1	84.1	18.1	22.1
2001/2002	78.5	84.2	18.2	22.1
2002/2003	78.5	84.1	18.2	21.8
2003/2004	79.1	84.3	18.6	22.0
2004/2005	79.7	84.8	19.0	22.3
2005/2006	80.0	84.8	19.1	22.4
2006/2007	80.2	84.9	19.2	22.5

Source : Office fédéral de la statistique

Bien que fluctuant légèrement, les espérances de vie sont systématiquement supérieures à celles observées pour l'ensemble de la Suisse (en 2006/2007, l'espérance de vie à la naissance y était de 79,2 ans et de 84,1 ans). La sous-mortalité genevoise est en effet un phénomène bien connu, qui s'observe depuis plusieurs décennies (par exemple les tables de mortalité 1988/93 estimaient à 74,6 ans l'espérance de vie des Genevois contre 74,2 ans pour l'ensemble de la Suisse, et à 81,7 ans celle des Genevoises contre 81,0 ans pour les Suissesses – OFS, 1996). Elle est provoquée par différents facteurs liés en particulier aux flux migratoires importants (« Healthy Migrant Effect »<sup>4</sup> et « Unhealthy Emigrant Effect », appelé également « Salmon bias »<sup>5</sup>) et à la structure socioéconomique du canton (niveau de formation relativement élevé).

### Méthodes employées lors de la préparation d'hypothèses de mortalité

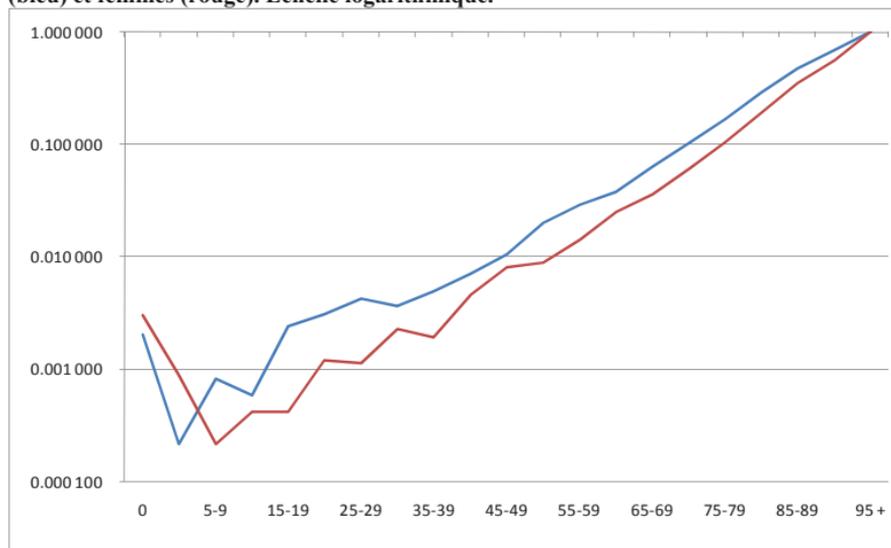
Il n'existe pas de consensus sur les méthodes à utiliser pour projeter l'espérance de vie et les quotients de mortalité. En règle générale cependant, on se base sur une table récente sur laquelle on applique une méthode d'extrapolation, (souvent, le modèle de Lee et Carter, 1992, qui repose sur une régression linéaire des logarithmes des quotients, est utilisé).

Il n'est pas possible d'effectuer une projection en se reposant sur une extrapolation des quotients pour des populations de « petite taille », telle celle du canton de Genève. Les quotients sont en effet trop fluctuants à Genève, en particulier aux âges inférieurs à 50 ans (cf. figure 12, quotients de mortalité quinquennaux 2006/2007). Il faut, dès lors, soit lisser les courbes avant d'effectuer les projections, au risque de perdre quelques spécificités régionales, soit recourir à un modèle actuariel de mortalité, ou encore utiliser une table de mortalité nationale en tenant compte des spécificités régionales.

<sup>4</sup> Le terme de « Healthy Migrant Effect » désigne la sélection de la population immigrée, en règle générale en bonne santé. Suite à cet effet de sélection, l'espérance de vie des migrants est plus élevée que celle des natifs.

<sup>5</sup> On entend par là les migrants malades qui choisissent de rentrer au pays, afin de se soigner, de terminer leur vie ou plus généralement parce qu'ils n'ont plus la possibilité d'exercer une activité professionnelle dans leur pays d'accueil.

**Figure 12 : Quotients de mortalité par groupe d'âge à Genève, 2006/2007. Hommes (bleu) et femmes (rouge). Echelle logarithmique.**

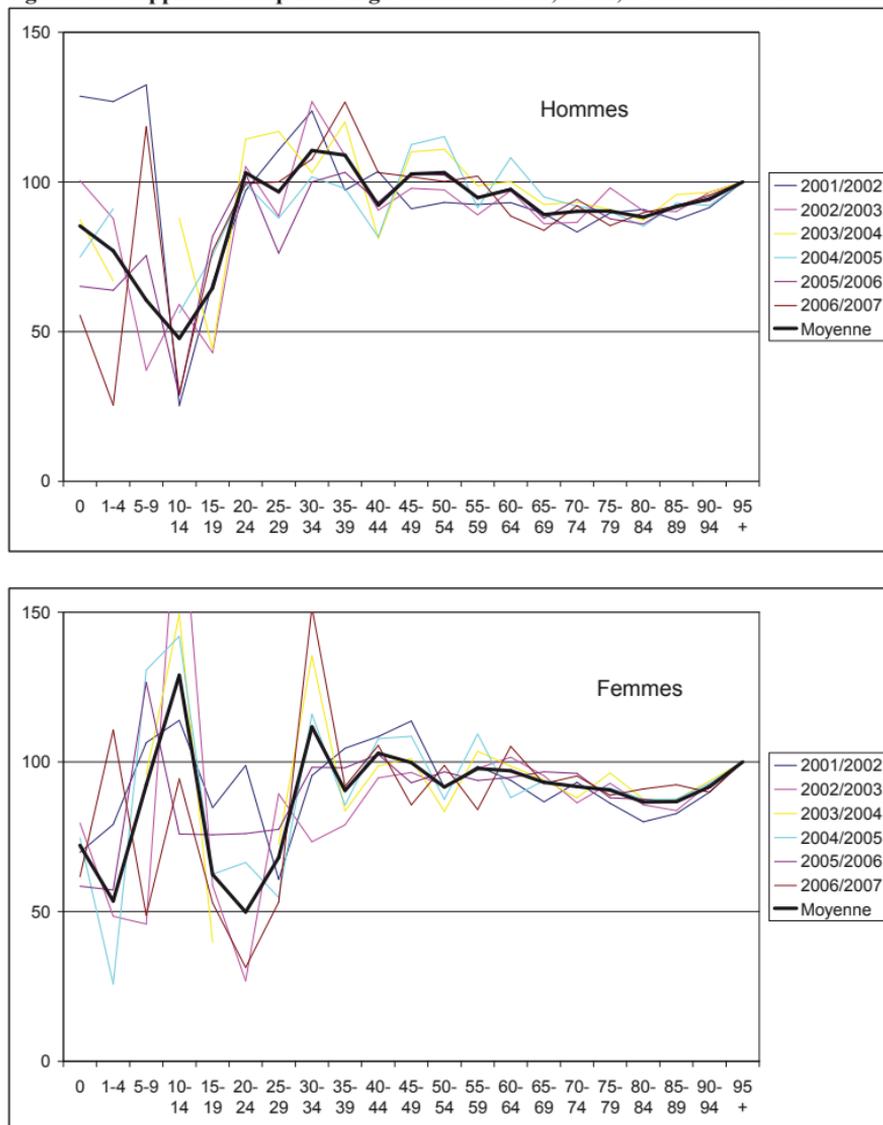


Source : Office fédéral de la statistique, BEVNAT

Menthonnex utilise pour ses projections un modèle plus complexe que celui de Lee et Carter, mais qui repose également sur une approche extrapolative des quotients de mortalité. L'approche de Mentonnex repose sur des tables de mortalité longitudinales établies pour l'ensemble de la Suisse (Menthonnex, 2006). Les projections effectuées à partir de ces tables ont été redressées de manière à tenir compte des spécificités genevoises, que l'on peut décrire à partir des données BEVNAT (cf. Figure 13).

La figure 13 représente les rapports entre les quotients genevois et suisses (en pourcentage) établies pour les tables biennales entre 2001/2002 et 2006/2007. Une valeur supérieure à 100 représente une situation de surmortalité genevoise par rapport à la moyenne suisse, tandis qu'une valeur inférieure à 100 représente une sous-mortalité genevoise. Aux jeunes âges, des fluctuations importantes s'observent, liées aux faibles effectifs. Pour certains groupes d'âges et périodes biennales, aucun décès n'a d'ailleurs été observé à Genève (c'est le cas par exemple pour 2003/2004 chez les garçons âgés de 5 à 9 ans, les filles âgées de 1 à 4 ans et les jeunes femmes âgées de 20 à 24 ans. Afin de mieux mettre en évidence les spécificités genevoises, on présente également (trait gras) les valeurs moyennes des quotients<sup>6</sup>.

<sup>6</sup> Les quotients ne sont en principe pas additifs, cependant la moyenne arithmétique reste une bonne approximation, dans ce cas, des valeurs biennales.

**Figure 13 : Rapport entre quotients genevois et suisses, en %, entre 2001 et 2007**

Source : Office fédéral de la statistique, statistique BEVNAT

Quelle que soit la période considérée, le schéma général, caractérisé par deux épisodes (ou « âges ») de sous-mortalité à Genève comparativement à la Suisse, peut être observé. Le premier épisode concerne l'enfance (0-19 ans chez les garçons, 0-4 ans et 15-19 ans chez les filles). A l'exception du début de période où les quotients de mortalité infantiles masculin

sont supérieurs à Genève qu'en Suisse – puis une tendance à la diminution du rapport des quotients s'observe –, la mortalité des enfants et adolescents genevois semble significativement plus faible, comparativement à la moyenne suisse. Cette période de la vie se caractérise cependant en Suisse par un faible nombre de décès, et il convient de ne pas tirer d'interprétation trop hâtive de cette observation.

En revanche, la sous-mortalité entre 60 et 90 ans environ est une réalité, attestée par une constante durant l'ensemble des années considérées. Cette sous-mortalité est de l'ordre de 10% chez les hommes âgés de 65 à 90 ans, et culmine à 13% pour les femmes octogénaires. Il est difficile d'expliquer a priori quels facteurs comportementaux ou médicaux peuvent être à l'origine de cette sous-mortalité.

Menthonnex, dans son modèle, « cale » les quotients de mortalité genevois aux données pour l'ensemble de la Suisse. Ce calage s'effectue par l'utilisation d'une méthode polynomiale des quotients par sexe qui prend partiellement en compte les spécificités genevoises.

## 2.5 Choix des hypothèses de mortalité

En termes d'espérances de vie à la naissance, les hypothèses des projections effectuées sur l'agglomération genevoise sont proches de 81,5 ans (hommes) et 86,5 ans (femmes) à l'horizon de 2020<sup>7</sup>. Ces hypothèses sont très proches, quoique légèrement plus optimistes, pour les hommes, de celles des derniers scénarios démographiques de la Suisse (OFS, 2006).

Si la méthode employée dans les projections genevoises peut être jugée globalement fiable et ne peut pas être remise en question, nous pouvons nous interroger sur la pertinence du choix des hypothèses retenues. A ce titre, il n'y a pas un consensus clair parmi les épidémiologistes et démographes sur l'évolution de l'espérance de vie, ni même sur les limites futures de la longévité. Dans la littérature scientifique, différents travaux mettent en évidence de possibles révolutions de la durée moyenne de vie liées aux développements technologiques (on peut par exemple citer les travaux d'Aubrey de Grey mais aussi des prises de position de spécialistes de la biologie humaine), alors que d'autres auteurs ayant une approche plus sociologique ou démographique (tels l'Américain Jay Olshansky) suggèrent plutôt une stabilisation de l'espérance de vie à la naissance associée à la montée de certaines maladies du comportement, telles que le diabète. Selon des données encore provisoires et non publiées, l'espérance de vie à la naissance aurait fait un bon entre 2007 et 2008 en Suisse, atteignant 80 ans pour les hommes et 84,7 ans chez les femmes<sup>8</sup>. En France par contre, avec des valeurs provisoires de 77,5 ans et 84,3 ans, l'année 2008 semblerait marquer un recul par rapport à 2007 (77,6 et 84,5 ans). Le Japon a aussi vécu, récemment, un léger retrait de l'espérance de vie, sans parler de certains quartiers, villes ou régions, dans le monde industrialisé, présentant une mortalité en hausse. Si un progrès de l'espérance de vie n'est pas définitivement acquis, il dépend cependant d'une multitude de facteurs socioéconomiques et sanitaires. Parallèlement, que ce soit pour la Suisse ou pour d'autres pays industrialisés voisins, la quasi-totalité des projections de mortalité effectuée au cours des 20 dernières années ont été trop pessimistes, comparativement aux niveaux de mortalité effectivement atteints. Dès lors, l'hypothèse suggérée pourrait bien entendu être correcte, mais peut tout aussi bien être trop optimiste ou trop négatif. Dans cette situation d'incertitude, il importe de mesurer la sensibilité des résultats à une évolution non prévue de l'espérance de vie.

<sup>7</sup> Les espérances de vie à 65 ans pour 2030 ne sont pas précisées dans les documents à nos dispositions.

<sup>8</sup> Données communiquées par Raymond Kohly, section Démographie.

## La mesure de la sensibilité des projections démographiques par rapport aux variations de l'espérance de vie

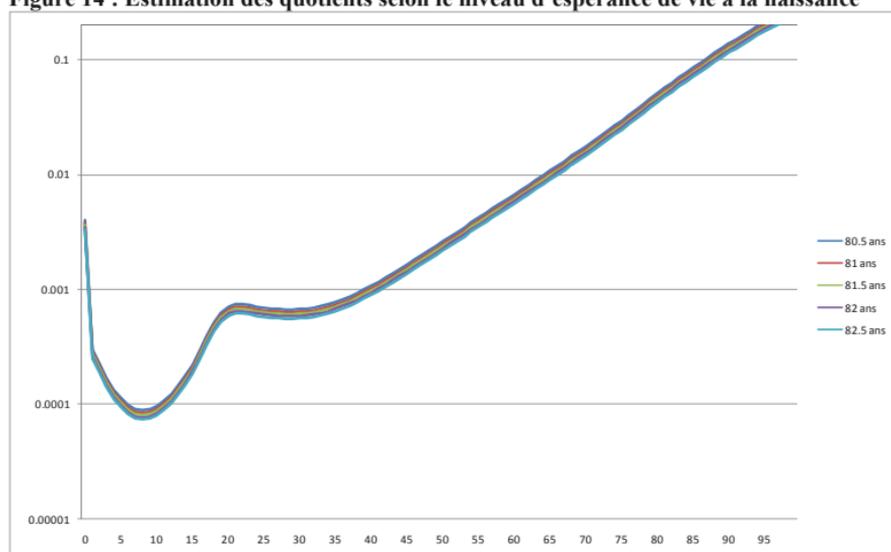
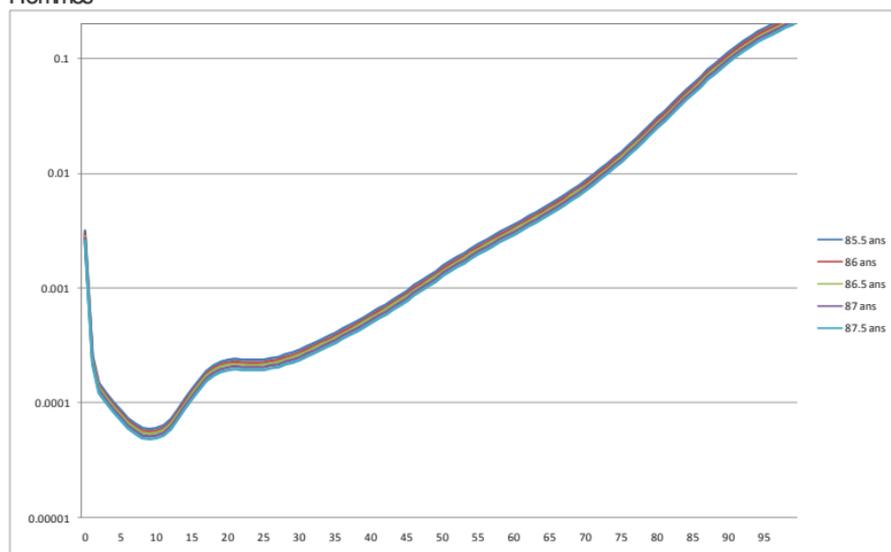
La sensibilité des projections démographiques par rapport aux variations possibles de l'espérance de vie peut être testée en considérant différentes hypothèses d'espérance de vie en 2020. Ces hypothèses figurent au tableau suivant. Selon Menthonnex (2007), l'espérance de vie en 2020 pourrait être de 81,5 (hommes) et 86,5 (femmes) années. On a supposé comme hypothèses alternatives une valeur augmentée de 0,5 et 1,0 an, ou diminuée de 0,5 et 1,0 an (Tableau 2).

**Tableau 2 : Hypothèses d'espérance de vie pour les hommes et pour les femmes, Genève 2020**

	Espérance de vie en 2020	
	Hommes	Femmes
1.	80.5 ans	85.5 ans
2.	81 ans	86 ans
3.	81.5 ans	86.5 ans
4.	82 ans	87 ans
5.	82.5 ans	87.5 ans

Source : propres calculs

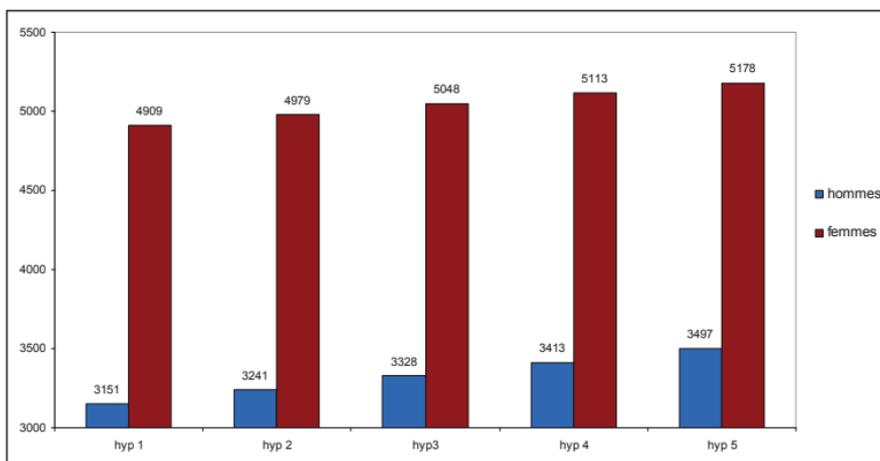
Les quotients de mortalité ont alors été recalculés afin d'obtenir des espérances de vie correspondant aux valeurs-cible des hypothèses. Les quotients quinquennaux ont dans un premier temps été traduits en quotients annuels par une méthode de répartition logarithmique. Ils ont ensuite été ajustés de manière à obtenir les espérances de vie recherchées. Ce redressement a été effectué par une modification linéaire des quotients, quel que soit l'âge, ainsi que l'attestent les graphiques ci-dessous (figure 14). Sur une échelle logarithmique, les quotients pour chaque âge restent relativement proches suivant l'hypothèse retenue. Cependant, cette proximité des hypothèses conduit cependant à une situation où l'écart d'espérance de vie est de plus ou moins une année à l'échelle de 2020 ; on peut estimer qu'une telle marge est représentative du niveau d'incertitude en matière d'espérance de vie à la naissance. En d'autres termes, il serait très étonnant que l'espérance de vie à la naissance n'atteigne pas 80,5 ans chez les hommes et 85,5 ans chez les femmes. Il est également peu probable qu'elle ne dépasse 82,5 ans chez les hommes et 87,5 ans chez les femmes.

**Figure 14 : Estimation des quotients selon le niveau d'espérance de vie à la naissance****Hommes****Femmes**

A partir de ces différentes variantes dans l'évolution de l'espérance de vie, il est possible de vérifier la sensibilité de la population âgée à Genève suivant l'hypothèse retenue. Quelle que soit l'hypothèse retenue, une augmentation de la population des 65-79 ans et des 80 ans et plus sera observée d'ici à 2020. Cette augmentation est inévitable, mais aussi plus ou moins nuancée selon l'hypothèse de mortalité retenue.

L'hypothèse médiane suggère une augmentation de quelque 3330 hommes et 5050 femmes âgés de 65 à 79 ans jusqu'en 2020. Par rapport à cette référence, un écart de 0,5 an d'espérance de vie en 2020 conduit à une marge de +/- 70 femmes et +/- 90 hommes. Un écart de 1,0 an d'espérance de vie entraîne une variation d'environ +/- 130 femmes et +/- 170 hommes (figure 15).

**Figure 15 : Augmentation de la population des 65-79 ans par sexe dans le canton de Genève entre 2008 et 2020 et selon 5 hypothèses**



Source : Propres calculs

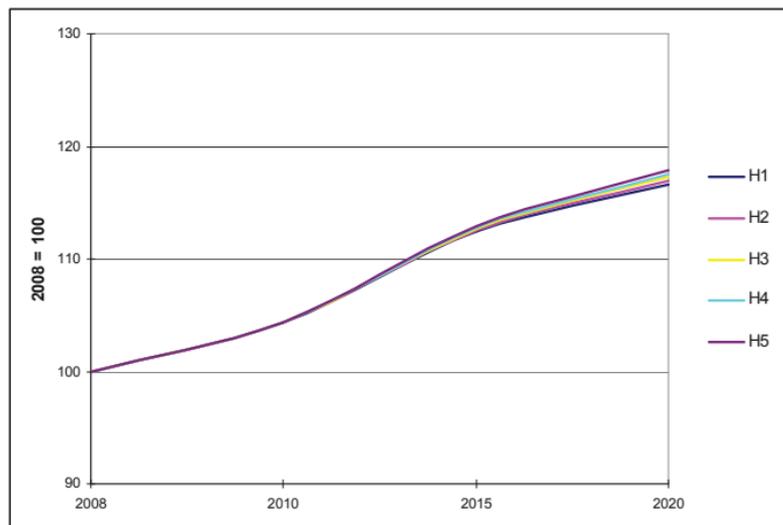
En termes démographiques, les écarts ne sont pas sensibles. Quelle que soit l'hypothèse retenue, la population des 65-79 ans augmentera de manière significative (tableau 3 et figure 16). En termes de prise en charge sanitaire, l'écart dans les effectifs observés entre 65-79 ans reste modeste, mais peut avoir une influence sur les besoins qui peut se chiffrer à plusieurs centaines de milliers de francs, suivant l'évolution de l'état de santé des personnes dans le groupe d'âge. En particulier, le choix de l'hypothèse conduit à des différences temporelles dans la planification des besoins. On peut l'observer en considérant les dates prévues, en fonction du scénario, pour un accroissement donné (par exemple 2000, 4000, etc. personnes en plus – Tableau 4).

**Tableau 3 : Evolution de la population des 65-79 ans par sexe dans le Canton de Genève selon 5 hypothèses**

	2006	2020				
		hyp 1	hyp 2	hyp 3	hyp 4	hyp 5
<b>hommes</b>	21470	24621	24711	24798	24883	24967
<b>femmes</b>	27108	32017	32087	32156	32221	32286

Source : Propres calculs

**Figure 16 : Evolution de l'effectif des 65-79 ans selon l'hypothèse de mortalité (2006 = 100)**



Source : Propres calculs

Ainsi, la variation liée à l'hypothèse de mortalité, concernant la date où la population observera un accroissement de par exemple +4000 hommes (ou de + 6000 femmes) est de l'ordre de 2 années et 3 mois (femmes : 2 années et 5 mois) ; une faible mortalité, qui se traduirait par une espérance de vie élevée, entraînerait en effet un accroissement de 4000 hommes de 65-79 ans atteint en octobre 2021 (pour les femmes, + 6000 femmes atteint en juin 2025) ; en revanche, si la mortalité était élevée – et l'espérance de vie plus faible – le délai serait retardé jusqu'en février 2024 (femmes : mars 2028). Ces écarts temporels liés à des niveaux variables de mortalité mettent en évidence la complexité de la planification de phénomènes associés à l'évolution de la mortalité.

**Tableau 4 : Estimation de la date à laquelle on observe un accroissement de la population des 65-79 ans dans le Canton de Genève selon 5 hypothèses**

		Hypothèse				
	Accroissement	hyp 1	hyp 2	hyp 3	hyp 4	hyp 5
<b>hommes</b>	+ 2000	Février 2013	Janvier 2013	Décembre 2012	Novembre 2012	Octobre 2012
	+ 4000	Février 2024	Mai 2023	Octobre 2022	Mars 2022	Octobre 2021
	+3328	Octobre 2020	Mai 2020	Janvier 2020	Juillet 2019	Février 2020
	+3577	Novembre 2021	Mai 2021	Janvier 2021	Juin 2020	Septembre 2020
<b>femmes</b>	+ 2000	Octobre 2011	Septembre 2011	Septembre 2011	Septembre 2011	Septembre 2011
	+ 4000	Juin 2016	Avril 2016	Février 2016	Février 2016	Décembre 2015

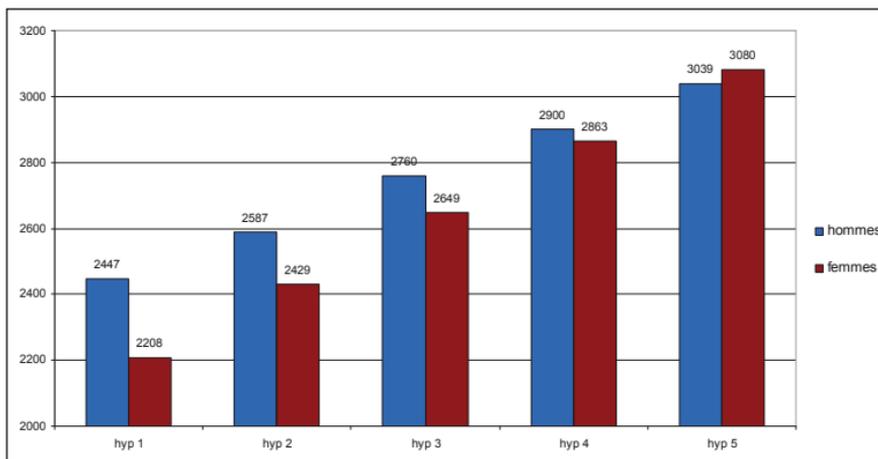
	+ 6000	Mars 2028	Août 2027	Décembre 2026	Avril 2026	Juin 2025
	+5048	Août 2020	Avril 2020	Janvier 2020	Octobre 2019	Août 2019
	+5292	Mai 2023	Novembre 2021	Janvier 2021	Septembre 2020	Juin 2020

Sources : propres calculs.

Dans le cadre de cette planification des besoins en EMS, le groupe des 80 ans et plus nécessite une attention particulière dans la mesure où il s'agit de la population-cible pour la planification des besoins en EMS et plus généralement en soins. Or, en fonction de l'évolution de la mortalité, traduite par des espérances de vie variable, les effectifs peuvent varier de manière plutôt sensible. Cela s'explique par le fait que le décès après l'âge de 80 ans devient de plus en plus fréquent, et que c'est désormais à ces âges avancés que les progrès potentiels en matière d'espérance de vie à la naissance peuvent s'observer.

Ainsi, la figure 17 indique que l'accroissement attendu de la population des 80 ans et plus, selon l'hypothèse médiane d'espérance de vie, serait de 2760 hommes et 2649 femmes. Cet accroissement est considéré comme le plus probable ; il varie assez sensiblement en fonction de l'évolution de l'espérance de vie à la naissance. Ainsi, un écart de 0,5 an dans cet indicateur modifie la population masculine en 2020 d'environ 155 personnes (-170 en cas d'un niveau plus faible d'espérance de vie, +140 en cas d'un niveau plus élevé). Pour les femmes, l'impact d'une variation de 0,5 an d'espérance de vie est de +/- 220 femmes en 2020. Un écart de +/- une année dans l'espérance de vie à la naissance conduit à une variation de +/- 290 personnes chez les hommes (-310 ou + 270 suivant le niveau) ; pour les femmes, l'écart serait d'environ 435 personnes, dans un sens comme un autre. En termes de prises en charge sanitaire, les conséquences seraient dès lors assez importantes.

**Figure 17 : Augmentation de la population des 80 ans et plus par sexe dans le Canton de Genève entre janvier 2008 et 2020 à partir du recensement de 2006 et selon 5 hypothèses**



Source : Propres calculs

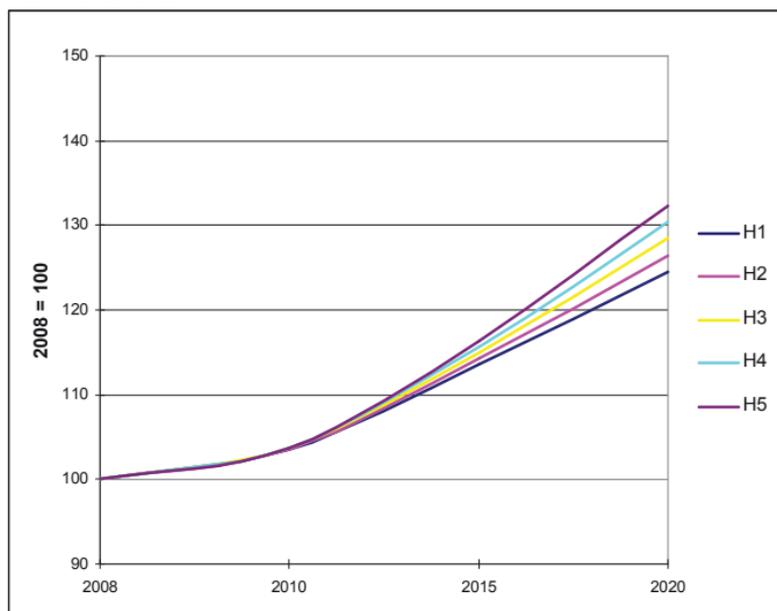
Quel que soit l'hypothèse retenue, on observera une croissance de la population des 80 ans et plus, cette population qui devrait s'approcher progressivement des 10 000 hommes et dépasser les 15 000 femmes (tableau 5) en 2020. Les écarts en fonction du niveau retenu de l'espérance de vie à la naissance sont présentés à la figure 18.

**Tableau 5: Evolution de la population des 80 ans et plus par sexe dans le canton de Genève selon 5 hypothèses**

	2020					
	2006	hyp 1	hyp 2	hyp 3	hyp 4	hyp 5
hommes	6212	8659	8799	8972	9112	9251
femmes	12750	14958	15179	15399	15613	15830

Source : propres calculs

**Figure 18 : Evolution de l'effectif des 80 ans et plus dans le canton de Genève, selon l'hypothèse de mortalité**



Source : propres calculs

De la même manière que pour les 65-79 ans, les différentes hypothèses de mortalité ont été traduites en périodes correspondant à un accroissement de la population de +1000, +2000, +3000 ou +4000 adultes âgés de 80 ans et plus (Tableau 6). Le tableau 6 traduit la variabilité dans l'achèvement de croissances des 80 ans et plus, comme par exemple la date à laquelle un effectif de 4000 hommes ou femmes âgés de 80 ans et plus s'ajoute à l'effectif observé à la date des projections. Selon nos données, cette croissance des effectifs sera atteinte entre novembre 2022 et septembre 2025 (soit un écart de 34 mois) chez les hommes, suivant l'évolution de la mortalité des Genevois. Pour les femmes, elle serait atteinte entre janvier

2022 et juin 2024 (écart de 29 mois). La sensibilité du calendrier par rapport à l'hypothèse de la mortalité est un peu plus importante que pour les 65 ans et plus, car ce sont aux âges les plus avancés que la mortalité est susceptible de se modifier le plus sensiblement au cours des deux prochaines décennies. Il ressort de cette analyse le défi de tenir compte de l'hypothèse la plus correcte possible concernant l'évolution de la mortalité.

**Tableau 6 : Estimation de la date à laquelle on observe un accroissement de la population des 80 ans et plus dans le Canton de Genève selon 5 hypothèses**

		Hypothèse				
Accroissement		hyp 1	hyp 2	hyp 3	hyp 4	hyp 5
<b>hommes</b>	+ 1000	Décembre 2012	Novembre 2012	Septembre 2012	Août 2012	Juillet 2012
	+ 2000	Novembre 2017	Mai 2017	Novembre 2016	Août 2016	Mai 2016
	+ 3000	Janvier 2019	Octobre 2021	Novembre 2020	Mai 2020	Novembre 2019
	+ 4000	Septembre 2025	Octobre 2024	Décembre 2023	Février 2023	Novembre 2022
	+2760	Juillet 2021	Septembre 2020	Janvier 2020	Juin 2019	Janvier 2019
	+3033	Août 2022	Décembre 2021	Janvier 2021	Juin 2020	Décembre 2019
<b>femmes</b>	+ 1000	Novembre 2013	Août 2013	Juin 2013	Mars 2013	Janvier 2013
	+ 2000	Mars 2019	Juin 2018	Décembre 2017	Juin 2017	Décembre 2016
	+ 3000	Mai 2022	Septembre 2021	Février 2021	Mai 2020	Octobre 2019
	+ 4000	Juin 2024	Septembre 2023	Février 2023	Juillet 2022	Janvier 2022
	+2649	Juillet 2021	Octobre 2020	Janvier 2020	Mars 2019	Novembre 2018
	+2957	Avril 2022	Août 2021	Janvier 2021	Avril 2020	Septembre 2019

Sources : propres calculs

### Données sur la migration et la fécondité

Les hypothèses utilisées par Menthonnex, dans ses deux séries de projections, concernant la fécondité et la migration ne sont pas soumises à discussion, autant du point de vue méthodologique que du choix des hypothèses. La natalité future n'est pas appelée à modifier la taille de la population âgée avant 65 ans et quelle que soit l'hypothèse retenue, elle n'influence pas le travail de prévision des besoins en lits EMS. Quant à la migration, celle-ci touche de manière marginale la population âgée et son évolution dans le futur. Par rapport au scénario le plus probable, une division par deux des flux migratoires entraînerait une diminution de 200 personnes âgées de 65 à 79 ans (deux sexes confondus) et de 40 personnes âgées de 80 ans et plus à l'horizon de 2020. Un doublement hypothétique des flux migratoires à Genève aurait pour sa part comme conséquence, par rapport au scénario attendu, d'accroître de 400 le nombre de résidents âgés de 65-79 ans et de 80 celui des 80 ans et plus. Ces faibles effectifs suggèrent l'absence de nécessité de considérer différents scénarios migratoires.

## **Annexe 3**

**Groupes de résidants PLAISIR® correspondant aux  
critères de regroupement de la méthode "balance of care" (BOC)**

## Règles utilisées pour la construction des groupes BOC genevois à partir de la base de données PLAISIR®

Groupes genevois	Groupes d'origine BOC	AVOB*	AVQ-H**	AVQ-g***	Troubles cognitifs ou psychiques****
P1	PA-P1	AVOB1	I		Indépendant
P2	PA-P2 et PA-P4	AVOB1	DM	Mobilité et vécu occupationnel <5	Indépendant
P3	PA-P3 et PA-P5	AVOB1	DS	Mobilité et vécu occupationnel < ou >5	Indépendant
P4	PA-P6	AVOB1	DS	Mobilité et vécu occupationnel >5	Dépendant
P5	PA-P7 et PA-P8	AVOB-D1	DS	Mobilité et vécu occupationnel < ou >5	Indépendant
P6	PA-P9	AVOB-D1	DS	Mobilité et vécu occupationnel >5	Indépendant
P7	PA-P10 et PA-P12	AVOB-D2 et D3	DS	Mobilité et vécu occupationnel >5	Indépendant
P8	PA-P11 et PA-P13	AVOB-D2 et D3	DS	Mobilité et vécu occupationnel >5	Dépendant

## Légende

\* groupes AVOB

AVOB1  
AVOB-D1  
AVOB-D2  
AVOB-D3Personnes **indépendantes** pour les activités de la vie quotidienne  
Personnes **ne pouvant plus se laver mais indépendantes** pour les trois autres AVQ (manger, se mobiliser, s'habiller)  
Personnes **ne pouvant plus se laver mais dépendantes pour une seule des trois autres AVQ** (manger, se mobiliser, s'habiller)  
Personnes **ne pouvant plus se laver mais dépendantes pour au moins deux des trois autres AVQ** (manger, se mobiliser, s'habiller)

\*\* impossible à quantifier au moyen de la base de données PLAISIR® - Prédéfini : tous les résidents sont sévèrement dépendants sur ce plan

\*\*\* mobilité comme critère principal. Le vécu occupationnel lui correspond à quelques exceptions près

\*\*\*\* Dépendant si troubles cognitifs sévères ou problèmes psychiatriques sévères

## Echelles PLAISIR®

Mobilité Code	Mobilité Libellé
1	Pleine
2	Restreinte occasionnellement
3	Déficience (lenteur)
4	Réduite
5	Restreinte au voisinage
6	Restreinte localement
7	Restreinte à l'étage
8	Restreinte à la chambre
9	Nulle

Autonomie Code	Autonomie Libellé
1	Indépendance
2	Avec aide mécanique
3	Avec adaptation de l'environnement
4	Dépendance situationnelle
5	Dep. à intervalles long (< 1 x 24h.)
6	Dep. prévisible (> 1 / 24h.)
7	Dep. à intervalles courts imprévisibles
8	Dep. pour la plupart des besoins
9	Dep. pour tous les besoins

Orientation Code	Orientation Libellé
1	Pleinement orienté
2	Problème(s) pleinement compensé(s)
3	Perturbations intermittentes
4	Perturbations partiellement compensées
5	Perturbations modérées
6	Perturbations sévères
7	Perte de l'orientation
8	Disorientation
9	Coma, état végétatif

Vécu occupationnel code	Vécu intitulé
1	Occupation appropriée
2	Occupation intermittente
3	Occupation limitée
4	Occupation ajustée
5	Occupation réduite
6	Occupation restreinte
7	Occupation très restreinte
8	Aucune occupation
9	S'occupe de manière inappropriée

FOPS Code	FOPS Libellé
1	Prise de décision adéquate
2	Prise de décision - déficience légère
3	Prise de décision - déficience modérée
4	Prise de décision - déficience sévère /nulle

Deficit cognitif Code	Deficit cognitif Libellé	Critère BOC
1	Légers	Indépendant
2	Moyens légers	Indépendant
3	Moyens sévères	Dépendant
4	Sévères, actifs	Dépendant
5	Sévères, passifs	Dépendant

Problème psychiatrique Code	Problème psychiatrique Libellé	Critère BOC
1	Légers	Indépendant
2	Moyens	Indépendant
3	Sévères	Dépendant

Groupes de résidents PLAISIR® correspondant aux critères de la BOC - **TOUS sans condition**

	Nombre de résidents	Age	Moyenne MOBPHYS	Moyenne INDEPENDANCE AVQ	Moyenne ORIENTATION	Moyenne VECUOCCUPA	Moyenne CAPACITE DECISION	Moyenne TOTALMINUT semaine	Moyenne TOTAL heures/jour	Nb Probl cogn et psy - indépendants	Nb Probl cogn et psy - Dépendants	
P1	0	Ce groupe ne peut pas être constitué avec la base de données PLAISIR® car il n'y a aucune donnée sur les AVQ. A priori, aucun résident n'est indépendant sur ce plan										
P2	0	Ce groupe ne peut pas être constitué avec la base de données PLAISIR® car il n'y a aucune donnée sur les AVQ. A priori, aucun résident n'est modérément dépendant sur ce plan										
P3	278	82.5	5.61	6.47	4.77	5.80	2.37	453.39	1.08	278	0	
P4	4	79.5	7.00	8.00	7.50	7.75	3.75	1005.49	2.39	0	4	
P5	254	84.6	5.84	6.57	4.88	6.08	2.46	472.59	1.13	254	0	
P6	0	Parmi les personnes dépendantes pour l'hygiène mais indépendantes pour les 3 autres AVQ, il n'y en a pas souffrant de problèmes cognitifs ou psychiques sévères										
P7-1	413	85.0	6.56	7.03	5.36	6.54	2.77	727.87	1.73	413	0	
P7-2	54	80.1	4.95	6.74	4.70	6.20	2.39	608.53	1.45	54	0	
P7-3	1488	86.5	7.74	7.72	5.84	6.97	3.09	1190.39	2.83	1488	0	
P7-4	32	82.7	4.88	7.06	4.97	6.44	2.59	822.88	1.96	32	0	
P8-1	9	83.3	7.56	8.11	7.44	8.07	3.78	1212.70	2.89	0	9	
P8-2	522	84.7	6.20	8.45	7.83	8.07	3.98	1514.61	3.61	0	522	
Cas part 1	212	85.4	7.49	7.52	5.71	6.83	3.00	1086.34	2.59	212	0	
Cas part 2	17	82.8	5.00	6.47	4.65	6.24	3.18	612.33	1.46	17	0	
Cas part 3	61	84.7	8.34	8.62	7.90	7.92	3.95	1480.08	3.52	0	61	
Contrôle	3344									2748	596	

## Groupes de résidents PLAISIR® correspondant aux critères de la BOC - TOUS sans condition

	Respiration - minutes/jour	Alimentation - minutes/jour	Elimination - minutes/jour	Hygiène - minutes/jour	Mobilisation - minutes/jour	Communication - minutes/jour	Médication - minutes/jour	Thérapie IV - minutes/jour	Traitements - minutes/jour	Méthodes diagh - minutes/jour	Classe PLAISIR®	Vue	Coûte
P1													
P2													
P3	2.54	15.72	3.98	22.23	5.24	0.01	1.56	3.34	3.50	1.75	#DIV/0!	1.68	#DIV/0!
P4	1.70	8.00	27.64	28.90	26.25	33.23	3.65	6.57	2.50	5.20	5.75	1.50	1.50
P5	0.46	10.09	2.84	16.77	3.97	22.47	5.71	0.03	1.82	3.36	3.63	1.95	1.79
P6													
P7-1	0.39	10.68	11.41	30.65	13.03	25.00	6.14	0.01	2.79	3.87	4.63	1.94	1.78
P7-2	0.17	10.57	4.83	27.30	5.44	25.55	5.87	0.00	3.09	4.12	4.31	1.78	1.80
P7-3	0.56	22.75	29.52	37.12	38.78	26.05	7.17	0.08	4.11	3.91	5.93	2.25	2.07
P7-4	0.03	15.28	16.32	32.44	16.16	23.54	6.02	0.00	4.14	3.62	4.91	2.09	1.91
P8-1	0.00	13.87	23.65	38.62	36.94	41.13	7.45	2.53	3.14	5.90	6.00	2.33	2.00
P8-2	0.65	51.25	35.89	39.64	45.17	30.07	5.79	0.31	3.52	4.10	6.62	2.45	2.36
Cas part 1	0.63	22.12	24.90	34.82	32.85	25.85	6.70	0.25	3.53	3.53	5.88	2.20	2.11
Cas part 2	0.00	14.41	11.23	23.48	3.93	22.74	5.42	0.00	3.08	3.19	4.06	2.24	1.76
Cas part 3	0.36	59.60	39.58	37.71	43.24	23.91	5.76	0.60	3.13	3.56	6.64	2.66	2.46

Groupes de résidents PLAISIR® correspondant aux critères de la BOC - **TOUS sans condition**

	Groupes BOC Gc initiaux	Groupes AVOB initiaux
P1	Pa-P1	AVOB1
P2	Pa-P2 et Pa-Pa	AVOB1
P3	Pa-P3 et Pa-Pa	AVOB1
P4	Pa-P6	AVOB1
P5	Pa-P7 et Pa-Pa	AVOB-D1
P6	Pa-P9	AVOB-D1
P7-1	Pa-P10	AVOB-D2
P7-2	Pa-P10	AVOB-D2
P7-3	Pa-P7	AVOB-D3
P7-4	Pa-P12	AVOB-D3
P8-1	Pa-P11	AVOB-D2
P8-2	Pa-P13	AVOB-D3
Cas part 1	Aucun	AVOB1-2
Cas part 2	Aucun	AVOB1-2
Cas part 3	Aucun	AVOB1-2

différence dans la  
mobilité et  
différence dans la  
mobilité et

Contrôle 3344

**Groupes de résidents PLAISIR® correspondant aux critères de la BOC - AVEC CONDITION Total heures soins/jour MAX: 1.5**

	Nombre de résidents	Age	Moyenne MOBPHYS	Moyenne INDEPENDANCE AVQ	Moyenne ORIENTATION	Moyenne VECUOCCUPA	Moyenne CAPACITE DECISION	Moyenne TOTALMINUT/ semaine	Moyenne TOTAL heures/jour	Nb Probl cogn et psy - indépendants	Nb Probl cogn et psy - Dépendants
P1	0	Ce groupe ne peut pas être constitué avec la base de données PLAISIR® car il n'y a aucune donnée sur les AVQ-I. A priori, aucun résident n'est indépendant sur ce plan									
P2	0	Ce groupe ne peut pas être constitué avec la base de données PLAISIR® car il n'y a aucune donnée sur les AVQ-I. A priori, aucun résident n'est modérément dépendant sur ce plan									
P3	237	83.4	5.48	6.35	4.62	5.66	2.28	388.73	0.93	237	0
P4	0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	0	0
P5	226	84.9	5.81	6.51	4.79	6.00	2.39	440.92	1.05	226	0
P6	0	Parmi les personnes dépendantes pour l'hygiène mais indépendantes pour les 3 autres AVQ, il n'y en a pas souffrant de problèmes cognitifs ou psychiques sévères									
P7-1	162	86.5	6.25	6.81	4.91	6.23	2.51	506.82	1.21	162	0
P7-2	35	82.6	4.83	6.66	4.63	6.00	2.31	505.19	1.20	35	0
P7-3	45	86.5	6.58	6.82	4.82	6.31	2.40	553.90	1.32	45	0
P7-4	12	83.3	4.92	6.92	4.83	6.42	2.42	553.64	1.32	12	0
P8-1	0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	0	0
P8-2	0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	0	0
Cas part 1	32	88.1	6.38	6.63	4.88	6.06	2.22	461.89	1.10	32	0
Cas part 2	11	83.0	5.00	6.18	4.45	6.09	2.09	438.29	1.04	11	0
Cas part 3	0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	0	0

Contrôle 760

760

**Groupes de résidents PLAISIR® correspondant aux critères de la BOC - AVEC CONDITION** **Total heures soins/jour MAX: 1.5**

	Respiration - minutes/jour	Alimentation - minutes/jour	Elimination - minutes/jour	Hypotension - minutes/jour	Mobilisation - minutes/jour	Communication - minutes/jour	Médication - minutes/jour	Thérapie IV - minutes/jour	Traitements - minutes/jour	Méthodes diagn- minutes/jour	Classe PLAISIR®	Vue	Ouïe
P1													
P2													
P3	0.65 #DIV/0!	12.74 #DIV/0!	1.85 #DIV/0!	21.02 #DIV/0!	4.78 #DIV/0!	0.01 #DIV/0!	1.31 #DIV/0!	3.10 #DIV/0!	3.21 #DIV/0!	1.75 #DIV/0!	#DIV/0!	1.70 #DIV/0!	#DIV/0!
P4	0.39	10.09	1.92	15.76	2.83	21.68	5.42	0.03	1.70	3.18	3.47	1.93	1.78
P5													
P6													
P7-1	0.06	10.55	3.03	23.42	4.48	20.56	5.63	0.00	1.59	3.10	3.80	1.95	1.73
P7-2	0.26	10.33	1.12	23.04	3.27	21.70	5.66	0.00	3.40	3.39	3.89	1.86	1.77
P7-3	0.00	14.27	4.34	24.11	8.49	18.22	5.37	0.00	1.59	2.74	3.96	2.16	1.89
P7-4	0.07	14.83	3.17	24.84	4.70	20.76	5.65	0.00	1.35	3.72	4.00	2.17	1.75
P8-1	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
P8-2	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
Cas part 1	0.00	13.36	1.51	16.37	4.76	20.47	5.25	0.00	1.14	3.14	3.59	2.31	2.06
Cas part 2	0.00	14.00	3.22	15.76	0.04	20.68	4.93	0.00	1.09	2.90	3.45	2.45	1.64
Cas part 3	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!

## Groupes de résidents PLAISIR® correspondant aux critères de la BOC - AVEC CONDITION

	Groupes BOC Ge initiaux	Groupes AVQB initiaux
P1	Pa-P1	AVQB1
P2	Pa-P2 et Pa-F	AVQB1
P3	Pa-P3 et Pa-F	AVQB1
P4	Pa-P6	AVQB1
P5	Pa-P7 et Pa-F	AVQB-D1
P6	Pa-P9	AVQB-D1
P7-1	Pa-P10	AVQB-D2
P7-2	Pa-P10	AVQB-D2
P7-3	Pa-P12	AVQB-D3
P7-4	Pa-P12	AVQB-D3
P8-1	Pa-P11	AVQB-D2
P8-2	Pa-P13	AVQB-D3
Gas part 1	Aucun	AVQB1-2
Gas part 2	Aucun	AVQB1-2
Gas part 3	Aucun	AVQB1-2

différence dans la mobilité et  
différence dans la mobilité et

Contrôle  
760

**Groupes de résidents PLAISIR® correspondant aux critères de la BOC - AVEC CONDITION Total heures soins/jour MIN: 1.5**

	Nombre de résidents	Age	Moyenne MOBPHYS	Moyenne INDEPENDANCE AVO	Moyenne ORIENTATION	Moyenne VECUOCCUPA	Moyenne CAPACITE DECISION	Moyenne TOTALMINUT semaine	Moyenne TOTAL heures/jour	Nb Probl cogn et psy - Indépendants	Nb Probl cogn et psy - Dépendants	
P1	0	Ce groupe ne peut pas être constitué avec la base de données PLAISIR® car il n'y a aucune donnée sur les AVO-I. A priori, aucun résident n'est indépendant sur ce plan										
P2	0	Ce groupe ne peut pas être constitué avec la base de données PLAISIR® car il n'y a aucune donnée sur les AVO-I. A priori, aucun résident n'est modérément dépendant sur ce plan										
P3	41	77.5	6.34	7.15	5.61	6.61	2.93	827.16	1.97	41	0	
P4	4	79.5	7.00	8.00	7.50	7.75	3.75	1006.49	2.39	0	4	
P5	28	81.8	6.14	7.00	5.64	6.68	3.00	728.18	1.73	28	0	
P6	0	Parmi les personnes dépendantes pour l'hygiène mais indépendantes pour les 3 autres AVO, il n'y a pas souffrant de problèmes cognitifs ou psychiques sévères										
P7-1	251	84.1	6.76	7.17	5.65	6.74	2.94	870.53	2.07	251	0	
P7-2	19	75.4	4.89	6.89	4.84	6.58	2.53	796.91	1.90	19	0	
P7-3	1443	86.4	7.76	7.75	5.87	6.99	3.12	1210.24	2.88	1443	0	
P7-4	20	82.3	4.85	7.15	5.05	6.45	2.70	984.41	2.34	20	0	
P8-1	9	83.3	7.96	8.11	7.44	8.67	3.78	1212.70	2.89	0	9	
P8-2	522	84.7	8.20	8.45	7.93	8.98	3.98	1514.61	3.61	0	522	
Cas part 1	180	85.0	7.68	7.68	5.86	6.96	3.14	1197.36	2.85	180	0	
Cas part 2	6	82.5	5.00	7.00	5.00	6.50	2.33	931.39	2.22	6	0	
Cas part 3	61	84.7	8.34	8.62	7.90	7.92	3.95	1480.08	3.52	0	61	

Contrôle

2584  
33441988  
596

**Groupes de résidents PLAISR® correspondant aux critères de la BOC - AVEC CONDITION** **Total heures soins/jour MIN: 1.5**

	Respiration - minutes/jour	Alimentation - minutes/jour	Elimination - minutes/jour	Hygiène - minutes/jour	Mobilisation - minutes/jour	Communication - minutes/jour	Médication - minutes/jour	Thérapie_IV - minutes/jour	Traitements - minutes/jour	Méthodes diagn - minutes/jour	Classe PLAISR®	Vue	Ouie
P1													
P2													
P3	13,44	32,94	16,29	29,23	7,85	0,00	3,04	4,76	5,17	1,76	#DIV/0!	1,56	#DIV/0!
P4	1,70	8,00	27,64	28,90	26,25	33,23	3,65	6,57	2,50	5,20	5,75	1,50	1,50
P5	1,04	10,13	10,28	24,90	13,18	28,88	8,94	0,00	2,77	4,82	4,86	2,11	1,86
P6													
P7-1	0,60	10,77	16,82	35,32	18,57	27,87	6,46	0,01	3,57	4,36	5,18	1,94	1,81
P7-2	0,00	11,03	11,67	35,15	9,44	32,65	6,25	0,00	2,50	5,45	5,11	1,63	1,84
P7-3	0,58	23,02	30,31	37,52	59,73	26,29	7,23	0,05	4,19	3,94	5,96	2,25	2,08
P7-4	0,00	15,65	24,22	37,00	23,03	25,21	6,23	0,00	5,82	3,56	5,45	2,05	2,00
P8-1	0,00	13,87	23,66	38,62	36,94	41,13	7,45	2,53	3,14	5,90	6,00	3,33	2,00
P8-2	0,66	61,25	65,09	30,64	45,71	30,07	5,79	0,31	3,62	4,10	6,62	5,12	2,33
Cas part 1	0,74	23,68	29,08	38,10	37,84	28,81	6,98	0,30	3,98	3,60	5,93	2,18	2,12
Cas part 2	0,00	15,17	25,90	37,63	11,06	28,51	6,93	0,00	6,72	3,79	5,17	1,83	2,00
Cas part 3	0,36	59,60	53,56	37,71	43,24	23,91	5,76	0,60	3,13	3,56	6,64	2,66	2,49

**Groupes de résidents PLAISIR® correspondant aux critères de la BOC - AVEC CONDITION**

	Groupes BOC Ge Initiaux	Groupes AVQB Initiaux
P1	Pa-P1	AVQB1
P2	Pa-P2 et Pa-F	AVQB1
P3	Pa-F3 et Pa-F	AVQB1
P4	Pa-P6	AVQB1
P5	Pa-P7 et Pa-F	AVQB-D1
P6	Pa-P9	AVQB-D1
P7-1	Pa-P10	AVQB-D2
P7-2	Pa-P10	AVQB-D2
P7-3	Pa-P12	AVQB-D3
P7-4	Pa-P12	AVQB-D3
P8-1	Pa-P11	AVQB-D2
P8-2	Pa-P13	AVQB-D3
Gas part 1	Aucun	AVQB1-2
Gas part 2	Aucun	AVQB1-2
Gas part 3	Aucun	AVQB1-2

différence dans la  
mobilité et

différence dans la  
mobilité et

2584

Contrôle

**Groupes de résidents PLAISIR® correspondant aux critères de la BOC - Nombre et % de résidents DÉPENDANTS pour les différents critères**

NOUVEAU Groupe	P1		P2		P3		P4		P5		P6		Moy P3
	AVC	FI	P2	P2	P3	P3	P4	P4	P5	P5	P6	P6	
<b>ANCIEN Groupe</b>													
<b>Nombre de résidents</b>	0	0	0	0	200	228	11	29	237	228	11	29	100%
AVOB: se laver					200	228	11	29	237	228	11	29	100%
AVOB: s'habiller					200	228	11	29	237	228	11	29	92.1%
AVOB: se transférer					0	0	0	7	18	0	0	0	0.6%
AVOB: manger					10	16	0	7	18	4.2%	7.1%	63.6%	55.3%
AVOB: utiliser les wc					96	144	7	23	23	40.5%	63.7%	63.6%	71.9%
AVOB: continence					96	144	7	23	23	40.5%	63.7%	63.6%	53.4%
AVOT: utiliser les moyens de transport					97	129	1	23	23	40.9%	57.1%	9.1%	71.9%
AVOT: faire les achats					236	228	11	32	32	99.6%	100.0%	100.0%	99.8%
AVOT: ménage					236	228	11	32	32	99.6%	100.0%	100.0%	99.8%
AVOT: lessive					236	228	11	32	32	99.6%	100.0%	100.0%	99.8%
AVOT: repassage					236	228	11	32	32	99.6%	100.0%	100.0%	99.8%
AVOT: cuisine					236	228	11	32	32	99.6%	100.0%	100.0%	99.8%
AVOT: téléphoner*					86	108	4	13	13	36.3%	47.6%	36.4%	41.7%
AVOT: gérer ses médicaments					83	109	2	11	11	33.0%	46.8%	34.4%	39.9%
AVOT: gérer ses finances					20	27	1	3	3	30.0%	50.0%	18.2%	19.6%
Capacité à marcher					107	168	10	23	23	62.0%	74.3%	90.0%	71.0%
Capacité à entendre					31	33	0	11	11	13.1%	14.6%	9.1%	34.6%
Cognition					0	0	0	0	0	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Santé					102	104	5.2	13.6	13.6	43.2%	46.0%	47.3%	42.5%
<b>Total groupe</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>102</b>	<b>104</b>	<b>5.2</b>	<b>13.6</b>	<b>13.6</b>	<b>43.2%</b>	<b>46.0%</b>	<b>47.3%</b>	<b>44.5%</b>

\* Pas d'indications dans PLAISIR®

NOUVEAU Groupe	P4		P5		P6		Moy P5
	P4	P4	P5	P5	P6	P6	
<b>ANCIEN Groupe</b>							
<b>Nombre de résidents</b>	0	0	162	35	45	12	100%
AVOB: se laver			162	35	45	12	100%
AVOB: s'habiller			162	35	45	12	100%
AVOB: se transférer			4	2	23	3	12.6%
AVOB: manger			19	4	28	9	23.6%
AVOB: utiliser les wc			126	21	37	12	77.2%
AVOB: continence			126	21	37	12	77.2%
AVOT: utiliser les moyens de transport			120	24	41	0	76.4%
AVOT: faire les achats			162	35	45	12	100%
AVOT: ménage			162	35	45	12	100%
AVOT: lessive			162	35	45	12	100%
AVOT: repassage			162	35	45	12	100%
AVOT: cuisine			162	35	45	12	100%
AVOT: téléphoner*			77	15	21	6	46.9%
AVOT: gérer ses médicaments			89	12	19	5	49.2%
AVOT: gérer ses finances			162	29	45	11	97.2%
Capacité à marcher			118	25	33	10	73.2%
Capacité à lire			19	5	8	1	13.0%
Capacité à entendre			0	0	0	0	0.0%
Cognition			73.8	18.8	20.4	5.2	46.5%
Santé			73.8	18.8	20.4	5.2	46.5%
<b>Total groupe</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>162</b>	<b>35</b>	<b>45</b>	<b>12</b>	<b>46.5%</b>

**Groupes de résidents PLAISIR® correspondant aux critères de la BOC - Nombre et % de résidents DÉPENDANTS pour les différents critères**

NOUVEAU Groupe Ancien Groupe	P7-1		P5		P7-1		P7-2		P7-3		P7-4		C8E8BRT 2		P7-1		P7-2		P7-3		P7-4		C8E8BRT 2		Moy P7					
	P3	P4	P3	P4	P7-1	P7-2	P7-3	P7-4	Cas BRT 1	P7-4	Cas BRT 2	P7-4	Cas BRT 1	P7-4	Cas BRT 2	P7-1	P7-2	P7-3	P7-4	Cas BRT 1	P7-4	Cas BRT 1	P7-4	Cas BRT 2						
Nombre de résidents	41	26	251	19	1443	180	20	6	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%					
AVOB: se laver	41	26	251	19	1443	180	20	6	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%					
AVOB: s'habiller	41	26	251	19	1443	180	20	6	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%					
AVOB: se transférer	0	5	0	1065	107	13	4	0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	60,1%					
AVOB: manger	3	44	4	1207	149	13	4	12,2%	10,7%	83,6%	82,8%	83,6%	82,8%	83,6%	82,8%	83,6%	82,8%	83,6%	82,8%	83,6%	82,8%	83,6%	82,8%	83,6%	71,9%					
AVOB: utiliser les wc	32	19	230	16	1433	171	18	5	78,0%	67,9%	78,0%	67,9%	78,0%	67,9%	78,0%	67,9%	78,0%	67,9%	78,0%	67,9%	78,0%	67,9%	78,0%	67,9%	96,8%					
AVOB: continence	32	19	230	16	1433	171	18	5	78,0%	67,9%	78,0%	67,9%	78,0%	67,9%	78,0%	67,9%	78,0%	67,9%	78,0%	67,9%	78,0%	67,9%	78,0%	67,9%	96,8%					
AVOB: utiliser les moyens de transport	37	27	241	13	1437	180	18	5	90,2%	96,4%	90,2%	96,4%	90,2%	96,4%	90,2%	96,4%	90,2%	96,4%	90,2%	96,4%	90,2%	96,4%	90,2%	96,4%	96,5%					
AVOB: faire les achats	41	28	251	19	1443	180	20	6	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%					
AVOB: ménage	41	28	251	19	1443	180	20	6	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%					
AVOB: lessive	41	28	251	19	1443	180	20	6	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%					
AVOB: repassage	41	28	251	19	1443	180	20	6	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%					
AVOB: cuisine	41	28	251	19	1443	180	20	6	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%					
AVOB: téléphoner*	24	20	146	10	959	111	10	5	58,5%	71,4%	58,5%	71,4%	58,5%	71,4%	58,5%	71,4%	58,5%	71,4%	58,5%	71,4%	58,5%	71,4%	58,5%	71,4%	64,6%					
AVOB: gérer ses médicaments	33	25	219	11	1256	156	13	2	80,3%	88,3%	80,3%	88,3%	80,3%	88,3%	80,3%	88,3%	80,3%	88,3%	80,3%	88,3%	80,3%	88,3%	80,3%	88,3%	86,4%					
AVOB: gérer ses finances	36	27	251	13	1353	160	17	6	85,3%	89,6%	85,3%	89,6%	85,3%	89,6%	85,3%	89,6%	85,3%	89,6%	85,3%	89,6%	85,3%	89,6%	85,3%	89,6%	93,6%					
Capacité à marcher	36	25	251	13	1353	160	17	6	85,3%	89,6%	85,3%	89,6%	85,3%	89,6%	85,3%	89,6%	85,3%	89,6%	85,3%	89,6%	85,3%	89,6%	85,3%	89,6%	93,6%					
Capacité à lire	0	5	0	400	56	2	0	0	0,0%	17,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	24,9%					
Capacité à entendre	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%					
Cognition	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%					
Santé	19,8	69	144	126,2	9	771,8	93,2	10,6	48,3%	51,4%	48,3%	51,4%	48,3%	51,4%	48,3%	51,4%	48,3%	51,4%	48,3%	51,4%	48,3%	51,4%	48,3%	51,4%	52,7%					
<b>Total sous-groupes</b>	<b>1633</b>																							<b>26</b>	<b>100,0%</b>		<b>81,6%</b>	<b>1,3%</b>		<b>56,7%</b>
<b>Total groupe</b>	<b>1988</b>																							<b>596</b>	<b>100,0%</b>		<b>81,6%</b>	<b>1,3%</b>		<b>56,7%</b>

\* Pas d'indications dans PLAISIR®

NOUVEAU Groupe Ancien Groupe	P8		P8-1		P8-2		P8		P8		P8		Moy P8																	
	P8-1	P8-2	P8-1	P8-2	P8-1	P8-2	Cas part 3	P4	P8-1	P8-2	Cas part 3	P4	P8-1	P8-2	Cas part 3	P4	P8-1	P8-2	Cas part 3	P4	P8-1	P8-2	Cas part 3	P4						
Nombre de résidents	9	522	61	4	1,5%	87,6%	10,2%	0,7%	100,0%	100,0%	100,0%	75,0%	100,0%	100,0%	75,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100%					
AVOB: se laver	9	522	61	4	1,5%	87,6%	10,2%	0,7%	100,0%	100,0%	100,0%	75,0%	100,0%	100,0%	75,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100%					
AVOB: s'habiller	9	522	61	3	100,0%	100,0%	100,0%	75,0%	100,0%	100,0%	100,0%	75,0%	100,0%	100,0%	75,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	98,8%					
AVOB: se transférer	0	314	22	0	0,0%	60,2%	36,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	56,4%					
AVOB: manger	3	517	60	1	33,3%	99,0%	98,4%	25,0%	100,0%	100,0%	98,4%	100,0%	100,0%	100,0%	98,4%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	97,5%					
AVOB: utiliser les wc	9	522	60	4	100,0%	100,0%	98,4%	100,0%	100,0%	100,0%	98,4%	100,0%	100,0%	100,0%	98,4%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	98,8%					
AVOB: continence	9	522	60	4	100,0%	100,0%	98,4%	100,0%	100,0%	100,0%	98,4%	100,0%	100,0%	100,0%	98,4%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	98,8%					
AVOB: utiliser les moyens de transport	9	522	61	4	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%					
AVOB: faire les achats	9	522	61	4	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%					
AVOB: ménage	9	522	61	4	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%					
AVOB: lessive	9	522	61	4	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%					
AVOB: repassage	9	522	61	4	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%					
AVOB: cuisine	9	522	61	4	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%					
AVOB: téléphoner*	5	267	29	2	55,6%	51,1%	47,5%	50,0%	100,0%	100,0%	47,5%	50,0%	100,0%	100,0%	47,5%	50,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	50,8%					
AVOB: gérer ses médicaments	9	522	61	4	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%					
AVOB: gérer ses finances	9	522	61	4	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%					
Capacité à marcher	8	482	58	1	88,9%	92,3%	95,1%	25,0%	100,0%	100,0%	92,3%	95,1%	25,0%	100,0%	92,3%	95,1%	25,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	92,1%					
Capacité à lire	3	228	30	0	33,3%	43,7%	49,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	43,8%					
Capacité à entendre	9	522	61	4	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%					
Cognition	4,4	261,4	26,6	2	48,9%	50,1%	43,6%	50,0%	100,0%	100,0%	43,6%	50,0%	100,0%	100,0%	43,6%	50,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	49,4%					
<b>Total groupe</b>	<b>596</b>																							<b>596</b>	<b>100,0%</b>		<b>81,6%</b>	<b>1,3%</b>		<b>56,7%</b>

## **Annexe 4**

### **Rapport sur les résidents des EMS genevois qui pourraient être pris en charge à domicile**

**ISE** ✓

Anne Berthou

E-mail: Anne.Berthou@isesuisse.ch

9 avril 2009

**Construction des groupes BOC à partir de la base de données PLAISIR®**

Description du fichier Excel « Groupes BOC\_AB.xls », contenant les différents groupes BOC genevois construit à partir de la base de données PLAISIR® d'octobre 2008.

Ce document comprend :

1. Un rappel des critères choisis pour faire les requêtes et construire les groupes (elles se retrouvent également en partie dans le fichier Excel à l'onglet « Règles de construction » qui contient également remis les intitulés des différentes échelles utilisées par PLAISIR® et utilisées pour information dans la construction des groupes.)
2. Base de données PLAISIR® utilisée.
3. Une explication sur la structure du fichier Excel, afin d'en faciliter la lecture (les trois premiers onglets, synthétiques, peuvent être imprimés, si vous le désirez).
4. Quelques commentaires généraux. Certains de ces groupes méritent un affinage et/ou des regroupements (en particulier pour les groupes intitulés « Cas particuliers »).
5. Définitions et notations des variables et paramétrage des groupes

## 1. Critères choisis pour faire les requêtes et construire les groupes

Les règles générales utilisées pour construire les groupes BOC proviennent du document d'Antarès de 2001

- **13 profils ont été définis pour tenir compte de la dépendance chronique<sup>1</sup>. Le niveau de dépendance de chacun des profils est établi de la manière suivante:**

<b>AVQB</b> D1:70 D2:77 D3:3019	I → Personne indépendante pour les Activités de la Vie Quotidienne Basiques. D1 → Personne ne pouvant plus se laver, mais indépendante pour les trois autres AVQB. D2 → Personne ne pouvant plus se laver, et dépendante pour seulement une des trois des autres AVQB. D3 → Personne ne pouvant plus se laver, et dépendante pour au moins deux des trois des autres AVQB
<b>AVQI</b> DS:3166	I → Personne indépendante pour les Activités de la Vie Quotidienne Instrumentales Internes. DM → Dépendance modérée pour les AVQI-I. Personne dépendante pour faire le ménage et indépendante pour un ou deux des autres AVQI-I. DS → Dépendance sévère pour les AVQI-I. Personne dépendante pour toutes les AVQI-I
<b>AVQI-e</b> I:14 D:3147	I → Personne indépendante pour les Activités de la Vie Quotidienne Instrumentales Externes. D → Personne dépendante pour les AVQI-e.
<b>Troubles cognitifs ou psychiques</b>	Non → Personne sans trouble cognitif ou psychique ou avec un trouble qui n'affecte pas aux décisions courantes de la vie quotidienne. Oui → Personne avec des troubles cognitifs ou psychiques. L'intensité de ces troubles est d'habitude lié au niveau de dépendance pour les AVQB et les AVQI.

### 1.1. AVQ de base (AVQB)

Les 4 groupes ont été construits selon les critères suivants :

- **Niveaux de dépendance** : les niveaux ont été construits à partir des modes selon lesquels les soins sont accomplis par le personnel soignant
  - Guider/diriger : résidant indépendant
  - Aide partielle : résidant dépendant
  - Aide complète : résidant dépendant
- **Hygiène** : Les actions de soins retenues sont « toilette complète ou partielle ».
  - Décision : les données de la toilette partielle dominent. Si le résidant est indépendant au moins une fois pour la toilette partielle, alors il est considéré comme pouvant se laver.
- **Alimentation** : Les actions de soins retenues sont « dîner » et « souper ».
  - Décision : le résidant doit être dépendant pour les 2 codes, sinon il est considéré comme indépendant
- **Mobilisation** : Les actions de soins retenues sont « coucher/asseoir » et « lever du lit ».
  - Décision : les données de « coucher/asseoir » dominent. S'il est indépendant pour cette action, il est considéré comme indépendant pour la mobilisation
- **S'habiller** : Les actions de soins retenues sont « déshabillage » et « habillage ».
  - Décision : le résidant doit être dépendant pour les 2 codes, sinon il est considéré comme indépendant.

En outre, et pour information, le « niveau d'autonomie »<sup>1</sup> sur l'échelle AVQ de PLAISIR® a été systématiquement relevé pour chaque résidant.

### 1.2. Activités de la vie quotidienne instrumentales internes (AVQI-i)

Ces activités comprennent : la préparation du repas, l'entretien du ménage, la lessive.

Elles ne sont pas répertoriées dans PLAISIR®. Il est donc impossible d'effectuer un classement sur cette base. A priori, aucune personne en EMS n'est totalement ou modérément indépendante sur ce plan.

### 1.3. Activités de la vie quotidienne instrumentales externe (AVQI-e)

Ces activités comprennent : se déplacer en dehors du domicile, utiliser les moyens de transport, faire ses achats sans accompagnement.

Les critères utilisés pour les requêtes ont été :

- L'échelle de mobilité : si >à 5, la personne est dépendante
- L'échelle de vécu occupationnel : si >à 5, la personne est dépendante

Dans les faits, l'échelle de mobilité a dominé sur l'échelle de vécu occupationnel. Ces deux variables sont dépendantes à quelques exceptions près.

### 1.4. Troubles cognitifs ou psychiques.

Les variables retenues dans la base de données PLAISIR® sont les suivantes :

➤ Pour le tri :

- Communication individuelle de soutien (sans problème)
- Communication individuelle de soutien (déficits cognitifs)
- Communication individuelle de soutien (problèmes psychiatriques)

A relever : un résidant ne peut avoir qu'un seul type de communication mais le niveau de gravité peut varier selon les jours (trois cas seulement sur les 3'341 en ont 2)

➤ Pour le niveau de dépendance lié aux déficits cognitifs :

- 1 Légers : Indépendant
- 2 Modérés légers : Indépendant
- 3 Modérés sévères : Dépendant
- 4 Sévères - actifs : Dépendant
- 5 sévères - passifs : Dépendant

➤ Pour le niveau de dépendance lié aux problèmes psychiatriques

- Légers : Indépendant
- Modérés : Indépendant

<sup>1</sup> Les codes et intitulés des échelles se trouvent sur la page « Règles de construction » du fichier Excel

- Sévères : Dépendant

En outre, et pour information, le niveau « d'orientation » de l'échelle PLAISIR® et la « capacité de prendre des décisions » sur l'échelle FOPS de PLAISIR® ont été systématiquement retenues pour chaque résidant.

### 1.5. Donnée complémentaire

Pour chaque résidant, le nombre de minutes de soins (LAMal et-non LAMal) par jour a également été retenu.

### 1.6. Groupe BOC genevois

Les nouveaux groupes BOC genevois diffèrent un peu des groupes utilisés précédemment par Antarès. Le changement provient du regroupement d'un certain nombre de groupes selon les règles suivantes :

Groupes genevois	Groupes d'origine BOC
P1	PA-P1
P2	PA-P2 et PA-P4
P3	PA-P3 et PA-P5
P4	PA-P6
P5	PA-P7 et PA-P8
P6	PA-P9
P7	PA-P10 et PA-P12
P8	PA-P11 et PA-P13

### 1.7. Synthèse des règles utilisées

Compte tenu de ce qui précède, la synthèse des règles utilisées pour la création des groupes BOC genevois est la suivante :

Groupes genevois	Groupes d'origine BOC	AVQB*	AVQ-i **	AVQ-e***	Troubles cognitifs ou psychiques ****
P1	PA-P1	AVQB1	I	Mobilité et vécu occupationnel <5	Indépendant
P2	PA-P2 et PA-P4	AVQB1	DM	Mobilité et vécu occupationnel < ou >5	Indépendant
P3	PA-P3 et PA-P5	AVQB1	DS	Mobilité et vécu occupationnel < ou >5	Indépendant
P4	PA-P6	AVQB1	DS	Mobilité et vécu occupationnel >5	Dépendant
P5	PA-P7 et PA-P8	AVQB-D1	DS	Mobilité et vécu occupationnel < ou >5	Indépendant
P6	PA-P9	AVQB-D1	DS	Mobilité et vécu occupationnel >5	Dépendant
P7	PA-P10 et PA-P12	AVQB-D2 et D3	DS	Mobilité et vécu occupationnel >5	Indépendant

P8	PA-P11 et PA-P13	AVQB-D2 et D3	DS	Mobilité et vécu occupationnel >5	Dépendant
----	------------------	---------------	----	-----------------------------------	-----------

### 1.8. Cas particuliers

Trois groupes supplémentaires ont été créés qu'il faudra gérer manuellement. Ces groupes sont composés de résidents indépendants pour l'hygiène mais dépendants pour une ou plusieurs des autres activités de la vie quotidienne. Ces critères n'étant pas présents dans la BOC, ils ont été traités à part.

## 2. Base de données PLAISIR®

La base de données PLAISIR® est celle d'octobre 2009. Elle contient 3341 résidents genevois. Dans les groupes BOC, il y en a 3344, car trois personnes se trouvent 2 fois. Ces doublons pourront facilement être retirés à la main ultérieurement mais je les ai conservés afin que nous décidions ensemble comment procéder. Ils sont surlignés en vert pâle dans les groupes correspondants.

## 3. Structure et contenu du fichier Excel

Le fichier se compose de 3 types d'onglets :

- L'onglet « Règles de construction » contient un rappel des principales règles utilisées pour la création des groupes.
- Les onglets « Synthèse » et « MOB\_ORIENTATION » contiennent des calculs de synthèse effectués à partir des autres onglets :
  - « Synthèse » récapitule les nombres de résidents et moyennes par niveaux de dépendance des différents groupes
  - « MOB\_ORIENTATION » contient des tableaux croisés établis à partir des autres onglets. La série de gauche croise les échelles de mobilité et d'orientation, en fonction de types de dépendance pour les déficits cognitifs et problèmes psychiatriques. La série de droite, croise les types de problèmes psychiques avec leur niveau de gravité. Le but de ces tableaux est de tenter de mieux appréhender l'impact de ces problèmes psychiques.
- Les onglets suivants contiennent chacun la liste des résidents appartenant au groupe BOC genevois correspondant. Du fait du regroupement des groupes BOC initiaux, il a été créé 4 sous-groupes pour le groupe genevois P7 et 2 pour le groupe P8. Ces groupes différents par leur AVQB et par leur niveau de mobilité (voir tableau sur la feuille « Synthèse ». Les trois derniers onglets contiennent les listes des résidents appartenant aux cas particuliers.

## 4. Premiers commentaires

Je n'ai pas encore pris le temps de tout considérer de manière approfondie, car je voudrais tout d'abord valider les choix qui ont été faits. S'il faut les modifier, le temps de travail variera selon la variable à changer. S'il s'agit des variables AVQB, cela sera plus long que s'il s'agit des autres et, comme les requêtes sont très complexes, je ne suis pas certaine de pouvoir le faire seule.

#### 4.1. Contenu et nombre des groupes

Il y a plus de groupes que ce que vous aviez prévu. J'ai dédoublé P7 et P8 car il me semblait intéressant d'appréhender la conséquence du regroupement des groupes initiaux.

- P7 regroupe des résidents provenant du groupe AVQB-D2 et du groupe AVQB-D3 donc plus ou moins dépendants pour les actes de la vie quotidienne. Par contre, aucun ne souffre de troubles cognitifs ou psychiques. Toutefois, en terme d'AVQI-e, ou de mobilité, ces groupes se redivisent en 2. Les plus mobiles et les moins mobiles. Il y a aussi une différence en termes d'orientation et de temps de soins.
- La majorité des résidents PLAISIR® se trouve dans le groupe P7-3 (AVQB-D3, mobilité >6, vécu occupationnel >5 sauf 4 personnes, mais indépendants sur le plan psychique). 55 personnes (3.7% des résidents du groupe) ne reçoivent pas de communication pour déficits cognitifs ou problèmes psychiatriques. 465 en reçoivent pour des troubles légers et 968 de troubles modérés. Par contre, en terme d'orientation dans le temps et l'espace, la moyenne du groupe est à 5.8 ce qui correspond pratiquement à des « perturbations sévères ». Il me semble que c'est à ce niveau que la réflexion doit être faite, soit en choix de variables soit en termes de limite de dépendance.
- P8 regroupe aussi des résidents provenant du groupe AVQB-D2 et du groupe AVQB-D3 donc plus ou moins dépendants pour les actes de la vie quotidienne. Ce qui les différencie du groupe P7, c'est la présence de troubles psychiques sévères. C'est le groupe principal qui réunit ce type de résidents.

De plus, les trois groupes des « cas particuliers » sont à traiter de manière approfondie, car le premier et le troisième rassemblent des cas relativement lourds, même si ces personnes semblent autonomes pour leur hygiène personnelle.

- Le premier rassemble des personnes relativement lourdes sur le plan de la mobilité mais sans problèmes psychiques sévères.
- Le deuxième me semble relativement plus autonome. La moyenne de mobilité est juste à 5 (« mobilité restreinte au voisinage de l'établissement »).
- Le troisième est le plus lourd de tous les groupes. Il réunit des personnes avec des problèmes psychiques sévères mais aussi de problèmes de mobilité et d'orientation. Il faut que je trouve comment regarder à quoi tient cette indépendance pour se laver.

Ces trois groupes seront probablement à reclasser parmi les autres.

#### 4.2. Critères de classification

La BOC part de la capacité de se laver comme premier critère discriminatoire. Etant donné les soins prodigués en EMS, ce critère n'est probablement pas bon. En effet, il semble que les critères de mobilité et d'orientation sont plus déterminants quant à la dépendance et au niveau de soins requis par ces personnes. Les groupes « cas particuliers » en sont la preuve.

#### 4.3. *Doublets*

Trois personnes figurent en double dans les groupes. Deux sont deux fois dans le même groupe, avec un niveau de problème psychique différent et une figure dans un groupe où elle est considérée comme indépendante sur le plan psychique et un autre où elle est dépendante (« cas particuliers »). Ces doublets seront à retirer manuellement mais je ne voulais pas le faire avant d'avoir validé les critères avec vous.

Anne Berthou  
9 avril 2009



Anne Berthou

E-mail: Anne.Berthou@isesuisse.ch

25 mai 2009

### Définitions et notations des variables et paramétrage des groupes

Tableaux relatifs aux différents groupes en tenant compte des proportions de résidents répondant aux définitions et aux notations des différentes variables prises en considération.

#### **Définition et notation des variables - valeurs de base retenues pour le calcul <sup>1</sup>**

<b>Notation</b>	<b>Fonction</b>	<b>Critère BOC</b>	<b>Valeur retenue pour PLAISIR®</b>
Vision	Lire	Sans difficulté	Vue < 2
Audition	Suivre une conversation impliquant deux autres personnes	Sans difficulté	Ouïe < 3
Marcher	Marcher seul sans être incommodé	200m ou plus	Mobilité physique < 5
Laver	Se laver (bain, douche, lavabo)	Sans aucune assistance	Minutes de soins d'hygiène (comprennent lavage + habillage) : <= 7 minutes par jour
Habiller	S'habiller	Sans aucune assistance	Compris dans « se laver »
Manger	Manger	Sans aucune assistance	Minutes de soins d'alimentation : <=10 minutes par jour
Translit	Se transférer (lit-fauteuil)	Sans aucune assistance	Les données de «coucher/asseoir» dominant. Si le résident est indépendant pour cette action, il est considéré comme indépendant pour la mobilisation

Notation	Fonction	Critère BOC	Valeur retenue pour PLAISIR®
Contin	Continence (vésicale et anale)	Aucun trouble	Minutes de soins d'élimination : = 0
Utilisation des toilettes	Capacité d'utiliser les toilettes	Pas de définition	Minutes de soins d'élimination : = 0
Ménage	Faire le ménage	S'occupe de toutes les tâches légères	Vécu occupationnel <3
Cuisine	Préparer les repas	Planifie et prépare des repas adéquats, assistance éventuellement pour fournir la matière première	Vécu occupationnel <3
Lessive	Faire la lessive	Sans aucune assistance	Vécu occupationnel <3
Repassage	Faire le repassage	Sans aucune assistance	Vécu occupationnel <3
Achats	Faire les achats	S'occupe de tous les petits achats, éventuellement assistance pour les achats lourds	Vécu occupationnel <3
Transports	Utiliser les moyens de transport	Peut prendre un taxi sans être accompagné	Minutes de soins de mobilisation : = 0
Cognit	Fonctions cognitives	MMS >= 24 (ou avis professionnel)	<p>Pour le niveau de dépendance lié aux déficits cognitifs :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Légers : Indépendant</li> <li>2 Modérés légers : Indépendant</li> <li>3 Modérés sévères : Dépendant</li> <li>4 Sévères - actifs : Dépendant</li> <li>5 sévères - passifs : Dépendant</li> </ol> <p>Pour le niveau de dépendance lié aux problèmes psychiatriques</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Légers : Indépendant</li> <li>2 Modérés : Indépendant</li> <li>3 Sévères : Dépendant</li> </ol>

Notation	Fonction	Critère BOC	Valeur retenue pour PLAISIR®
Santé (variable non présente dans les groupes initiaux)	Soins infirmiers professionnels requis (évaluation, conseils et traitements)	Pas besoin de soins	Minutes de soins thérapeutiques (respiration, communication, médication, thérapie iv, traitements, méthodes diagnostiques = 0 minutes par jour, sauf : Communication : <=15 minutes par jour
Médication	Gérer ses médicaments	Pas besoin d'aide	Médication : <= 5 minutes par jour
Gestion des finances	Gestion des finances	Sans aucune assistance	Prise de décision <3

**Premier tableau dans le fichier Excel « Groupes BOC\_AB-âge-regroupement-valeurs.xls » à l'onglet « % dépendants » :**

Dans cet onglet, sont repris les nombre de personnes « DEPENDANTES » selon les critères ci-dessus et sont calculé leur pourcentage par rapport au groupe correspondant dans lequel ils sont classifiées.

Constat : pas d'information dans PLAISIR® pour deux critères : « utiliser le téléphone » et « vertiges ».

Une première remarque à ce niveau, il n'y a que quelques personnes qui ne sont pas dépendantes pour l'hygiène et l'habillement dans la base de données PLAISIR®, quel que soit le chemin employé pour parvenir à ce résultat. Cela provient sans doute des standards PLAISIR®, d'une part, et de modes de prise en charge d'autre part. On « putze » sans doute toujours autant les résidents dans nos EMS helvètes !

Sur cette base sont reporté les pourcentages correspondants dans les tableaux du fichier Excel « Profils IUMSPL map 13 à 8 - revuAB.xls ». Toutes les cellules dans lesquelles sont introduits des chiffres sont marquées en vert pâle.

Des moyennes pondérées n'ont pas été calculée car la manière de comparer la prévalence PLAISIR® avec la prévalence EUMAD n'est pas définie.

Remarque à ce stade : certains des critères sont probablement un peu trop approximatifs et pas très bon, notamment deux qui ne collent pas avec ceux de l'EUMAD : gérer les médicaments et utiliser les toilettes. Les proxy utilisés ne sont pas très bons.

Anne Berthou /25 mai 2009

<sup>i</sup> B. Santos-Eggimann et al. Modèle d'évaluation des politiques cantonales de prise en charge médico-sociale des personnes âgées chroniquement dépendantes et place du maintien à domicile, IUMSP, Lausanne, 1998



## RD 875 Rapport sur la planification sanitaire du canton de Genève 2012-2015

### Audition par la Commission de la santé - 16 septembre 2011

#### Préambule

La Fegems salue l'existence du rapport RD 875, qui est explicite sur les hypothèses utilisées pour effectuer les prévisions d'activité dans les différents secteurs et qui constitue une bonne vision d'ensemble.

Elle regrette cependant l'absence en annexe du rapport d'avril 2010 sur la planification médico-sociale 2010-2020 (DARES), pourtant mentionné en page 71 du RD 875. Elle regrette également la faible place consacrée aux EMS dans ce rapport (4 pages seulement).

La Fegems fait part ici de ses principales préoccupations de fond.

#### 1. Besoins en lits d'hébergement

Dans le RD 875, il est mentionné en page 73 que la capacité attendue de 3807 lits d'EMS à fin 2011 devrait rester suffisante pour quelques années.

Dans le rapport d'avril 2010 du DARES, nous trouvons les chiffres suivants (pages 22- 24):

	<i>Prévu 2010</i>	<i>Prévu 2022</i>	<i>Différence</i>
<i>Lits prévus (courbe H 3)</i>	3'965	4'907	+ 942
<i>Politique orientation</i>		-760	-760
<i>Lits nets retenus</i>	3'965	4'147	+ 182

Or, si nous prenons le réel en 2011, avec la même cible,

	<b>Réel 2011</b>	<b>Prévu 2022</b>	<b>Différence</b>
<b>Lits</b>	<b>3'807</b>	4'147	<b>+ 340 lits.</b>

nous constatons que ce sont au minimum 340 lits supplémentaires qu'il s'agirait de prévoir d'ici à 2022 (et non pas 182).

Cette correction devrait être apportée dans le rapport. En corollaire, il faut impérativement que les nouvelles constructions nécessaires soient planifiées dès maintenant et échelonnées dans le temps (sachant que la réalisation d'un nouvel EMS demande au minimum 5 à 6 ans), pour éviter des problèmes de disponibilités en places qui allongeraient les listes d'attente et provoqueraient des journées d'hospitalisation évitables.

Nous rappelons encore que l'amélioration de l'orientation des patients (estimée ci-dessus à 760 personnes) est conditionnée par la mise à disposition rapide des alternatives à l'hébergement (maintien à domicile renforcé pour 260 personnes et accueil dans des structures intermédiaires pour 500 personnes). Si ces capacités ne sont pas mises à disposition rapidement, nous risquons des problèmes supplémentaires de disponibilités en lits d'EMS.

## **2. Rôle des EMS dans le déploiement des structures intermédiaires (foyers de jour/nuit, places en UATR, immeubles avec encadrement).**

Le RD 875 préconise, d'ici 2015, la mise à disposition de 500 places supplémentaires en IEPA (8 immeubles de 60 places à construire...), d'un total de 200 places dans des foyers de jour (contre 115 actuellement) et de 100 places d'UATR (contre environ 70 prévues à ce jour).

Les structures intermédiaires sont regroupées dans le rapport sous le chapitre « maintien à domicile ». Or, il existe des complémentarités naturelles avec les EMS, en particulier pour l'accueil temporaire et l'accueil de jour.

Pour l'accueil temporaire, il s'agirait, pour les capacités nécessaires à l'horizon 2015, de répartir les places dans des EMS existants de différentes régions du canton. L'accueil temporaire est en effet une prestation typiquement de proximité, qui fait partie de la mission naturelle de l'EMS et qui devrait être offerte si possible dans l'EMS le plus proche. Dans ce domaine, il faut éviter la centralisation.

L'accueil de jour (à ne pas confondre avec les foyers de jour) est pratiqué dans de nombreux EMS. Il consiste en général à accueillir des personnes âgées habitant dans la commune pour le repas de midi et cas échéant pour l'animation du début d'après-midi.

De manière générale et dans les limites du possible, la Fegems soutient le développement d'EMS polyvalents, s'adaptant à chaque type de patients, ouverts sur l'extérieur et offrant d'autres possibilités d'accueil que le long séjour, tels que l'accueil temporaire, l'accueil de jour, le foyer de jour/ou de nuit ainsi que les résidences avec encadrement.

Notre secteur se déclare ainsi prêt à participer à la recherche de solutions concrètes et à collaborer au développement des structures intermédiaires prévues d'ici 2015.

## **3. Conséquences de la réduction des durées de séjour hospitalières liée à l'introduction généralisée des SwissDRG dès le 1<sup>er</sup> janvier 2012.**

CURAVIVA a récemment publié un rapport examinant les conséquences de l'introduction des DRG pour les homes médicalisés (rapport de M R. Widmer, disponible sur le site web de CURAVIVA).

L'introduction dès le 1er janvier 2012 du nouveau système tarifaire SwissDRG, basé sur les forfaits par cas, se traduira probablement par une pression accrue sur les durées de séjour en hôpital et par un déplacement de la charge en soins pour le secteur ambulatoire ou post aigu.

Pour les EMS, cela signifie que les patients en provenance d'un hôpital (SOMED 2009 : 30% en moyenne suisse, 67% pour Genève) pourraient représenter à l'avenir une charge en soins post-aigus ou de réhabilitation plus importante, que certains traitements médicaux pourraient devoir être effectués dans des homes médicalisés (p.ex : pansements sous vide, canules trachéales, aide respiratoire à long terme) et que les soins palliatifs et terminaux pourraient être de plus en plus « déplacés » dans les EMS.

Si l'on ajoute l'augmentation prévue des maladies chroniques et le fait que les personnes âgées entrant en EMS souffrent souvent de plusieurs maladies y compris

de démences, il faut s'attendre à une intensification des besoins en soins et en assistance dans les EMS.

Cette tendance n'est pas prise en compte dans le rapport. Nous demandons qu'il en soit fait mention, que l'impact de la réduction des durées moyennes de séjour à l'hôpital sur les EMS soit évalué et suivi, et qu'un financement adéquat de l'augmentation de la charge en soins et en assistance soit prévu.

#### **4. Soins aigus et de transition : quels développements et quels enjeux pour les EMS ?**

Les soins aigus et de transition prévus par la LAMal – soins donnés sur prescription médicale à la suite d'un séjour en hôpital pour une durée maximale de 14 jours – seront progressivement mis en œuvre.

Les conséquences de cette mise en œuvre ne sont pas abordées dans le rapport. Elles peuvent cependant être importantes et nous souhaitons qu'un complément soit apporté à cet égard.

L'organisation de tels soins posera assurément des problèmes du point de vue de la responsabilité médicale comme du point de vue des ressources et compétences nécessaires en aval pour assurer des soins appropriés.

#### **5 Conclusion**

En résumé, la Fegems demande :

- une planification échelonnée dans le temps des nouvelles constructions à prévoir sur la base d'au minimum 340 lits supplémentaires d'ici 2022, de manière à prévenir des problèmes d'engorgement ;
- la prise en compte du rôle que les EMS peuvent jouer en tant qu'EMS polyvalents, ouverts sur l'extérieur, dans le développement des structures intermédiaires ;
- la prise en compte de l'impact de la réduction des durées moyennes de séjour hospitalières sur l'activité de soins et d'assistance en EMS ;
- des compléments sur les conséquences de l'introduction des soins aigus et de transition.

La Fegems souligne encore qu'il s'agit de rester attentif au financement des soins et de l'accompagnement en EMS, en visant une reconnaissance particulière de la charge en soins palliatifs lors de situations de crise ou en phase terminale ainsi que pour les résidents atteints de démence.

La Fegems relève pour terminer que la planification sanitaire doit être accompagnée des moyens nécessaires à sa réalisation par des projets de lois ad hoc. Il en va par ailleurs de même pour la mise en œuvre du programme cantonal genevois de développement des soins palliatifs 2012- 2015, qui devrait être accompagné des moyens nécessaires à sa mise en place.

\*\*\*\*\*

