

Date de dépôt : 11 décembre 2019

- a) **RD 1315** **Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur la planification sanitaire du canton de Genève 2020-2023**
- b) **R 901** **Proposition de résolution du Conseil d'Etat approuvant le rapport de planification sanitaire du canton de Genève 2020-2023**

Mesdames et
Messieurs les députés,

Conformément à l'article 28, alinéas 1 à 3, de la loi sur la santé, du 7 avril 2006 (LS – K 1 03), notre Conseil vous transmet, ci-joint, le rapport de planification sanitaire du canton de Genève 2020-2023.

Ce rapport présente l'inventaire complet des besoins en soins prévisibles, dans lequel s'inscrit le financement public des différentes prestations, et propose des orientations dans les domaines de soins concernés.

Le vieillissement et l'accroissement de la population s'accompagneront inévitablement d'une augmentation des ressources nécessaires pour maintenir le niveau actuel d'accès aux soins. Toutefois, des modes de prise en charge alternatifs à l'hospitalisation en psychiatrie et en réadaptation, ainsi que la coordination des soins permettraient de limiter cette augmentation des besoins.

Sont également intégrées à ce document : la planification des besoins en personnel de santé, conformément au plan cantonal de lutte contre la pénurie des professionnels de santé, ainsi que la planification hospitalière et médico-sociale demandée par la loi fédérale sur l'assurance maladie.

L'évaluation des besoins réalisée dans ce rapport a également servi à l'élaboration de la nouvelle liste hospitalière déterminant les établissements admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins, précisée dans un arrêté et valable dès le 1^{er} janvier 2020.

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

AU NOM DU CONSEIL D'ÉTAT

La chancelière :
Michèle RIGHETTI

Le président :
Antonio HODGERS

Annexe :

Rapport de planification sanitaire du canton de Genève 2020-2023

Secrétariat du Grand Conseil**R 901**

Proposition présentée par le Conseil d'Etat

Date de dépôt : 11 décembre 2019

Proposition de résolution
approuvant le rapport de planification sanitaire du canton
de Genève 2020-2023

Le GRAND CONSEIL de la République et canton de Genève

vu l'article 28, alinéas 1 à 3, de la loi sur la santé, du 7 avril 2006 (LS – K 1 03);

vu le RD 1315 présentant le rapport de planification sanitaire du canton de Genève 2020-2023,

approuve le rapport de planification sanitaire du canton de Genève 2020-2023.

RAPPORT DE PLANIFICATION SANITAIRE DU CANTON DE GENÈVE

2020–2023



Photo: Louisa Brisset

AVANT-PROPOS



Mauro Poggia

Conseiller d'Etat en charge
de la santé

Quels seront nos besoins en termes de structures de soins en 2023 ? Comment le canton va-t-il couvrir ces besoins sachant que le nombre de Genevoises et Genevois de 80 ans ou plus va passer de 28 000 en 2020 à 45 000 en 2040 et que nous sommes donc au milieu de la forte pente du vieillissement de la population ? C'est à ces questions importantes, simples à formuler mais difficiles à traiter, que répond le présent rapport de planification sanitaire.

Le rapport remplit deux exigences légales : celle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) – qui oblige les cantons à établir leurs listes médico-sociale et hospitalière sur la base d'un rapport de planification méthodique – et celle de notre loi sur la santé (LS) par laquelle le canton s'engage à donner une visibilité quadriennale sur l'évolution de son système de soins. Au-delà de ces aspects légaux, le rapport de planification

sanitaire 2020-2023 donne surtout un cadre clair et explicite à l'action du Conseil d'Etat. Il identifie comment les institutions de soins soutenues par la main publique doivent grandir et évoluer pour permettre de prendre en charge tous ceux qui en auront besoin.

La feuille de route établie par ce rapport permettra de poursuivre le succès de la politique sanitaire cantonale. Grâce à la qualité des prestations hospitalières et grâce à la densité des structures intermédiaires et des soins ambulatoires, Genève présente en effet des taux d'hospitalisation et des taux de placement en établissements sociaux particulièrement bas. Et cela en conformité avec la volonté de la population de recevoir le plus de soins possible à domicile.

La période qui s'ouvre devrait par ailleurs permettre aux acteurs privés, que ce soit du maintien à domicile ou du monde hospitalier, de s'engager davantage dans la couverture des besoins en soins de la population. Les modalités de financement leur sont désormais plus favorables. Ils ont donc l'opportunité de démontrer leur volonté d'apporter une contribution plus marquée à la prise en charge de toute la population.

Ce rapport de planification sanitaire constitue les fondations chiffrées essentielles à toute réflexion dans un environnement aussi complexe et changeant que celui de l'organisation du système de santé. Il procurera donc un soutien fondamental pour l'élaboration des stratégies d'évolution et d'adaptation du réseau de soins pour les années à venir.

Le canton de Genève offre aujourd'hui à chacune et à chacun l'accès à des soins de très grande qualité, très souvent à la pointe des standards internationaux. Le rapport de planification sanitaire permet de nous préparer pour que nous puissions assumer encore dans les années qui viennent cette haute exigence.

SOMMAIRE

PLANIFICATION HOSPITALIÈRE – RÉSUMÉ	3
PLANIFICATION MÉDICO-SOCIALE – RÉSUMÉ	5
BESOIN EN PERSONNEL – RÉSUMÉ	10
1. INTRODUCTION	13
2. PROJECTIONS DÉMOGRAPHIQUES	14
Introduction	14
Méthode	14
Comparaison avec les projections précédentes	16
Principaux résultats du scénario choisi	16
3. PLANIFICATION HOSPITALIÈRE	20
Introduction	20
Soins aigus	24
Psychiatrie	36
Réadaptation et gériatrie	63
4. PLANIFICATION MÉDICO-SOCIALE	73
Introduction	73
Établissements médico-sociaux (EMS)	77
Soins à domicile (SAD)	83
Unités d'accueil temporaire de répit dans les établissements médico-sociaux (UATR-EMS)	89
Unités d'accueil temporaire de répit exploitées par l'imad (UATR-imad)	92
Foyers	95
Immeubles avec encadrement pour personnes âgées (IEPA)	98
Unités d'accueil temporaire médicalisées (UATM)	102

5. BESOINS EN PERSONNEL DE SANTÉ	105
Démographie de la médecine ambulatoire	105
Besoin en professionnels de la santé	114
INDEX DES ABRÉVIATIONS	136
RÉCAPITULATIF DES BESOINS 2020–2023 POUR LE CANTON DE GENÈVE	138
INDEX	139
ANNEXE I	142

PLANIFICATION HOSPITALIÈRE – RÉSUMÉ

L'objectif de toute planification hospitalière est d'évaluer de manière aussi précise que possible l'évolution des besoins en soins stationnaires de la population sur la base des informations disponibles. Ce chapitre de la planification hospitalière présente les résultats du modèle de projection utilisé pour les besoins futurs en soins aigus, en psychiatrie et en réadaptation.

L'arrêt du Tribunal administratif fédéral (TAF), du 16 janvier 2019, faisant suite au recours d'une clinique privée contre la précédente liste hospitalière, a nécessité une adaptation de la méthode de planification et de répartition des mandats entre les établissements privés et publics. Les aspects juridiques et administratifs de la planification feront donc également l'objet d'une présentation détaillée.

Planification des soins aigus

Les projections indiquent que le nombre annuel d'hospitalisations en soins somatiques aigus devrait atteindre 55 787 en 2020 pour les cas relevant de la loi sur l'assurance-maladie (c'est-à-dire hors cas relevant de l'assurance-invalidité, de l'assurance-accident, de l'assurance-militaire ou d'une assurance privée non-LAMaI). Ce nombre de cas augmenterait ensuite de 1,6% annuellement entre 2020 et 2023, soit environ 900 hospitalisations supplémentaires par année.

Le groupe de travail pour la planification des soins aigus, constitué de représentants des médecins de ville, des cliniques privées et des HUG, a permis de mettre en évidence des interventions dans des domaines spécifiques appelées à augmenter de façon plus que proportionnelle à l'évolution démographique. En parallèle, d'autres interventions devraient en principe se pratiquer presque exclusivement en ambulatoire, à la suite de l'introduction par l'OFSP de la liste de traitements « ambulatoire avant stationnaire ». Le recours aux prestations stationnaires des hôpitaux pour ces interventions devrait donc diminuer.

Le taux de croissance des hospitalisations est ainsi très variable selon les disciplines médicales, tant pour des raisons épidémiologiques liées à l'évolution de l'état de santé de la population, que pour des raisons techniques et réglementaires favorisant les prises en charges ambulatoires.

A ce titre, le nouveau modèle de planification utilisé, qui classe les hospitalisations par groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH), présente la situation de manière très détaillée en répartissant les besoins futurs dans 120 groupes de prestations environ.

Planification de la psychiatrie

Entre 2018 et 2023, les projections estiment une augmentation des journées d'hospitalisation de 4,77%. Le nombre de cas s'élèverait en 2023 à 3916, soit 122 181 journées d'hospitalisation (+0,9% en croissance annuelle moyenne). Sans changement dans les prises en charge, 24 lits supplémentaires seraient nécessaires en 2023 pour répondre à l'évolution démographique et diminuer la sur-occupation actuelle dans le département de psychiatrie des HUG.

Le groupe de travail consacré à la planification de la psychiatrie, qui a été constitué sous la direction du prof. Stefan Kaiser, chef du service de psychiatrie adulte aux HUG, considère qu'une stratégie de psychiatrie communautaire peut permettre d'éviter cette augmentation de lits et même d'en réduire un nombre important. Cela en améliorant la prise en charge par le soutien au rétablissement et l'intégration dans la communauté.

A ce titre, le chapitre relatif à la psychiatrie hospitalière présente deux scénarios alternatifs.

Le premier scénario préconise d'éviter les hospitalisations d'une durée supérieure à 100 jours et propose des solutions de prise en charge alternatives pour les patients concernés. Ce scénario permettrait potentiellement d'obtenir une diminution de 21 à 30 lits de psychiatrie.

Le second scénario, complémentaire au premier, fait l'hypothèse que certaines hospitalisations de courte durée seraient potentiellement évitables, s'agissant de patients qui ne requièrent pas une charge trop importante en soins infirmiers. Ce scénario permettrait potentiellement une diminution de 37 à 46 lits de psychiatrie.

Le rapport détaille les mesures et recommandations à mettre en œuvre, notamment en ambulatoire, pour permettre cette transition.

Planification de la réadaptation

La projection initiale identifie un besoin de 145 lits supplémentaires en réadaptation/gériatrie, dont environ 5% se situeraient dans des établissements hors canton. Le nombre de séjours en réadaptation en 2020 serait de 9 767, soit 323 407 journées. Ceci représente une croissance annuelle moyenne du nombre de journées de 2,4%.

Cependant, l'adaptation de l'offre de soins et des prises en charge permettrait de limiter considérablement le nombre de lits supplémentaires à créer. A ce titre, le rapport développe plusieurs pistes de réflexions conduisant à des propositions concrètes, dont certaines sont déjà en cours de réalisation (alternatives à l'hospitalisation, réadaptation ambulatoire, promotion de l'état de santé de la population âgée générale et coordination des soins).

Enfin, le rapport indique que le déploiement de la nouvelle structure tarifaire nationale de réadaptation ST-REHA, prévue en 2022, aura un impact majeur sur l'offre des soins stationnaires. Il existe une forte probabilité que certains séjours soient reclassés en soins aigus ou en attente de placement car certains patients ne correspondront pas aux critères médicaux standardisés de ST-REHA.

Au final, en soustrayant l'offre récente de la Clinique du Grand Salève (28 lits) et en prenant en compte l'impact de la nouvelle structure tarifaire, les besoins en réadaptation à l'horizon 2023 à 37 lits supplémentaires et 40 lits supplémentaires pour les attentes de placement.

PLANIFICATION MÉDICO-SOCIALE – RÉSUMÉ

Les personnes âgées en perte d'autonomie ou dépendantes représentent une population fragilisée nécessitant des soins spécifiques ainsi que le développement d'une offre de prestations adaptée à son état de santé.

Par définition, les soins de longue durée englobent l'ensemble des prestations en faveur de personnes atteintes dans leur santé ou leur autonomie, à l'exception des séjours à l'hôpital qui relèvent de la planification hospitalière. Ces prestations sont dispensées par des organisations de soins et d'aide à domicile (OSAD), des infirmiers-ères indépendant-e-s, des structures intermédiaires ou encore des établissements médico-sociaux (EMS). La situation de chaque personne étant unique et évolutive, elle nécessite une prise en charge différenciée en fonction du degré de dépendance.

La planification médico-sociale ou des soins de longue durée doit répondre à l'évolution des besoins dans le respect des critères de qualité et d'économicité de la prise en charge. Elle vise un développement optimal des prestations, en fonction de leur complémentarité et des possibilités de substitution. Les projections qui émanent de cette planification permettent d'orienter les actions de la politique sanitaire du canton.

La révision de la planification médico-sociale pour la période 2020-2023 comprend une analyse de la situation actuelle, une projection des besoins ainsi que des propositions de prise en charge parfois modulées selon la vision politique.

Etablissements médico-sociaux (EMS)

Lorsque les affections physiques ou psychiques de la personne âgée ne permettent plus une prise en charge à domicile, celle-ci se retrouve amenée à passer la dernière étape de sa vie dans une institution capable de lui fournir des soins médicaux adaptés. Les établissements médico-sociaux (EMS) genevois remplissent cette fonction, tout en préservant un lien social important, évitant ainsi l'isolement de cette population particulièrement fragilisée et dépendante.

En 2017, 3 945 personnes originaires du canton du Genève résident dans les 54 EMS du canton.

A l'horizon 2023, le besoin en lits est estimé à 4 468, soit 417 de plus qu'en 2017 (croissance annuelle de 1,6%). Compte tenu des réalisations ou projets prévus jusqu'en 2023, le besoin net en lits long-séjour (LS) à l'horizon 2023 est de 209 unités.

Soins à domicile (SAD)

Le canton de Genève poursuit depuis de nombreuses années une politique favorisant le maintien à domicile. La prise en charge en EMS est donc réservée en priorité aux personnes les plus dépendantes et/ou nécessitant de soins médicaux importants.

En 2017, les services de soins à domicile ont délivré des prestations à 17 732 clients dans le canton de Genève. L'imad est le prestataire le plus sollicité du canton. Son activité représente environ 60% du total des heures de soins délivrées en 2017.

Le nombre d'heures de soins prodiguées à domicile par l'ensemble des fournisseurs de prestations (imad, organisations privées et infirmiers indépendants) devrait passer de 948 190 heures en 2017 à 1 083 944 heures (+14,3%) en 2023 selon le scénario le plus probable, soit une augmentation de 14% en six ans, c'est-à-dire de 2,3% par année.

D'après le modèle utilisé pour réaliser les projections, le nombre d'heures de soins requises devrait augmenter de manière proportionnelle pour les trois types de fournisseurs de prestations à domicile (imad, organismes privés, infirmiers indépendants), car aucune hypothèse sur la croissance d'un fournisseur en particulier par rapport aux autres n'a été modélisée.

Les projections de la planification sanitaire font ressortir la nécessité pour le canton de Genève de disposer de plus d'infrastructures pour répondre à la forte évolution des besoins dans ce domaine pour la prochaine période 2020-2023.

Structures intermédiaires

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

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

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

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

En 2017, on dénombre 52 clients ayant effectué 70 séjours UATR en EMS, soit 1 206 journées.

A l'horizon 2023, le besoin en lits est estimé à 60, soit 55 de plus qu'en 2017 (croissance annuelle de 51,3%). Compte tenu des ouvertures réalisées ou prévues jusqu'en 2023, le besoin net en lits à l'horizon 2023 est de 21 unités.

Pour mieux exploiter le potentiel des structures intermédiaires actuelles, il est prévu de diminuer le prix quotidien du séjour en UATR afin de baisser leur seuil d'accès et de faire bénéficier davantage la population de ces prestations de répit permettant de retarder l'entrée en EMS.

Unités d'accueil temporaire de répit exploitées par l'imad (UATR-imad)

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

Les UATR sont destinées aux personnes qui présentent une situation médicale stable et dont le proche aidant a besoin de répit ou est momentanément affecté dans sa santé.

En 2017, on dénombre 469 clients ayant effectué environ 643 séjours UATR au sein des structures exploitées par l'imad.

A l'horizon 2023, le besoin en places est estimé à 42, soit 4 de plus qu'en 2017 (croissance annuelle de 1,8%). Toutefois, comme lors de la planification 2016-2019, les besoins en UATR sont concentrés dans ceux exploités par les EMS. Ainsi, à l'horizon 2023, il n'y a pas de besoin retenu pour les lits UATR-imad.

Afin de mieux exploiter le potentiel des structures intermédiaires actuelles, il serait souhaitable de diminuer le prix quotidien du séjour en UATR. Ceci aura pour effet de baisser leur seuil d'accès et de faire bénéficier davantage la population de ces prestations de répit permettant de retarder l'entrée en EMS.

Foyers

Un foyer est un lieu d'écoute et de partage qui permet au client de garder un lien social et au proche aidant de bénéficier d'un moment de répit. Diverses activités sont proposées aux personnes âgées en perte d'autonomie. Par ailleurs, des soins peuvent être fournis, sur prescription médicale.

En 2017, 654 clients ont participé aux activités de foyers de jour/nuit ou ont été occasionnellement accueillis en foyer de nuit.

A l'horizon 2023, le besoin en places est estimé à 150, soit 13 de plus qu'en 2017 (croissance annuelle de 1,5%). Compte tenu des ouvertures de foyers prévues jusqu'en 2023, le besoin net en places à cet horizon est largement couvert.

La politique cantonale en faveur du maintien des personnes âgées à domicile va soutenir l'ouverture des foyers prévus d'ici à 2023 afin que la couverture des besoins soit assurée.

Immeubles avec encadrement pour personnes âgées (IEPA)

Les immeubles avec encadrement pour personnes âgées (IEPA) proposent aux personnes âgées, dont le besoin de soins est faible, des appartements adaptés, sans barrière architecturale et équipés d'un système d'alarme intégré.

La construction d'IEPA est un élément fondamental de la politique de maintien à domicile suivie par l'Etat. Ces immeubles permettent de retarder l'entrée en EMS de 2 ans en moyenne, selon le rapport de planification 2012-2015.

En 2017, 1 364 personnes résidaient dans un IEPA, parmi lesquelles 577 bénéficiaient de prestations d'aide ou de soins.

Le besoin global de nouveaux logements s'élève à 607 unités sur la période 2011-2023. Sur la période couverte par les deux précédents exercices de planification, 335 logements ont été construits à fin 2019. Sur les 607 logements supplémentaires indiqués par la planification depuis 2011, il resterait donc encore 272 logements à construire à l'horizon 2023, soit 5 IEPA sur la période 2020-2023.

La politique publique cantonale poursuit l'objectif de répondre au souhait des personnes âgées de vivre le plus longtemps possible chez elles, dans les meilleures conditions possibles. Pour permettre ce maintien à domicile, l'Etat va poursuivre l'accompagnement des projets de construction d'IEPA.

Unités d'accueil temporaire médicalisées (UATM)

Les unités d'accueil temporaire médicalisées (UATM) ont pour but de favoriser le maintien à domicile et d'éviter des hospitalisations inappropriées. Elles accueillent pour un séjour court (de 24h à quelques jours)

des personnes en situation médicale instable, qui nécessitent une surveillance médicale rapprochée, mais qui n'ont pas besoin du plateau technique d'un hôpital universitaire.

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

En 2017, 302 clients ont effectué un ou plusieurs séjours au sein d'une UATM.

A l'horizon 2023, le besoin en lits est estimé à 20, soit 13 de plus qu'en 2017 (croissance annuelle de 19,1%). Compte tenu des 10 lits disponibles à fin 2019, le besoin net en lits à l'horizon 2023 est de 10 unités.

Pour en savoir plus...

Direction générale de la santé – secteur des EMS :

<https://www.ge.ch/etablisements-medico-sociaux-ems>

Direction générale de la santé – portail du réseau de soins, accueil-temporaire :

<https://www.ge.ch/reseau-soins-genevois-maintien-domicile-accompagnement-proches-aidants/accueil-temporaire>

Direction générale de la santé – portail du réseau de soins, foyers :

<https://www.ge.ch/reseau-soins-genevois-maintien-domicile-accompagnement-proches-aidants/foyers-jour-jour-nuit-specialise>

Direction générale de la santé – secteur du réseau de soins, IEPA :

<https://www.ge.ch/construire-exploiter-iepa/iepa-lois-reglements-documents-information>

Direction générale de la santé – portail du réseau de soins, IEPA :

<https://www.ge.ch/reseau-soins-genevois-maintien-domicile-accompagnement-proches-aidants/immeubles-encadrement-personnes-agees-iepa>

Direction générale de la santé – liste hospitalière :

<https://www.ge.ch/hospitalisation-geneve-autre-canton/bases-legales-liste-hospitaliere>

Office cantonal de la statistique (OCSTAT) :

<https://www.ge.ch/statistique>

Institution genevoise de maintien à domicile (imad) :

<https://www.imad-ge.ch>

IMAD – UATR :

<https://www.imad-ge.ch/fr/prestations.php?service=17>

IMAD – IEPA :

<https://www.imad-ge.ch/fr/prestations.php?service=11>

Association genevoise des foyers pour personnes âgées :

<http://www.foyers-jour-nuit.ch>

Association Alzheimer :

<http://alz-ge.ch>

Association genevoise des EMS (AGEMS) :

<https://www.agems.ch>

Fédération genevoise des EMS (FEGEMS) :

<https://www.fegems.ch>

Association d'aide et d'accompagnement des personnes âgées en EMS et leurs familles (apaf) :

<http://www.apaf.ch>

Plateforme des aînés :

<http://www.pplateformeaines.ch>

Pro Senectute Genève :

<https://ge.prosenectute.ch>

Centre social protestant :

<https://csp.ch/geneve>

Croix-Rouge : présence seniors :

<https://www.croix-rouge-ge.ch/?page=presence-seniors>

Association palliative Genève :

<https://www.palliativegeneve.ch>

Cité générations – maison de santé :

<https://www.cite-generations.ch/?page=Hebergement>

BESOIN EN PERSONNEL – RÉSUMÉ

Médecine ambulatoire

Dans le canton de Genève, l'offre de médecins pour assurer la médecine ambulatoire est élevée, c'est pourquoi elle est régulée par une commission cantonale quadripartite, chargée de l'application de la clause du besoin fédérale.

Clause du besoin

En 2002, le Conseil fédéral a édicté l'ordonnance sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire (OLAF), entrée en vigueur en 2002 et ne permettant plus aux médecins autorisés à pratiquer de facturer automatiquement à la charge de la LAMal, sauf pour les médecins ayant effectués trois ans de formation dans un établissement suisse reconnu. Après plusieurs interruptions et adaptations, la clause du besoin est finalement prolongée jusqu'en 2021.

Droits de pratique

Le nombre total d'autorisations de pratiquer délivrées à des médecins par le canton de Genève en 2016, 2017 et 2018 restent assez stables avec respectivement 268, 238 et 251 nouvelles autorisations. En 2018, 60 médecins spécialisés en médecine interne générale, 11 pédiatres et 10 gynécologues-obstétriciens ont obtenu un droit de pratiquer.

Evaluation des besoins

La commission cantonale quadripartite, présidée par la Direction générale de la santé et composée de médecins d'hôpitaux publics, de cliniques privées, de médecins et de l'association des médecins de Genève (AMGe), est en charge de la régulation dans le canton de Genève. Sur la base d'une enquête annuelle réalisée par l'AMGe, la commission analyse les dossiers et s'assure de la bonne couverture de médecins pour chaque spécialité au sein du canton.

Evolution du nombre de médecins facturant à charge de la LAMal

Depuis 2016, le nombre de médecins recensés a augmenté de 3% par année. Cette tendance à la hausse s'explique par le fait que la clause du besoin actuelle est moins restrictive qu'auparavant, car elle admet tous les médecins qui font une demande, à condition qu'ils remplissent les conditions. Alors que la tendance à Genève était à la maîtrise des coûts, l'augmentation de l'offre ambulatoire suite à la suspension de l'outil de régulation a été suivie d'une augmentation des coûts. Entre 2010 et 2018, les coûts des médecins ont augmenté de presque 40%.

Mesures proposées

Le canton de Genève va continuer de réguler l'offre ambulatoire en fonction des besoins réels de la population, en appliquant la clause du besoin aussi longtemps que cette possibilité légale lui sera offerte. Par ailleurs, une surveillance plus importante sera effectuée auprès des institutions et médecins non autorisés à facturer à charge LAMal. Proposer une offre satisfaisante de médecins de premiers recours et de spécialistes à la population genevoise et favoriser le passage d'une médecine hospitalière à une médecine de plus en plus ambulatoire sont des objectifs visés par le canton de Genève.

Besoins en professionnels de santé

L'évaluation des besoins futurs en professionnels de santé a comme objectif d'éviter une pénurie, définie par un déséquilibre, sur le marché du travail, entre les besoins du système de santé et l'offre de professionnels formés en Suisse. L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) a été mandaté pour réaliser l'étude des besoins. Sont pris en compte les besoins des hôpitaux, des institutions médico-sociales ainsi que des organisations de soins à domicile.

Projeté-réalisé

Dans le précédent rapport de planification 2016-2019, le canton avait évalué un besoin en professionnels de santé annuel compris entre 450 et 831. Les résultats indiquent que les besoins ont été surestimés entre 1,4% et 15,4% (234-2519 personnes). Ce sont avant tout les besoins en personnel de la catégorie «Autres/sans formation» qui ont été surévalués - entre 19,5% et 56% (428-1 228 personnes).

Projections 2030

Hôpitaux de soins aigus : selon le scénario retenu, nous estimons que 1 594 professionnels de santé seront nécessaires. A ce nombre s'ajoute 1 644 départs à la retraite.

Cliniques psychiatriques : 545 personnes devront être nouvellement engagées, dont 378 départs à la retraite.

Cliniques de réadaptation : le canton vise à repousser le plus possible un éventuel séjour en institution mais en raison du vieillissement de la population, nous estimons que les durées de séjours resteront constantes. Dans cette optique, un besoin de 986 professionnels du domaine de la santé est attendu, dont 455 en raison des départs à la retraite.

EMS : partant d'une hypothèse optimiste, avec une croissance modérée de la population et un recours constant aux EMS, le besoin serait de 1 984 personnes, dont 1 024 départs à la retraite.

Dans une hypothèse plus pessimiste, avec une morbidité plus sévère de la population concernée, le besoin serait de 2 579 professionnels, dont 1 024 départs à la retraite.

OSAD : pour les services d'aide et de soins à domicile le besoin supplémentaire va de 774 à 1 121 professionnels de santé supplémentaires, auxquels il faut ajouter 736 départs à la retraite.

Mesures proposées

L'accroissement des besoins en soins de la population nécessitera du personnel de santé supplémentaire, compris entre 4 000 et 5 000 personnes d'ici 2030, auxquelles s'ajoutent 4 200 départs à la retraite, à remplacer. Cette croissance des effectifs devrait être plus forte dans les cliniques de réadaptation, les EMS et les services d'aide et de soins à domicile en raison des évolutions épidémiologiques.

Afin de répondre à ces besoins, le canton poursuivra ses efforts pour devenir encore plus autonome en matière de formation et continuera de promouvoir les métiers de la santé, notamment les assistant(e)s en soins et santé communautaire (ASSC).

1. INTRODUCTION

La planification sanitaire cantonale a comme objectif de déterminer l'évolution des besoins en soins de la population du canton de Genève et de définir les moyens de les satisfaire de la façon la plus rationnelle et la plus économique possible.

Elle vise à améliorer l'efficacité du réseau de soins et du système de santé genevois et à offrir des soins accessibles, appropriés et de qualité à la population, le tout dans le respect du cadre légal. Les besoins sont estimés à l'aide de modèles de projection spécifiques, constitués d'hypothèses relatives à l'évolution démographique et épidémiologique, ainsi que sur des objectifs de santé publique.

En tant qu'outil d'aide à la décision, la planification sanitaire permet au canton de fixer les priorités et d'allouer les ressources correspondantes. Il n'y a toutefois pas d'automatisme entre les besoins estimés par la planification et leur financement. A ce titre, les résultats des projections demeurent indispensables pour l'élaboration des budgets nécessaires à la couverture adéquate des besoins en soins et pour la planification des investissements indispensables au réseau de soins genevois.

Le résultat des travaux de planification réalisés pour la période 2020-2023 figure dans le présent rapport. Ce document évalue les besoins dans les trois domaines suivants :

- **planification hospitalière** (soins somatiques aigus, soins de réadaptation et de gériatrie, soins de psychiatrie) ;
- **planification médico-sociale** (établissements médico-sociaux, soins à domicile, structures intermédiaires) ;
- **besoins en personnel de santé** (démographie de la médecine ambulatoire, besoin en professionnels de la santé).

Le domaine de la prévention et de la promotion de la santé (PPS) fait l'objet d'un rapport séparé du Conseil d'Etat, adopté à l'intention du Grand Conseil le 11 septembre 2019 et dans lequel le plan cantonal de promotion de la santé et de prévention 2019-2023 est présenté.

Les projections de population utilisées pour la planification sanitaire se basent sur un scénario d'évolution démographique modérée, élaboré par l'office cantonal de la statistique (OCSTAT) : la croissance annuelle moyenne de la population d'ici 2023 atteindrait, selon ce scénario, +0,9% par an.

Ce rapport de planification a été élaboré par la Direction générale de la santé (DGS), avec l'appui de nombreux partenaires. L'expertise de l'Observatoire suisse de la santé (Obsan), notamment, a été sollicitée pour la réalisation des projections statistiques relatives à l'évaluation des futurs besoins dans tous les domaines (soins hospitaliers, médico-social et professionnels de santé). Ces évaluations ont ensuite été analysées par des groupes de travail spécifiques, mandatés par la DGS, chargés d'examiner les résultats et de les inscrire dans la réalité genevoise.

Dans le domaine de la planification hospitalière, les résultats de l'évaluation des besoins ont d'ores et déjà servi de base à un appel d'offres pour la couverture des besoins en soins aigus dès 2020.

2. PROJECTIONS DÉMOGRAPHIQUES

Introduction

Tous les cinq ans, l'Office cantonal de la statistique du canton de Genève (OCSTAT) publie des projections de population. Le dernier exercice publié, sur lequel se basent les projections de besoins en soins et en personnel de ce rapport de planification, couvre la période 2016-2040. Le présent chapitre a comme objectif de décrire de manière synthétique la méthode utilisée pour ces projections de population et décrire les principaux résultats. Pour plus de détails, nous invitons le lecteur à consulter le rapport de l'OCSTAT « Projections démographiques pour le canton de Genève » disponible en ligne¹.

Méthode

La dynamique d'une population dépend de trois facteurs : évolution de la fécondité, de la mortalité et des migrations. La réalisation de projections démographiques nécessite donc de formuler des hypothèses relatives à l'évolution future de ces trois composantes. La formulation de ces hypothèses s'appuie sur la connaissance que l'on a des évolutions passées, mais constitue forcément un exercice de prospective risqué par nature. Ainsi, le but des projections de population n'est pas de prévoir au plus juste le nombre de résidents du canton dans les années à venir, mais de présenter le champ des possibles sous la forme de scénarios.

Si, dans le contexte actuel, l'évolution de la mortalité semble relativement prévisible, il est plus délicat d'anticiper l'évolution de la fécondité. Celle-ci a néanmoins peu varié ces dernières décennies parmi les populations européennes.

Les migrations, en revanche, fluctuent fortement. Cela est d'autant plus vrai à l'échelle régionale, où la somme des mouvements migratoires résulte d'un grand nombre de facteurs interdépendants, tels que la conjoncture économique, les contraintes relatives au marché du logement ou encore l'évolution des infrastructures de transports.

Ce sont les hypothèses sur le solde migratoire, à savoir la différence entre les entrées et les sorties du canton, qui différencient les scénarios proposés par l'OCSTAT. Les hypothèses de fécondité et de mortalité sont identiques pour l'ensemble des scénarios. Comme on peut le constater dans le tableau ci-dessous, l'OCSTAT définit quatre scénarios. Le scénario I est celui qui prévoit le solde migratoire le plus élevé, ce qui correspondrait à une conjoncture économique favorable associée à une construction de logements en augmentation pour répondre à une croissance annuelle moyenne de 3 050 personnes (scénario I). Le scénario IV est un scénario dit « portes fermées » qui suppose un solde migratoire nul, ce qui est peu probable, mais démontre la part prédominante de la migration dans la croissance de la population genevoise.

→ T2.1 Solde migratoire selon le scénario, de 2016 à 2040, dans le canton de Genève

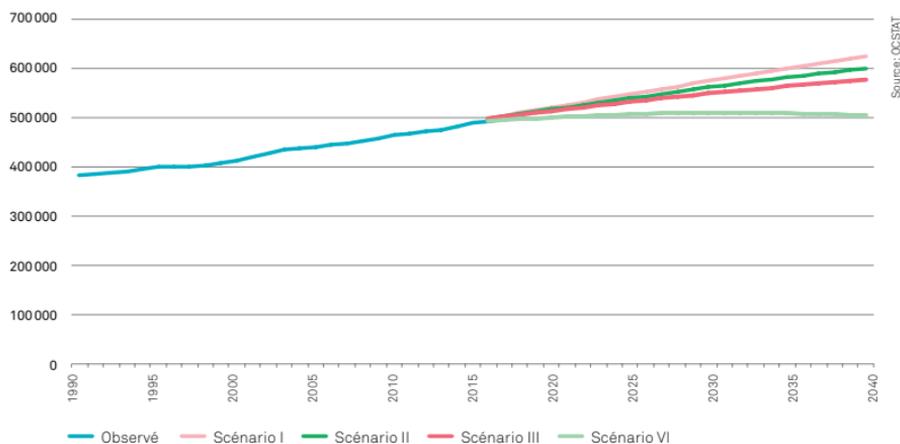
	SCÉNARIO I	SCÉNARIO II	SCÉNARIO III	SCÉNARIO IV
Solde migratoire moyen	3050	2300	1600	-

Source: OCSTAT / STATVD

1 <https://www.ge.ch/statistique/tel/publications/2016/analyses/communications/an-cs-2016-53.pdf>

Afin d'éviter la multiplication des résultats à présenter, un seul scénario d'évolution démographique a été choisi comme base pour l'ensemble des résultats de la planification sanitaire présentés dans ce rapport. Le choix s'est porté sur le scénario démographique II. Dans ce scénario, il est fait l'hypothèse que le canton de Genève parviendra à accélérer le mouvement de la construction de logements afin d'absorber un solde migratoire annuel de 2 300 personnes. Même s'il ne s'agit pas du scénario le plus élevé en termes d'augmentation de la population, il reste optimiste : le solde migratoire s'inspire de l'évolution observée entre 2010 et 2015 et dépasse de 37% la migration nette de la période 1980-1999.

→ G.2.1 Evolution de la population du canton de Genève de 1990 à 2018 et projections démographiques de 2015 à 2040



Le décalage existant entre le moment où les projections démographiques sont publiées par l'OCSTAT et la rédaction de ce rapport permet déjà de faire un point sur l'écart entre les projections pour les années 2016 à 2018 et l'évolution réelle de la population. On observe ainsi que la croissance de la population a subi un ralentissement et que l'écart entre la population effective en 2018 et celle projetée par le scénario II atteint environ 5 500 personnes (sur une population totale qui dépasse les 500 000 personnes). Il faut donc considérer les estimations des besoins produites sur la base de ces projections comme des estimations « hautes ».

Comparaison avec les projections précédentes

Dans le rapport de planification 2016-2019, le scénario appelé « engagement transfrontalier » par l'OCSTAT dans son jeu de projections pour la période 2010-2040 avait été choisi comme base pour les projections des besoins en soins. Celui-ci postulait un solde migratoire de 3 100 personnes par an. En 2018, on constate que ce scénario avait prévu environ 6 000 personnes de moins que la population réellement présente en 2018. Il y a une sous-estimation importante de la population des 40-64 ans, la part de la population la plus grande en proportion. En revanche, l'erreur est moins importante et inverse pour la population des 65 ans ou plus. Ceci démontre l'immense difficulté de prévoir précisément l'augmentation de la population et de sa structure, d'autant plus dans un canton où les flux migratoires sont particulièrement importants et dépendants de la conjoncture économique et légale. Par exemple, les changements de législation concernant l'assurance-maladie des frontaliers et les règles en matière de succession ont pu causer un frein à l'installation des Genevois en France voisine, provoquant ainsi une croissance de la population à Genève plus élevée que prévue.

→ T2.2 Comparaison entre le scénario « engagement transfrontalier » des projections de population 2010 – 2040 et la situation observée, en 2018 dans le canton de Genève

	2018 PROJETÉ	2018 RÉEL	DIFFÉRENCE RÉEL - PROJETÉ
0 - 19 ans	103 669	104 438	769
20 - 39 ans	141 367	142 262	895
40 - 64 ans	166 533	172 406	5 873
65 - 79 ans	58 079	57 304	-775
80 ans ou plus	25 967	25 338	-629
Total	495 616	501 748	6 132

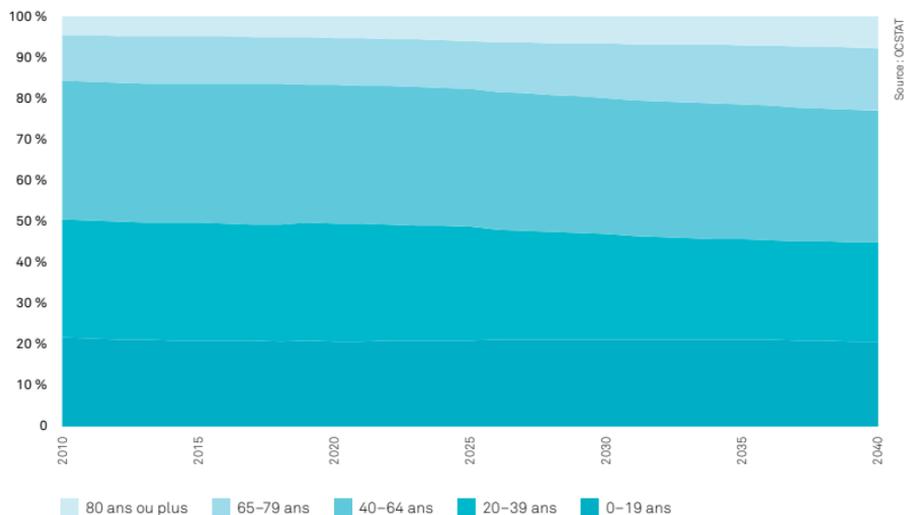
Source : OCSTAT

Principaux résultats du scénario choisi

L'espérance de vie à la naissance a connu en Suisse une progression continue tout au long du XX^e siècle. Elle a ainsi franchi le seuil des 60 ans dans les années 1920 et celui des 80 ans au début du XXI^e siècle. Dans tous les scénarios de projection démographique de l'OCSTAT, une progression de l'espérance de vie est anticipée dans les prochaines décennies : elle atteindrait 86,0 ans chez les hommes et 89,7 ans chez les femmes.

Cette augmentation de l'espérance de vie, associée à un taux de fécondité plutôt stable, implique une part toujours croissante de la population âgée de 65 ans ou plus : d'ici 2040, leur proportion dans le canton de Genève passera de 17% à 21,5% dans le scénario choisi. La croissance est particulièrement marquée pour les personnes âgées de 80 ans ou plus, qui représenteraient 7,3% de la population en 2040, contre 4,8% en 2015.

→ **G2.2 Répartition de la population du canton de Genève par classe d'âges. Données observées de 2010 à 2018, projections démographiques de 2019 à 2040**



Dans le canton de Genève, l'impact de l'augmentation de l'espérance de vie est toutefois modéré par un solde migratoire qui, au cours des dernières décennies, se caractérise par un solde positif de personnes de moins de 45 ans et un solde négatif de personnes de 45 ans ou plus. Ainsi, le solde de 2 300 arrivées annuelles nettes postulées dans le scénario retenu se décompose en un solde positif de 3 605 pour les moins de 45 ans et un solde négatif de -1 305 pour les 45 ans ou plus.

Toutefois, l'impact de ce vieillissement sur le système de santé et le recours aux soins reste important. Selon l'enquête suisse sur la santé de l'OFS², la part de la population suisse souffrant de problèmes de santé de longue durée est de 33%. Entre 65 et 74 ans, elle est de 45% et au-delà de 75 ans, plus de la moitié des individus souffrent d'un problème de santé.

Le tableau ci-dessous résume les principales tendances du scénario II, qui peut être considéré comme un scénario de croissance « moyenne ». A l'horizon 2025, celui qui se rapproche de la période de planification sanitaire 2020-2023, on constate déjà une modification notable de la population en termes de structure d'âges.

² <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiken/gesundheit.html>

→ T2.3 Projections démographiques du canton de Genève de 2016 à 2040, principaux résultats selon le scénario III¹

Résultats annuels et situation au 31 décembre

	2015 (2)	2020	2025	2030	2035	2040
Population résidente moyenne	486562	511562	530227	547372	562428	575343
Evolution de la population (2015 = 1 000)	1000	1051	1090	1125	1156	1182
Taux en %						
Taux brut de natalité (3)	10,7	11,1	11,0	10,6	10,0	9,6
Taux brut de mortalité (4)	7,1	6,7	6,9	7,2	7,5	7,8
Taux de croissance annuel dû au gain naturel (5)	3,6	4,4	4,1	3,4	2,4	1,8
Taux de croissance annuel dû au gain migratoire (6)	12,9	2,9	2,7	2,6	2,5	2,5
Taux de croissance annuel total	16,5	7,4	6,8	6,0	4,9	4,2
Population résidente totale (situation au 31 décembre)	490578	513442	532027	549004	563819	576553
Répartition par groupe d'âges, en % (arrondis pour eux-mêmes)						
Proportion des moins de 20 ans	20,9	20,9	21,1	21,2	21,2	20,7
Proportion des 20-64 ans	62,7	62,2	60,8	58,8	57,3	56,4
Proportion des 65 ans ou plus	16,4	16,9	18,1	19,9	21,5	22,9
dont proportion des 80 ans ou plus	4,8	5,2	6,0	6,7	7,0	7,8
Rapports de dépendance (7)						
Rapport entre les (0-19 et 65 ans ou plus) et les 20-64 ans	0,60	0,61	0,64	0,70	0,74	0,77
Rapport entre les 65 ans ou plus et les 20-64 ans	0,26	0,27	0,30	0,34	0,38	0,41
Rapport entre les 0-19 ans et les 20-64 ans	0,33	0,34	0,35	0,36	0,37	0,37
Rapport entre les 0-19 ans et les 65 ans ou plus	1,27	1,24	1,17	1,06	0,98	0,90
Age moyen, en année	40,3	40,6	41,3	42,0	42,7	43,4

Source : OCSTAT / STATVD

1) Le descriptif du scénario est disponible dans la partie « méthodologie » :

https://www.ge.ch/statistique/domaines/01/01_04/methodologie.asp

2) Résultats observés.

3) Taux brut de natalité = naissances / population moyenne

4) Taux brut de mortalité = décès / population moyenne

5) Taux de croissance annuel dû au gain naturel = taux brut de natalité - taux brut de mortalité

6) Taux de croissance annuel dû au gain migratoire = solde migratoire / population moyenne

7) Nombre de personnes d'un groupe d'âges donné, pour 100 personnes d'un autre groupe d'âges.

La traditionnelle « pyramide des âges » reproduite dans le graphique ci-dessous illustre le changement dans la structure d'âge de la population d'ici 2040, selon les scénarios. L'écart important observé entre le scénario IV (sans aucune migration) avec les autres démontre l'important du solde migratoire dans le renouvellement de la population en raison du faible taux de fécondité genevois.

→ **G2.3 Population résidente selon le sexe et le scénario, par âge, en 2015 et 2040, dans le canton de Genève**



3. PLANIFICATION HOSPITALIÈRE

Introduction

Dans le cadre du renouvellement de la planification hospitalière pour la période 2020-2023, la Direction générale de la santé a procédé à l'évaluation des besoins en soins stationnaires pour le domaine des soins aigus, de la psychiatrie et de la réadaptation.

Ce travail d'évaluation des besoins en soins stationnaires et de son évolution future constitue le fondement de toute planification hospitalière. Pour cet exercice, l'Observatoire suisse de la santé (Obsan), une institution de la statistique publique, a été mandaté par le canton de Genève pour élaborer les bases statistiques pertinentes.

Sur la base de celles-ci, et notamment des résultats des projections des besoins en soins, sera effectuée l'attribution des mandats de prestations dans le cadre de la planification hospitalière pour la période 2020-2023.

L'élaboration des projections a été suivie par la commission consultative en matière de planification hospitalière. De plus, des groupes de travail par domaine (soins aigus, psychiatrie et réadaptation) ont été constitués afin de traiter en profondeur chaque problématique, en collaboration avec les institutions de santé partenaires.

A l'aide d'un raisonnement arithmétique simple, les perspectives démographiques permettent de calculer les cas dans le futur. Pour cela, il suffit de multiplier les taux d'hospitalisation par type de cas et par âge à l'année de référence 2016 par la population correspondant aux années projetées.

Ce chapitre a comme objectif de présenter les modèles utilisés pour l'évaluation des besoins en soins, puis de présenter et de commenter les résultats obtenus.

La section relative aux soins aigus présente les résultats du groupe de travail « soins aigus » sur l'évolution des taux d'hospitalisation ces prochaines années.

La section relative à la psychiatrie est complétée par une analyse qualitative menée auprès des équipes traitantes pour définir, pour l'intégralité des patients hospitalisés une journée donnée, si une alternative à cette hospitalisation était souhaitable. Elle se conclut par trois axes de recommandation.

Dans la section relative à la réadaptation, des informations complémentaires à la statistique médicale ont été introduites à partir des données des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) afin d'affiner l'analyse. La question de l'impact de la prochaine structure tarifaire pour la réadaptation hospitalière (ST-REA) est étudiée.

Evolution du cadre légal

Les principes généraux de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) concernant le mode de financement des prestations hospitalières et la responsabilité des cantons en matière de planification hospitalière sont en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012. Le cadre légal est fixé dans les articles 39 LAMal et 58a à 58e de l'ordonnance fédérale d'application de la loi sur l'assurance-maladie (OAMal), qui portent sur la détermination de l'offre, l'efficacité et la qualité des prestations ainsi que sur les mandats de prestations.

Le financement des prestations concernées est réparti entre l'Etat (55%) et l'assurance obligatoire des soins (45%).

La jurisprudence disponible était encore relativement lacunaire à l'époque où le canton de Genève a dû établir ses planifications pour les périodes 2012-2015 et 2016-2019, respectivement. Celles-ci ont donc été mises en œuvre dans un contexte de relatif flou juridique.

À l'époque, les négociations menées entre l'Etat et les cliniques privées avaient permis de trouver un compromis avec ces dernières, en attribuant l'ensemble des missions médicales soumises à appel d'offre à toutes celles qui en avaient fait la demande, alors qu'en pratique, le canton aurait pu restreindre le nombre de prestataires dans chacune des missions concernées. Cet assouplissement des critères de la loi fédérale a concrètement bénéficié aux cliniques genevoises, qui ont en revanche toujours contesté la limitation du nombre de cas qui leur étaient attribués annuellement.

La planification hospitalière cantonale invalidée par le Tribunal administratif fédéral (TAF)

Limitation du nombre de cas financés dans les cliniques privées, inégalité de traitement avec les HUG, restriction de la concurrence et financement par l'intermédiaire d'un budget global : la planification cantonale n'est pas conforme à la législation fédérale selon le TAF.

L'arrêt du TAF du 16 janvier 2019, faisant suite au recours d'une clinique privée, déploie d'importantes conséquences sur la planification 2020-2023, rendant inévitable une profonde révision de la méthode de planification utilisée jusqu'alors :

- L'évaluation des besoins en soins et leur couverture par la liste hospitalière doit prendre en compte l'intégralité des assurés LAMal, y compris ceux bénéficiant d'une assurance complémentaire d'hospitalisation privée/semi-privée.
- L'attribution des missions de la liste hospitalière et des cas correspondants aux établissements doit se faire de la même manière pour les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) que pour les cliniques privées (égalité de traitement).
- La fixation d'un taux minimum de patients au bénéfice de la seule assurance de base n'est admissible dans les mandats des cliniques privées que si les HUG sont soumis à la même obligation. Dans les faits, ce principe a toujours été respecté, puisque l'hôpital cantonal est soumis de par la législation cantonale à une obligation d'admission de tous les patients qui requièrent des soins. Les statistiques fédérales officielles prouvent que le pourcentage de patients soignés aux HUG et ne bénéficiant que de l'assurance de base dépasse systématiquement 75%, taux imposé aux cliniques privées dans le cadre de leurs mandats de prestations depuis 2015. Cependant, dans son arrêt du 16 janvier 2019, le tribunal a estimé que la planification cantonale ne respectait pas ce critère en considérant la division privée de l'hôpital cantonal comme une entité séparée de la division commune. Il s'agit, aux yeux du planificateur, d'une erreur d'interprétation flagrante du tribunal, puisque les HUG ne forment qu'une seule et unique entité juridique. Malheureusement, l'arrêt du TAF concerné constitue une décision définitive de dernière instance, qui n'était pas sujette à droit de recours. C'est pourquoi les modalités contractuelles du mandat de prestations des HUG ont été adaptées à la jurisprudence, sans aucune conséquence, ni pour les patients, ni pour l'hôpital.
- Le financement par mandat de prestations, avec une enveloppe fixe prédéfinie par établissement n'est pas conforme, car la loi sur l'assurance-maladie prévoit un financement à la prestation, non lié à un établissement plutôt qu'à un autre.

Conséquences pour la prochaine planification hospitalière

Afin de rendre conforme la prochaine planification hospitalière avec les conclusions du Tribunal administratif fédéral, plusieurs principes de la précédente planification doivent être revus fondamentalement. Le tableau ci-dessous récapitule ces changements.

PLANIFICATION HOSPITALIÈRE 2016-2019	PLANIFICATION HOSPITALIÈRE DÈS 2020
Les besoins en soins à couvrir correspondent aux cas ne bénéficiant que de l'assurance obligatoire des soins.	Les besoins en soins à couvrir correspondent à l'intégralité des cas bénéficiant de l'assurance obligatoire des soins, y compris ceux bénéficiant également d'une assurance complémentaire.
L'appel d'offre ne porte que sur une partie limitée des besoins, car les prestations déjà effectuées aux HUG sont exclues de l'appel d'offre.	L'ensemble des cas d'hospitalisation LAMal est soumis à l'appel d'offres, à l'exception de ceux relevant de la médecine hautement spécialisée (MHS), celle-ci faisant déjà l'objet d'une planification au niveau national.
Les cliniques privées inscrites sur la liste hospitalière ont des missions médicales identiques.	Les groupes de prestations sont attribués aux établissements en fonction de leur réponse à l'appel d'offres et de leur conformité aux critères de qualité et d'économies. L'offre peut être concentrée dans certains établissements uniquement, par mesure de rationalité. Il n'y a pas d'obligation à inscrire un établissement sur la liste hospitalière.
Les cliniques privées inscrites sur la liste ont une enveloppe financière qui limite le nombre de cas que le canton cofinance en une année.	Les établissements inscrits sur la liste ne sont pas limités en nombre maximal de cas LAMal et en cofinancement de l'Etat pour les missions qui leur ont été attribuées.
Les cliniques privées n'ont pas de seuil minimal de cas à accomplir.	Les établissements inscrits sur la liste sont nécessaires pour couvrir les besoins de la population. Ils s'engagent donc à effectuer au moins 80% des cas annoncés dans chaque mission lors de l'appel d'offres.
Les cliniques privées inscrites sur la liste doivent effectuer au moins 75% de cas ne bénéficiant que de l'assurance-maladie de base.	Les établissements inscrits sur la liste doivent effectuer au moins 50% de cas ne bénéficiant que de l'assurance-maladie de base.
Les enveloppes servant au cofinancement des cas dans les cliniques privées sont inscrites dans les mandats de prestations.	Un budget global servant à couvrir le cofinancement de l'intégralité des cas LAMal de résidents genevois est établi. Il sert à cofinancer les séjours stationnaires effectués dans les établissements de la liste hospitalière pour les groupes de prestations qui leur sont attribués, ou effectués dans des établissements hors canton pour les groupes de prestations qui leur sont attribués sur la liste de leur canton.

Source de données

Les données de base proviennent de la statistique médicale des hôpitaux 2016 et de la statistique administrative des hôpitaux 2016 de l'Office fédéral de la statistique (OFS), qui constituait les données disponibles les plus récentes au moment des travaux. Les données de population proviennent de la statistique de la population et des ménages (STATPOP 2016) de l'OFS, des données de projections démographiques de l'Office cantonal de la statistique (OCSTAT) de Genève et des projections démographiques cantonales (pour les cantons autres que GE et VD, scénario moyen) de l'OFS (2015-2045). Pour les soins aigus, des analyses complémentaires sur le potentiel de transfert du stationnaire vers l'ambulatoire se basent sur les données du Pool tarifaire de SASIS SA en ce qui concerne les données ambulatoires.

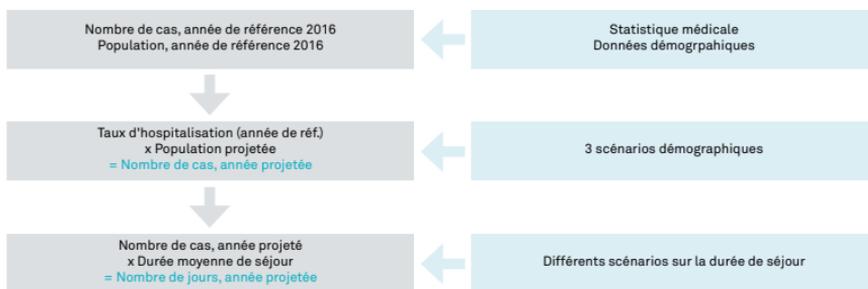
Critères d'inclusion des cas

L'étude des besoins en soins concerne l'intégralité des cas stationnaires relevant de l'assurance obligatoire des soins (AOS), que le patient ait une complémentaire (LCA) ou non. Les séjours pour lesquels l'assurance-invalidité, l'assurance-militaire, l'assurance-accident, le patient lui-même ou une autre entité assume principalement les frais ne font pas partie du champ de l'évaluation. Les traitements ambulatoires prenant place dans des structures hospitalières ne sont pas non plus pris en compte.

Modèle de projections de base

Dans le contexte de la planification hospitalière liée aux prestations que les cantons sont tenus d'effectuer selon la LAMal, l'Obsan a élaboré en collaboration avec Statistique Vaud (anciennement SCRIS) un modèle de projections des cas et des jours de soins qui sert déjà de base à la planification hospitalière de plusieurs cantons romands et alémaniques. Ce modèle permet aussi de calculer les projections de l'inflow (cas importés) et de l'outflow (cas exportés).

Ce modèle de base propose plusieurs hypothèses sur l'évolution de la durée moyenne de séjour (DMS). Les taux d'hospitalisation par groupe de cas sont considérés comme constants dans le temps. Ce modèle « de base » a été retenu pour les soins non aigus (psychiatrie et réadaptation), car un raisonnement en termes de durée de séjour est pertinent dans ces domaines pour lesquels les structures tarifaires prennent encore en compte la journée comme unité de base pour la facturation.



Modèle adapté pour les soins aigus

Dans les soins aigus, en revanche, l'introduction d'une structure tarifaire sous la forme de forfaits par cas (les « DRG », pour *Diagnostic Related Groups*), la durée moyenne de séjour n'est plus un facteur capital. Etant donné que le financement que l'hôpital reçoit est forfaitaire, l'unité de base pour la facturation, comme pour la planification, est le « cas », c'est-à-dire une hospitalisation facturée via un forfait.

Le groupe de travail pour la planification des soins aigus, constitué de représentants des médecins de ville, des cliniques privées et des HUG, a permis de mettre en évidence des interventions dans des domaines spécifiques appelées à augmenter de façon plus que proportionnelle à l'évolution démographique. En parallèle, d'autres interventions devraient en principe se pratiquer presque exclusivement en ambulatoire et le recours aux hôpitaux pour celles-ci devrait diminuer. Notamment, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a inscrit le 1^{er} janvier 2019 dans l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) une liste d'interventions dont la prise en charge doit se faire en priorité en ambulatoire, sauf dans des cas particuliers nécessitant une hospitalisation (âge avancé, comorbidités importantes, isolement social, etc.). Afin de pouvoir prendre en compte ces changements épidémiologiques et législatifs, un nouveau modèle a été développé par l'Obsan pour le canton de Genève. Il permet d'intégrer des hypothèses basées sur des avis d'experts et de tester l'effet de leur intégration. Le modèle permet également de projeter les cas importés et exportés (respectivement les hospitalisations de non-résidents genevois dans un établissement du canton de Genève et les hospitalisations de résidents genevois dans d'autres cantons).

Soins aigus

Dans le modèle développé à la demande du canton de Genève pour les soins aigus, les taux d'hospitalisation peuvent varier à la hausse comme à la baisse. Le développement du scénario élaboré sur la base des travaux du groupe de travail « soins aigus » présente l'avantage d'une meilleure prise en compte des facteurs d'influence des taux d'hospitalisation (épidémiologie, avancées médicales, progrès techniques, etc.). C'est le scénario qui est retenu pour la planification hospitalière 2020-2023.

En revanche, aucune hypothèse concernant les durées de séjour n'est formulée, car les perspectives de réduction de durée de séjour ne sont plus aussi importantes qu'avant l'introduction des forfaits liés aux prestations.

Un changement majeur par rapport à la planification hospitalière précédente concerne le choix du modèle GPPH (Groupe de prestations pour la planification hospitalière ; SPLG en allemand) pour le regroupement des cas d'hospitalisations et pour la définition des critères de qualité à respecter pour chacun des groupes de prestations. Ce modèle est développé par la Direction de la santé de Zurich, appuyée par un groupe d'experts constitué d'une centaine de spécialistes qui font évoluer régulièrement le modèle. L'application de ce modèle est recommandée par la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS).

La planification hospitalière pour les soins aigus a comme particularité que les cas projetés font ensuite l'objet d'un appel d'offres auprès des établissements de santé, pour ensuite constituer une liste hospitalière couvrant l'intégralité des besoins de la population genevoise.

Modèle GPPH

Ce modèle étant utilisé pour la première fois pour la planification hospitalière genevoise, il est utile de le décrire brièvement. Les explications qui suivent proviennent pour l'essentiel de la documentation mise à disposition sur Internet par la CDS sur son site internet¹.

Dans ce modèle, les prestations hospitalières stationnaires sont groupées dans environ 130 groupes de prestations médicalement pertinents en se fondant sur les DRG (forfaits hospitaliers), les codes des diagnostics médicaux (CIM) et les codes des traitements (CHOP). A chaque groupe de prestations est associé un ensemble de critères qui sont exigés pour obtenir un mandat permettant d'effectuer des cas dans le cadre de la liste hospitalière.

Les avantages de ce modèle sont décrits de la manière suivante par la CDS :

- Le GPPH offre d'une part un niveau d'agrégation approprié et permet d'autre part une définition des mandats de prestations uniforme, contraignante et applicable dans le quotidien hospitalier.
- Le concept offre des exigences médicalement fondées portant sur des prestations spécifiques et des combinaisons de groupes de prestations qui peuvent être incluses directement dans le mandat de prestations.
- La définition univoque des groupes de prestations permet un contrôle systématique des mandats de prestations avec la statistique médicale.
- Pour les cantons qui utilisent ce modèle, la coordination des planifications hospitalières est simplifiée.

¹ Modèle GPPH : <https://www.gdk-cds.ch/fr/soins-de-sante/hopitaux/planification/groupes-de-prestations-pour-la-planification-hospitaliere-concept-gpph-soins-somatiques-aigus>

Dans le cadre de la planification hospitalière 2020-2023, le modèle GPPH 2016.1 est utilisé afin de garantir la conformité avec les données de la statistique médicale 2016, les dernières disponibles lors de la projection des besoins en soins.

Le modèle est constitué d'environ 130 groupes de prestations dits spécialisés et de 2 groupes de prestations de base : le paquet de base et le paquet de base programmé. Ces deux derniers groupes de prestations sont particuliers, car ils constituent la base de tous les autres groupes de prestations et sont donc indispensables à tout établissement souhaitant obtenir des groupes de prestations spécialisés. Les prestations relevant des soins de base se composent de toutes les prestations médicales qui ne sont pas explicitement attribuées à un autre groupe de prestations (catalogue négatif).

Le GPPH contient également des groupes de prestations spécialisés relevant de la médecine hautement spécialisée (MHS), qui fait l'objet d'une planification à part dans le cadre de la convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée.

Paquet de base (PB)

Le paquet de base comprend toutes les prestations relevant des soins de base dans tous les domaines de prestations. Ces prestations sont en règle générale fournies au quotidien par les spécialistes en médecine interne et en chirurgie, sans recours à d'autres spécialistes. Dans le concept de groupes de prestations, le PB constitue la base pour tous les hôpitaux comportant un service des urgences et il est obligatoire pour eux. Il est défini comme une condition que doivent remplir tous les groupes de prestations présentant un fort pourcentage de patients admis en urgence. Cela parce que ces derniers arrivent souvent à l'hôpital avec des troubles non encore définis, ce qui nécessite non seulement un service des urgences adéquat mais aussi une offre suffisamment large en soins de base. Pour les patients admis en urgence avec des troubles non encore définis, un diagnostic différentiel complet et le cas échéant un premier traitement immédiat doivent pouvoir être réalisés.

Paquet de base programmé (PBP)

Le paquet de base programmé (PBP) fait partie du PB et comprend uniquement les prestations relevant des soins de base dans les « domaines de prestations programmées », c'est-à-dire ceux pour lesquels l'hôpital dispose d'un mandat de prestations. Si un fournisseur a par exemple un mandat pour les groupes de prestations urologiques, le PBP comprend toutes les « prestations de base » urologiques.

Le PBP constitue la base pour tous les fournisseurs sans service des urgences. Les hôpitaux avec PBP ne peuvent offrir que des groupes de prestations comprenant principalement des interventions programmées. Les seuls groupes de prestations concernés se trouvent dans les domaines ophtalmologie, ORL, orthopédie, rhumatologie, gynécologie et urologie.

Critères de qualité

A chaque groupe de prestations est associé un ensemble d'exigences à remplir afin de garantir la qualité de la prise en charge.

- a. **Médecins spécialistes et disponibilité** : les exigences pour les médecins spécialistes nécessaires et le délai dans lequel ils doivent être disponibles peuvent être fixés en fonction du groupe de prestations.
- b. **Service des urgences** : on distingue trois niveaux différents de services des urgences, qui peuvent être prescrits par groupe de prestations selon le délai dans lequel le traitement d'urgence doit être effectué. Des exigences particulières sont prévues pour l'obstétrique.
- c. **Unité de soins intensifs** : on distingue également trois niveaux différents d'unités de soins intensifs, qui peuvent être prescrits par groupe de prestations selon la complexité du traitement intensif.

- d. **Prestations liées** : il est nécessaire de rattacher au même emplacement la fourniture de prestations étroitement liées du point de vue médical. Des obligations de coopérer avec d'autres prestataires sont également possibles.
- e. **Tumorboard** : le concept de groupes de prestations prévoit comme exigence pour certains groupes de prestations la formation d'un tumorboard. Cela pour un traitement optimal et adapté intégrant les acquis les plus modernes de la science médicale.
- f. **Nombre minimum de cas** : conformément à l'art. 58b al. 5 let. c OAMa, les cantons tiennent notamment compte, dans l'examen de l'économicité et de la qualité, du nombre minimum de cas et de l'utilisation de synergies.
- g. **Autres exigences** : au-delà des exigences mentionnées, des exigences supplémentaires telles que conseils nutritionnels et conseils aux diabétiques, consultation et prévention ou suivi peuvent encore être posées pour certains traitements.

Hypothèses épidémiologiques

Le modèle habituel d'évaluation des besoins futurs en soins se base sur les taux d'hospitalisation par DRG et par âge, qui sont ensuite appliqués à l'évolution démographique calculée dans le cadre des projections démographiques. Pour la planification 2020-2023, il a été décidé d'évaluer dans quelle mesure il était possible d'anticiper certaines évolutions sur la base de données épidémiologiques.

A cet effet, un groupe de travail réunissant des représentants des cliniques privées, des médecins de ville et les Hôpitaux universitaires de Genève a procédé à une évaluation des tendances futures.

Evolution des taux d'hospitalisation sur la base de données épidémiologiques des HUG

En analysant les données épidémiologiques dont ils disposent, les HUG ont constaté que l'augmentation récente des cas liés à une insuffisance cardiaques ou un cancer au stade métastatique était supérieure à l'évolution démographique.

- a. **L'insuffisance cardiaque**. Le diagnostic permettant d'identifier les cas concernés est le code CIM I50 comme diagnostic principal. Seuls les taux des personnes âgées de 80 ans ou plus sont augmentés. L'évolution des cas durant les années 2010 à 2016 permet de calculer l'équation de la courbe de tendance et d'estimer le nombre de cas dans le futur. Les cas en 2023 rapportés à la population de 2023 permettent d'obtenir le taux d'hospitalisation hypothétique de 2023. L'écart relatif entre ce taux et le taux de 2016 est de 30%. Ensuite, on identifie les GPPH qui sont concernés par l'insuffisance cardiaque pour les personnes âgées de 80 ans ou plus et pour chaque GPPH, on calcule la proportion concernée qu'on applique à l'écart relatif de 30%. Cela donne la croissance à appliquer à chaque taux d'hospitalisation des GPPH concernés.
- b. **Les cancers au stade métastatique**. Ces derniers sont identifiés grâce aux variables de diagnostic principal et de premier diagnostic supplémentaire lorsque le code CIM est l'un des suivants : C78.7, C79.5, C78.3, C79.3, C78.0, C77.9, C77.8, C78.2, C78.6, C79.4, C77.4, C77.3, C79.2, C77.0, C77.5, C79.8, C77.2, C79.0, C79.1, C78.1, C77.1, C78.8, C78.5, C79.7, C79.6, C78.4, C54.9, C80.9, C18.9, Z85.8, C16.9, A41.9, B99. L'évolution linéaire observée sur les années 2012 à 2016 est reprise pour calculer l'équation de la courbe de tendance et estimer le nombre de cas dans le futur pour les trois classes d'âges suivantes : 40 à 64 ans, 65 à 79 ans et 80 ans ou plus. L'écart relatif entre le taux d'hospitalisation de 2023 et de 2016 par classe d'âge est de respectivement 22%, 26% et 45%. Ensuite, comme précédemment, on identifie les GPPH qui sont concernés par les cancers métastatiques selon les trois classes d'âges. Pour chaque GPPH et chaque classe d'âges, on calcule la proportion concernée qu'on applique à l'écart relatif correspondant. Cela donne la croissance à appliquer à chaque taux d'hospitalisation des GPPH et classes

d'âges concernés. Pour les classes d'âges de 0 à 19 ans et de 20 à 39 ans, on considère que les taux d'hospitalisation par GPPH restent stables.

Transfert des cas stationnaires vers l'ambulatoire

Depuis le 1^{er} janvier 2019, une liste de traitements à effectuer prioritairement en ambulatoire plutôt qu'en stationnaire a été édictée par l'OFSP dans l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS; T3.1). Il faut donc s'attendre à ce que les taux d'hospitalisation pour ce type de traitements baissent dans les années qui viennent. Toutefois, certains cas seront toujours traités en stationnaire s'ils présentent des profils à risque (comorbidités importantes, âge avancé, isolement social, etc.). Ces critères d'exception permettant le traitement en stationnaire plutôt qu'en ambulatoire ont également été inscrits dans l'OPAS.

Pour identifier les cas stationnaires potentiellement transférables en ambulatoire, l'Obsan a repris la méthode développée dans le cadre d'un mandat de l'OFSP (Roth & Pellegrini, 2018). Cette méthode permet dans un premier temps d'identifier les cas concernés par les interventions qui figurent sur la liste de l'OFSP, puis dans un second temps d'appliquer à ces cas des critères de transférabilité qui ont été définis par l'OFSP.

→ T3.1 Liste des six interventions transférables en ambulatoire selon les directives de l'OFSP

Varices
Hémorroïdes
Hernie inguinale
Col utérin, examen de l'utérus, curetage
Ménisectomie, arthroscopie du genou
Amygdalectomie
CRITÈRES DE TRANSFÉRABILITÉS DE L'OFSP REPRIS POUR LE CANTON DE GENÈVE
- PCCL = 0 (i.e. pas de complication ou de comorbidité)
- Durée de séjour inférieure ou égale à 2 jours

Source : Obsan

Notons que certaines des interventions listées par l'OFSP sont déjà majoritairement effectuées en ambulatoire dans le canton de Genève en 2016. Le tableau T3.2 récapitule le pourcentage d'interventions réalisées en ambulatoire pour les traitements figurant sur la liste « ambulatoire avant stationnaire » de l'OFSP.

→ **T3.2 Pourcentage d'interventions réalisées en ambulatoire dans le canton de Genève en 2016**

1	Varices	75,5
2	Hémorroïdes	71,5
3	Hernie inguinale	31,7
4.1	Col utérin	87,4
4.2	Examen de l'utérus	86,2
4.3	Curetage	94,5
5.1	Ménisectomie	37,5
5.2	Arthroscopie du genou	67,7
6	Amygdalectomie	19,4

Source : Obsan

Sur la base des études effectuées dans les autres cantons par l'Obsan, il apparaît qu'il reste systématiquement un taux incompressible d'opérations effectuées en stationnaire pour des raisons médicales (comorbidités, isolement social, etc.). Toutefois, en 2016, on dénombre dans le canton de Genève 1 185 cas d'hospitalisation qui auraient potentiellement pu être effectués en ambulatoire selon les critères de transférabilité présentés dans le tableau T3.1. La répartition de ces cas selon le classement GPPH est présentée dans le tableau T3.3. La ventilation des cas selon la classe d'assurance, classe commune pour les assurés LAMal sans assurance complémentaire et classe privée pour ceux qui ont une assurance complémentaire d'hospitalisation (LCA), permet de mettre en évidence l'incitatif à hospitaliser les bénéficiaires d'assurance complémentaire. On relève en effet que 75% des cas potentiellement ambulatoires en 2016 ont été hospitalisés en division privée, permettant ainsi une facturation bien supérieure à celle des traitements similaires en ambulatoire.

→ **T3.3 Répartition des cas potentiellement transférables en ambulatoire, selon la classe d'assurance, dans le canton de Genève en 2016**

	CLASSE COMMUNE (SANS LCA)	CLASSE PRIVÉE (AVEC LCA)	PROPORTION DE CAS AVEC LCA
Base chirurgie et médecine interne	151	328	68%
Chirurgie ORL	13	74	85%
Gastroentérologie/chirurgie viscérale	0	5	100%
Urologie	7	6	46%
Chirurgie orthopédique	60	282	82%
Gynécologie	65	194	75%
Total	296	889	75%

Source : Obsan

Evaluation de la planification 2016-2019

Les dernières données disponibles au moment de la rédaction de ce rapport s'arrêtent à 2016. Il est donc encore tôt pour tirer le bilan de l'intégralité de la période de planification 2016-2019. L'évaluation ne concernera donc que l'année 2016.

Situation en 2016

En 2016, on dénombre 53 839 cas d'hospitalisations en soins aigus relevant de la LAMal pour des patients genevois, quel que soit le canton d'hospitalisation, soit plus de 330 000 journées d'hospitalisation (T3.4).

→ T3.4 Nombre de cas de résident genevois LAMal stationnaires en soins aigus en 2016

	CAS	PATIENTS	JOURS
Total	53 839	43 018	332 797
Dont hors canton	1 774	1 399	9 141
Paquet de base	18 729	15 035	113 557
Dermatologie	200	139	1 873
Oto-rhino-laryngologie	1 917	1 581	7 021
Neurochirurgie	305	204	3 953
Neurologie	1 280	814	11 116
Ophthalmologie	488	430	1 072
Endocrinologie	337	214	4 602
Gastroentérologie	1 312	824	13 234
Chirurgie viscérale	887	561	10 425
Hématologie	648	277	7 477
Vaisseaux	754	557	8 264
Cœur	2 143	1 464	16 836
Néphrologie	183	74	2 131
Urologie	2 593	1 733	11 507
Pneumologie	1 445	703	17 132
Chirurgie thoracique	140	69	1 161
« Transplantations d'organes solides »	36	16	880
Orthopédie	6 553	6 147	40 514
Rhumatologie	277	156	1 372
Gynécologie	2 134	1 841	7 305
Obstétrique	5 831	5 268	24 885
Nouveau-nés	4 870	4 699	20 159
(Radio-)oncologie	701	165	5 003
Traumatismes graves	62	42	921
Gériatrie aiguë	14	5	397

Source : Obsan / DGS

En raison du changement de modèle pour la classification des cas ainsi que de l'évolution des zones de tarification, la comparaison détaillée avec les résultats des précédentes projections des besoins en soins sont délicates. Retenons toutefois que, dans le rapport de planification 2016-2019, le nombre de cas d'hospitalisation dans le canton de Genève en soins aigus prévus en 2016 sur la base des données 2012 s'élevait à 52 174 cas, soit très proche des 52 065 cas réellement observés en 2016 (cf. T3.4 : 53 839 cas moins les 1 774 cas hors canton).

En comparaison nationale, le taux d'hospitalisation pour 1 000 personnes en 2016 était significativement inférieur à Genève : 110 hospitalisations pour 1 000 habitants à Genève contre 137 en Suisse; ce taux est par ailleurs inférieur quelle que soit la classe d'âges (T3.5). Cette particularité genevoise est donc essentiellement le résultat d'un virage ambulatoire déjà bien entamé ainsi que d'une politique de maintien à domicile volontaire.

→ T3.5 Taux d'hospitalisation en soins aigus pour 1 000 habitants en 2016

	TAUX POUR 1000 HABITANTS	
	GE	CH
Total	109,98	137,39
0-17 ans	83,35	101,02
18-39 ans	70,25	86,02
40-59 ans	72,91	93,92
60-79 ans	192,47	234,90
80 ans ou plus	400,36	450,48

Source : Obsan

Parmi les 53 839 cas LAMal de résidents genevois, environ 35 000 (soit 65%) relevait uniquement de l'assurance de base, 13 500 étaient au bénéfice d'une prise en charge semi-privée via une assurance complémentaire et 5 400 d'une prise en charge privée. Près de 67% des cas ont été hospitalisés aux Hôpitaux universitaires de Genève (T3.6). Rappelons ici que seuls les cas LAMal de résidents genevois sont pris en compte, les autres cas (fonctionnaires internationaux, assurances internationales, auto-payeurs, résidents d'autres cantons) ne faisant pas partie du champ de la planification hospitalière cantonale.

→ T3.6 Nombre de cas stationnaires LAMal en soins aigus pour les résidents genevois selon l'établissement en 2016

	NOMBRE DE CAS
Hôpitaux universitaires de Genève	35 812
Clinique de Carouge et Hôpital de la Tour	4 273
Clinique Générale Beaulieu	4 198
Clinique des Grangettes	4 305
Clinique la Colline	3 095
Hôpitaux hors-canton	1 774
Maison de naissance la Roseraie	164
Nouvelle clinique Vert-Pré	116
Clinique de la Plaine	102
Total	53 839

Source : Obsan

Evaluation des besoins en soins aigus 2020-2023

Sur la base du modèle présenté au début de ce chapitre, la projection des besoins en soins a été faite avec comme point de départ la statistique médicale 2016 de l'OFS. Tous les cas d'assurés LAMal résidant dans le canton de Genève ont été pris en compte, y compris les cas de résidents genevois hospitalisés dans un autre canton et ceux au bénéfice d'une assurance complémentaire.

Pour faciliter la lecture du rapport, les résultats ne sont pas représentés ici selon les 130 groupes de prestations mais réunis en 25 grands domaines. Les tableaux détaillés par groupe de prestations se trouvent dans l'annexe I.

Gériatrie aigüe et réadaptation gériatrique

Traditionnellement, les projections des besoins en soins aigus, en psychiatrie et en réadaptation sont séparées, car elles correspondent à des zones de soins répondant à des classifications et des structures tarifaires différentes. Toutefois, au cours de ces dernières années et en raison de l'évolution des structures tarifaires, une part croissante de cas qui étaient auparavant facturés dans le cadre de la réadaptation gériatrique est passée à une facturation DRG, c'est-à-dire dans le domaine des soins aigus. Ce phénomène a commencé à être visible dans la statistique médicale 2016, ce qui se traduit par la présence d'un groupe de prestations nommé «Gériatrie aigüe» avec un très faible nombre de cas. Nous savons d'ores et déjà que ce groupe subit une forte croissance les années suivantes pour des questions de structure tarifaire. Comme il s'agit essentiellement d'une question de zone de tarification, cette transition n'est pas explicitement prise en compte dans les résultats des projections en soins aigus. Les cas de gériatrie qui seraient potentiellement facturables en soins aigus à partir de 2017 se trouvent donc dans les projections relatives à la réadaptation.

Evolution des besoins en soins aigus pour la période 2020-2023

Le tableau T3.7 présente les résultats du modèle de projection des besoins en soins aigus LAMal stationnaires se basant sur la statistique médicale 2016. L'année 2016 correspond ainsi à une donnée réellement observée, tandis que les suivantes sont le résultat d'une projection prenant en compte :

1. l'évolution démographique,
2. l'introduction de la liste « ambulatoire avant stationnaire » de l'OFSP,
3. l'adaptation des taux d'hospitalisation selon les recommandations du groupe de travail « soins aigus » de la commission de planification hospitalière.

Il a été postulé que l'effet de la mise en place de la liste ambulatoire de l'OFSP serait visible dès 2019. Ceci explique pourquoi le taux de croissance annuel moyen pour la période 2016-2019 est de 0,7%, inférieur au taux de 1,3% qui avait été prévu dans le rapport de planification précédent. On observe ainsi que les domaines de prestations les plus impactés par la liste de l'OFSP, à savoir l'ORL, l'orthopédie et la gynécologie, affichent une baisse du nombre de cas projetés lors de la période 2016-2019. Une fois l'effet de l'introduction passé, l'évolution du nombre de cas redevient positive dans ces domaines au cours de la période 2020-2023.

→ **T3.7 Evaluation des besoins en soins stationnaires aigus LAMal pour les résidents du canton de Genève, projections à partir de 2017, de 2016 à 2023**

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Total	53 839	53 431	54 214	54 992	55 788	56 638	57 557	58 499
Paquet de base	18 729	18 564	18 894	19 225	19 567	19 942	20 362	20 790
Dermatologie	200	203	207	210	213	217	221	225
Oto-rhino-laryngologie	1 917	1 852	1 873	1 894	1 915	1 936	1 957	1 978
Neurochirurgie	305	309	313	318	323	327	332	336
Neurologie	1 280	1 300	1 322	1 344	1 367	1 391	1 420	1 448
Ophthalmologie	488	495	502	510	518	526	536	546
Endocrinologie	337	344	352	360	368	377	387	398
Gastroentérologie	1 312	1 329	1 352	1 375	1 400	1 426	1 455	1 484
Chirurgie viscérale	887	900	915	930	946	962	978	994
Hématologie	648	659	670	681	693	706	720	734
Vaisseaux	754	765	777	790	803	817	831	847
Cœur	2 143	2 174	2 207	2 242	2 279	2 318	2 360	2 403
Néphrologie	183	186	189	193	196	200	204	208
Urologie	2 593	2 616	2 654	2 694	2 736	2 779	2 823	2 869
Pneumologie	1 445	1 475	1 507	1 539	1 573	1 611	1 652	1 694
Chirurgie thoracique	140	143	145	148	152	155	158	161
Transplantations d'organes solides	36	36	37	37	37	38	38	38
Orthopédie	6 553	6 288	6 367	6 451	6 538	6 627	6 716	6 808
Rhumatologie	277	280	284	288	291	295	299	304
Gynécologie	2 134	1 973	1 998	2 023	2 049	2 074	2 099	2 123
Obstétrique	5 831	5 825	5 868	5 898	5 926	5 941	5 957	5 966
Nouveau-nés	4 870	4 916	4 963	5 002	5 036	5 085	5 140	5 211
(Radio-)oncologie	701	720	740	761	782	804	826	849
Traumatismes graves	62	63	64	65	66	67	68	69
Gériatrie aigüe	14	14	15	15	16	16	17	17

Source: Obsan / DSS

→ **T3.8 Taux de croissance annuel moyen du nombre de cas LAMal stationnaire en soins aigus pour les résidents genevois**

	CROISSANCE 2016/2019	CROISSANCE 2020/2023
Total	0,7%	1,6%
Paquet de base	0,9%	2,0%
Dermatologie	1,6%	1,7%
Oto-rhino-laryngologie	-0,4%	1,1%
Neurochirurgie	1,4%	1,4%
Neurologie	1,6%	1,9%
Ophtalmologie	1,5%	1,8%
Endocrinologie	2,2%	2,6%
Gastroentérologie	1,6%	2,0%
Chirurgie viscérale	1,6%	1,7%
Hématologie	1,7%	1,9%
Vaisseaux	1,6%	1,8%
Cœur	1,5%	1,8%
Néphrologie	1,8%	2,0%
Urologie	1,3%	1,6%
Pneumologie	2,1%	2,5%
Chirurgie thoracique	2,0%	2,0%
Transplantations d'organes solides	0,9%	0,8%
Orthopédie	-0,5%	1,4%
Rhumatologie	1,3%	1,4%
Gynécologie	-1,8%	1,2%
Obstétrique	0,4%	0,2%
Nouveau-nés	0,9%	1,1%
(Radio-)oncologie	2,8%	2,8%
Traumatismes graves	1,5%	1,8%
Gériatrie aigüe	2,7%	3,4%

Source : Obsan / DGS

De manière générale, le taux d'hospitalisation global, déjà faible en comparaison nationale, devrait légèrement diminuer dans les groupes de prestations touchés par la liste OFSP sur l'ambulatoire. Toutefois, en raison du vieillissement progressif de la population attendu selon les projections démographiques, le taux d'hospitalisation global devrait croître et atteindre 120 pour 1 000 habitants d'ici 2040.

Hospitalisations hors canton

Dans ce rapport, les besoins en soins des résidents genevois qui ont été couverts par des établissements se situant dans d'autres cantons ont été pris en compte dans l'évaluation. Sur les 53 839 cas stationnaires LAMal en soins aigus de résidents genevois en 2016, 1 774 ont été effectués hors canton de Genève.

→ **T3.9 Nombre de cas de résidents genevois stationnaires LAMaL, selon le canton de l'établissement en 2016**

CANTON DE L'ÉTABLISSEMENT	NOMBRE DE CAS
VD	1288
VS	143
BE	94
ZH	69
FR	42
TI	31
NE	29
BS	16
GR	14
JU	9
SG	9
BL	8
LU	7
SO	6
AG	4
SZ	2
TG	2
ZG	1
Total général	1774

Source: Obsan

Ces cas ayant été intégrés à l'évaluation des besoins du canton de Genève, ils ne nécessitent pas de faire l'objet d'une projection particulière. Leur couverture dès 2020 sera assurée par les établissements qui seront inscrits sur la nouvelle liste hospitalière, ou par les établissements hors canton se trouvant sur la liste de leur canton.

Conclusion

L'évolution du nombre de cas stationnaires pour ces prochaines années ne présente pas de surprise. Le rythme annuel moyen prévu pour la période 2020-2023 est similaire à celui qui avait été prévu pour la période 2016-2019. L'entrée en vigueur de la liste ambulatoire de l'OFSP permettra, dans les années qui viennent, de consolider le virage ambulatoire déjà amorcé dans le canton de Genève. Le principal défi à relever pour la planification hospitalière sera, d'ici 2020, de refondre la liste hospitalière en prenant compte de l'évolution de la jurisprudence, notamment de l'arrêt du Tribunal administratif fédéral du 16 janvier 2019.

La liste hospitalière cantonale indique les établissements qui bénéficient d'un cofinancement de l'Etat dans le cadre de la LAMaL et les groupes de prestations auxquels ce cofinancement s'applique. Afin de constituer cette liste, un appel d'offres a été effectué afin de couvrir les besoins en soins aigus évalués dans ce rapport. L'adjudication se fait sur la base des critères énoncés dans la loi, à savoir l'économicité des prestations et la qualité. La qualité est évaluée d'une part par un rapport écrit par un expert indépendant, disponible sur demande, d'autre part par le respect des critères de qualité exigés par le modèle GPPH.

La liste des groupes de prestations avec le nombre de cas à couvrir et les exigences associés se trouve dans l'annexe I.

L'arrêt du Tribunal administratif fédéral (TAF) du 16 janvier 2019 change passablement la manière dont la liste hospitalière et les mandats de prestations avec les établissements seront établis. Si l'étude des besoins effectuée dans le précédent rapport de planification n'est pas remise en cause par l'arrêt du TAF, la manière de faire coïncider besoin en soins et offre hospitalière diffère sensiblement.

Ainsi, l'ensemble des cas de soins aigus LAMal est soumis à l'appel d'offres, à l'exception des cas relevant de la médecine hautement spécialisée (MHS) qui fait l'objet d'une planification fédérale entre les hôpitaux universitaires. Au total, ce sont 55 542 cas qui sont soumis à l'appel d'offres pour la liste hospitalière, sachant qu'une partie de ces cas pourront être soignés hors liste hospitalière dans le cadre de l'offre conventionnée avec les assureurs privés.

Sur la base des conclusions du TAF et de l'expérience des années précédentes, les objectifs de la planification hospitalière en soins aigus pour la période 2020-2023 ont été définis de la sorte :

- Mettre en place un nouveau modèle de planification basé sur le GPPH, déjà utilisé dans la quasi-totalité des cantons.
- Garantir la couverture des besoins en soins de la population genevoise en concentrant l'offre et en améliorant la qualité.
- Répartir au mieux les prises en charge entre les établissements en fonction de leurs spécialités.
- Garantir l'accès à des soins de qualité pour tous en contrôlant au mieux l'obligation d'admettre quelle que soit la couverture assurantielle du patient.

Psychiatrie

La planification de la psychiatrie a été menée, comme celle de la réadaptation, selon le modèle de projection de l'Obsan présenté au début de ce chapitre. Pour aider le canton dans sa tâche, un groupe de travail consacré à la planification de la psychiatrie a été constitué sous la direction du prof. Stefan Kaiser, chef du service de psychiatrie adulte aux HUG. Les institutions représentées dans ce groupe de travail sont les suivantes :

- Association des médecins genevois
- Direction générale de la santé
- Groupe médical d'Onex
- Hôpitaux universitaires de Genève
- imad
- Office de l'action, de l'insertion et de l'intégration sociales

Des représentants des cliniques Belmont, La Métairie et le Grand-Salève ainsi que de ProMenteSana ont également été consultés.

Le rapport de planification 2020-2023 reproduit ici les éléments essentiels des réflexions de ce groupe de travail. Le rapport détaillé est disponible, sur demande, auprès de la Direction générale de la santé.

Introduction

Les objectifs partiels qui ont été confiés au groupe de travail pour la planification de la psychiatrie sont les suivants :

1. Etablir et évaluer les résultats intermédiaires de la planification 2016-2019.
2. Améliorer la visibilité de l'offre actuelle et identifier les problèmes.
3. Etablir des projections.
4. Proposer des réorganisations des services existants ou des nouveaux projets afin de mieux répondre aux besoins.
5. Préciser les effets escomptés, à terme, des réorganisations et projets menés.

La mission de l'hôpital psychiatrique

Afin de réaliser la planification hospitalière, il est nécessaire de définir au préalable la mission et le rôle de l'hôpital psychiatrique dans le système de soins psychiatriques.

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

- la mission de l'hôpital psychiatrique est d'offrir des soins psychiatriques intensifs à des personnes souffrant de troubles psychiques ;
- les soins fournis incluent l'évaluation (du diagnostic, du risque auto- et hétéro-agressif et de l'environnement), le traitement intégrant les approches bio-psycho-sociales et la protection du patient et d'aide dans des situations de risque aigu ;

- ces soins intensifs nécessitent l'intervention voir la disponibilité d'une équipe pluriprofessionnelle 24h/24h ;
- l'hôpital psychiatrique offre des soins aigus à court terme et des soins complexes à moyen terme. Dans les deux cas, la durée d'un séjour ne dépasse pas les 100 jours.

Pour les patients qui n'ont pas besoin de ce dispositif, il convient d'envisager des alternatives dans un contexte extra-hospitalier. La mission de l'hôpital psychiatrique n'inclut pas la détention, le contrôle social et l'hébergement.

La limitation de la durée de séjour à 100 jours est une approximation fondée sur l'absence complète de preuves d'un quelconque bénéfice de plus longs séjours hospitaliers. Il est également très important de souligner que des longs séjours hospitaliers peuvent être délétères et diminuent les chances du patient de retourner avec succès dans la communauté.

Objectifs de la planification en psychiatrie

L'objectif central de la planification est de définir un cadre permettant de répondre aux besoins de la population. Les prestations fournies doivent être de bonne qualité tout en respectant l'économie.

S'agissant de la qualité des soins, l'un des objectifs principaux de la période de planification 2020-2023 est de réduire au mieux la surcharge des hôpitaux de la liste hospitalière. Il est important de souligner qu'une surcharge entraîne inévitablement des conditions d'accueil défavorables et une augmentation des risques pour les patients mais aussi pour le personnel soignant.

Pour la planification, le taux d'occupation moyen correspondant à une absence de surcharge est une question importante. Le groupe de travail recommande un taux d'occupation moyen cible de 95% pour les unités accueillant des patients adultes et de 85% pour les unités accueillant des mineurs. Il doit se situer en-dessous de 100% afin d'éviter une surcharge délétère lors de périodes de pics de demande. Cette considération est encore plus pertinente pour la pédopsychiatrie qui connaît des fluctuations très importantes du taux d'occupation au cours de l'année et nécessite par conséquent un taux d'occupation moyen moins élevé.

Le deuxième objectif est de permettre aux hôpitaux psychiatriques de se concentrer sur leurs missions centrales définies ci-dessus, en évitant les hospitalisations inappropriées. Une concentration de l'hôpital psychiatrique sur ses missions permettrait également d'éliminer la surcharge.

Il ne sera pas possible voir dangereux de limiter le champ d'action de l'hôpital sans développer des alternatives répondant aux besoins en dehors de celui-ci. Par conséquent, l'un des objectifs de ce chapitre est de définir clairement ces alternatives en définissent des axes de travail pouvant guider la présente et de futures planifications. L'objectif est de fournir des propositions concrètes et réalistes selon ces axes pour la période actuelle de planification. Afin de les mettre en œuvre, une approche bien coordonnée des acteurs du domaine de la santé et du social sera nécessaire.

Evaluation de la planification 2016-2019

Le scénario de base pour la planification 2016-2019 a été développé sur la base des projections démographiques avec l'hypothèse que le système de soins psychiatriques ne changerait pas. Le taux d'occupation cible pour l'estimation des lits supplémentaires nécessaires en raison de l'évolution démographique était de 95%.

Selon cette hypothèse le nombre de lits supplémentaires nécessaires en 2019 a été estimé à +41 lits dont 16 pour accompagner la croissance démographique et 25 pour la résorption de la surcharge à Belle-Idée.

Le rapport 2016-2019 proposait deux scénarios alternatifs fondés sur une modification de l'offre de la prise en charge visant à remplacer des journées d'hospitalisation (et ainsi des lits) par d'autres types d'offre.

Le scénario alternatif 1 présumait la création de 32 lits dans des structures communautaires et le remplacement de 8 lits par des soins à domicile. Ceci aurait diminué de 3 lits le nombre de lits hospitaliers.

Le scénario alternatif 2 prévoyait une disponibilité augmentée de places en aval des soins hospitaliers (+33 places) en plus des mesures prévues dans le scénario alternatif 2. L'effet estimé de ces mesures était de diminuer de 38 le nombre de lits hospitaliers.

Les mesures générales ainsi que celles prévues permettant la mise en place des scénarios alternatifs 1 et 2 n'ont que très partiellement été mises en œuvre. Par conséquent, en l'état, l'évolution des besoins de soins hospitaliers devrait approcher celle prévue par le scénario de base nécessitant une augmentation du nombre de lits.

En réalité le nombre de lits n'a que peu changé depuis 2014, si ce n'est une diminution de 2 lits au sein du département de psychiatrie des HUG et la création de 5 nouveaux lits LAMal à la Clinique du Grand-Salève. Néanmoins, les unités hospitalières du département de psychiatrie ont vu diminuer leur taux d'occupation de 106% en 2014 à 100,3% en 2018. Ce taux d'occupation reste toujours au-dessus de la cible de 95%.

Les raisons de cette diminution du taux d'occupation malgré un nombre de lits presque constant sont multiples. Le groupe de travail considère que la réorganisation du département de psychiatrie des HUG avec la création d'un service de psychiatrie adulte et un service de psychiatrie gériatrique en est un facteur important. A la suite de cette réorganisation, plusieurs mesures ont pu être prises visant à améliorer le flux de patients et à développer la psychiatrie communautaire en tant qu'alternative à l'hospitalisation. Dans ce contexte, la collaboration entre les différents prestataires du domaine de santé et du domaine de social s'est intensifiée. L'ouverture d'une structure avec équipe mixte pour des personnes avec une déficience intellectuelle importante (Intera) en est un bon exemple.

Malgré l'évolution positive observée, le groupe de travail considère que des mesures structurelles seront indispensables pour absorber l'augmentation des besoins durant la période 2020-2023 et pour réduire le taux d'occupation moyen des unités hospitalières jusqu'à la cible de 95%. Dans ce sens, le travail du rapport 2016-2019 fournit une base très pertinente pour la définition des alternatives à une hospitalisation et à la limitation des durées du séjour.

Situation actuelle

Les HUG prennent en charge la majorité des cas du canton (T3.10) mais les cliniques de La Métairie, Grand-Salève et Belmont sont également des prestataires importants de soins hospitaliers psychiatriques dans le canton.

→ **T3.10 Psychiatrie : recours aux soins de la population domiciliée dans le canton de Genève en 2016, par hôpital**

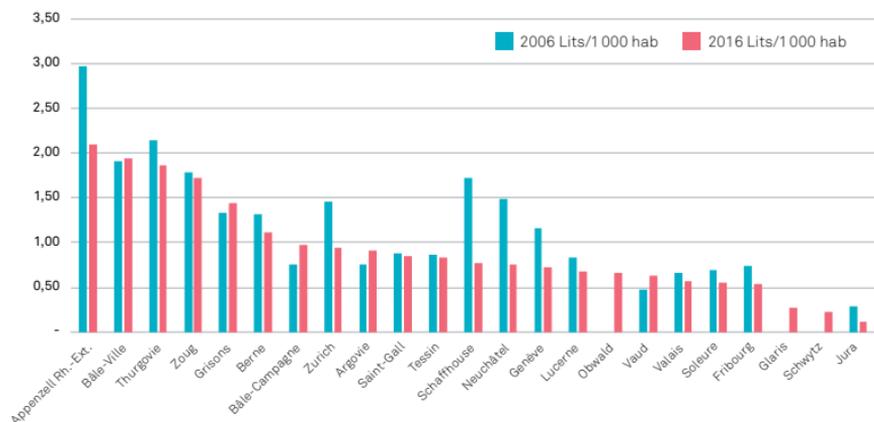
HÔPITAL	CANTON	NOMBRE DE CAS	NOMBRE DE JOURS
Les Hôpitaux Universitaires de Genève HUG	GE	3 270	11 2964
Clinique la Métairie SA	VD	212	8 258
Clinique Belmont	GE	140	4 965
Clinique la Lignière	VD	69	1 717
CHUV Centre Hospitalier Universitaire Vaudois	VD	25	307
Services Psychiatriques Jura Bernois - Bienne-Seeland (SPJBB)	BE	3	20
Réseau fribourgeois de santé mentale - RFSM Centre de soins hospitaliers	FR	3	5
CNP Centre Neuchâtelois de psychiatrie	NE	3	12
Psychiatriche Dienste Aargau AG	AG	3	22
Universitäre Psychiatriche Dienste Bern (UPD)	BE	3	38
Klinik Arlesheim AG	BL	3	97
Universitäre Psychiatriche Kliniken Basel	BS	2	119
Hôpital du Valais - Centre hospitalier du Chablais (CHC)	VS	2	13
Klinik Meissenberg AG	ZG	1	65
Clinica Santa Croce SA	TI	1	23
Psychiatriche Universitäts- Klinik Zürich	ZH	1	7
Schützen Rheinfelden AG Klinik und Ambulatorium	AG	1	11
Total		3 742	128 643

Source: Obsan

Comparaison intercantonale

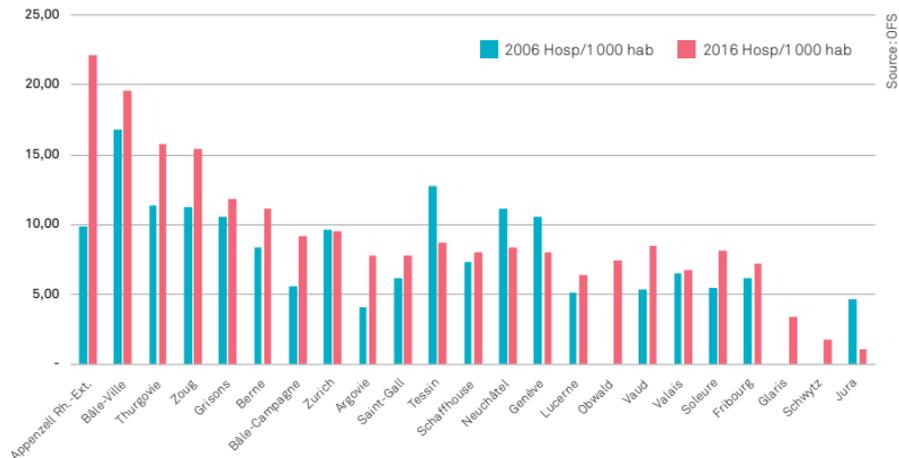
A Genève le nombre de lits par habitant a diminué entre 2006 et 2016 (G3.1), se situant actuellement légèrement en-dessous de la moyenne nationale. Le taux d'hospitalisations pour 1 000 habitants a également diminué depuis 2006 et se situe en 2016 légèrement en-dessous de la moyenne suisse (G3.2).

→ **G3.1 Nombre de lits de psychiatrie pour 1 000 habitants selon le canton, en 2006 et en 2016**



Source: OFS

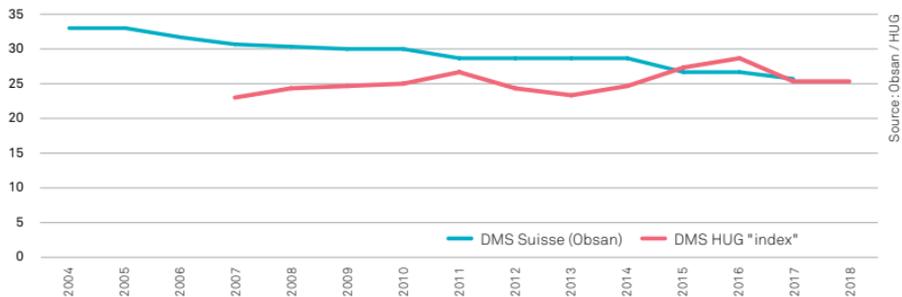
→ **G3.2 Taux d'hospitalisation pour 1 000 habitants selon le canton, en 2006 et en 2016**



Source : OFS

La durée moyenne de séjour (DMS) à Genève a fortement augmenté entre 2013 et 2016, à l'inverse de la tendance observée en Suisse (G3.3). Les données des deux dernières années montrent une baisse en 2017 et une stabilisation entre 2017 et 2018. La DMS actuelle se situe autour de la moyenne suisse relevée pour 2017.

→ **G3.3 Durée moyenne des séjours en psychiatrie de 2004 à 2018**



Source : Obsan / HUG

La situation de base a ainsi changé depuis le dernier rapport de planification cantonale. Ses auteurs notaient alors : « A Genève, étant donné que les durées moyennes de séjour sont déjà relativement basses en comparaison intercantonale, le groupe de travail propose que l'accent soit plutôt mis sur des alternatives aux hospitalisations plutôt que sur des diminutions des durées de séjour. » Aujourd'hui la DMS

à Genève s'approche de la moyenne suisse. Par conséquent, la question d'une diminution des durées de séjour devient centrale dans la planification.

Analyse de l'activité des Hôpitaux universitaires de Genève

La statistique médicale des hôpitaux (MS) de l'Office fédéral de la statistique (OFS) est la source principale des données représentant la situation actuelle. Celles-ci ont été utilisées pour réaliser les projections d'activité. Les données des HUG présentées ci-dessous ont été complétées par quelques variables disponibles dans leur base de données.

Les critères suivants ont été appliqués :

- seuls les patients assurés LAMal et résidant dans le canton de Genève ou en France sont planifiés par le canton ;
- seuls les collectifs des cas A (cas sortis dans l'année) et C (cas ni sortis ni entrés, à savoir les patients séjournant depuis plus d'une année à l'hôpital) sont retenus.
- l'année retenue est 2016. Il s'agit de l'année la plus récente pour laquelle les données de la statistique médicale sont disponibles pour l'ensemble du canton au moment de la réalisation de l'étude.

Au final, le collectif analysé est constitué de 3 170 cas.

ANALYSE EN FONCTION DE L'ÂGE

Les tranches d'âges suivantes ont été définies en fonction des différences des besoins dans ces groupes :

- 0 ans - 17 ans : pédopsychiatrie, 18 ans exclus
- 18 ans - 64 ans : psychiatrie adulte
- 65 ans - 74 ans : psychiatrie gériatrique
- \geq 75 ans : psychiatrie gériatrique, âge avancé

La majorité des cas se situe dans les tranches d'âges 18-64 ans, soit 76% du collectif de 3 170 cas et 65% des journées, même si les tranches d'âges au-delà de 60 ans représentent proportionnellement plus de journées d'hospitalisation.

ANALYSE EN FONCTION DU DIAGNOSTIC PRINCIPAL

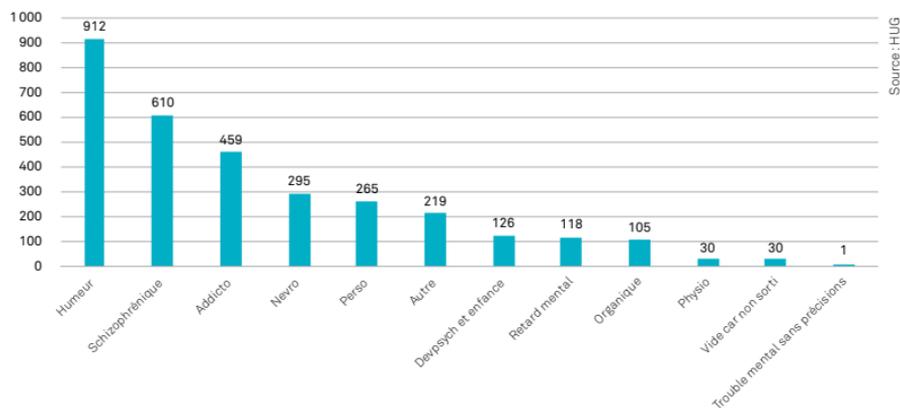
Le groupe de travail a décidé d'utiliser exclusivement la classification CIM (classification internationale des maladies) pour le regroupement des cas en fonction du diagnostic, comme cela avait été fait dans le précédent rapport. Le groupe a aussi évalué l'alternative de l'utilisation des « *psychiatric cost groups* » du système TARPSY mais son utilisation a été jugée prématurée, sa classification étant en pleine évolution et les données 2016 n'ayant pas encore la fiabilité requise.

Par conséquent les groupes diagnostics suivants ont été utilisés :

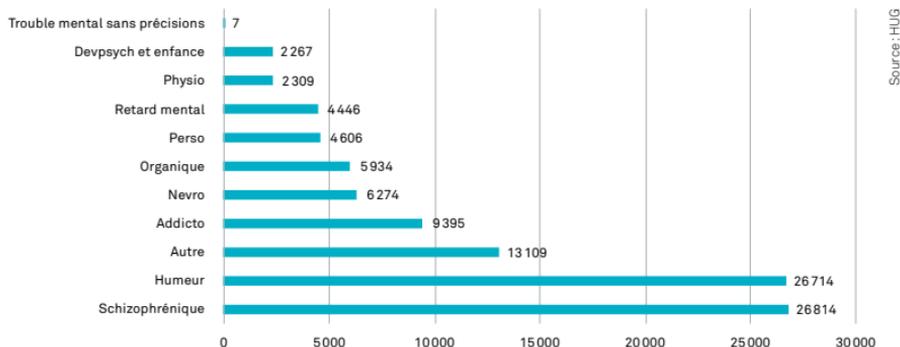
→ T3.11 Récapitulatif des groupes diagnostics

DIAGNOSTIC PRINCIPAL	LIBELLÉ	DESCRIPTION
F00-F09	Organique	Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques
F10-F19	Addicto	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives
F20-F29	Schizophrénique	Troubles du spectre schizophrénique : schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants
F30-F39	Humeur	Troubles de l'humeur (affectifs)
F40-F48	Nevro	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes
F50-F59	Physio	Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques
F60-F69	Perso	Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte
F70-F79	Retard mental	Retard mental
F89-F98	Devpsych et enfance	Trouble du développement psychologique et troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence
F99	Trouble mental, sans précision	Trouble mental, sans précision
0	Vide car non sorti	Le patient n'étant pas sorti à la fin de l'année, le diagnostic n'est pas disponible dans la statistique
Autre	Autre	Autre diagnostic ou pas de code diagnostic disponible

→ G3.4 Nombre de cas par groupe diagnostic principal aux HUG, en 2016



→ **G3.5 Nombre de journées d'hospitalisation par groupe diagnostic principal aux HUG, en 2016**



En résumé, les troubles de l'humeur et du spectre schizophrénique sont responsables de la majorité des journées d'hospitalisation en psychiatrie, mais cette distribution décline en fonction de l'avancée dans l'âge des patients (analyses non présentées). La contribution des troubles addictologiques est importante et potentiellement sous-estimée, ces troubles représentant souvent un diagnostic secondaire ne pouvant pas être pris en compte dans cette analyse.

ANALYSE EN FONCTION DE LA DURÉE DE SÉJOUR

Pour avoir une vision représentative de l'occupation des lits en psychiatrie, il est important de prendre en compte la population de patients qui sortent du champ de la LAMal mais qui restent hospitalisés « en attente de placement », ci-après P0. Dans le tableau ci-dessous, la DMS 1 concerne la durée totale (LAMal + P0) de tous les patients sortis au cours de l'année. La DMS 2 inclut en plus les patients non-sortis au cours de l'année et pour lesquels une date de sortie fictive à la fin de l'année a été définie. Ce dernier calcul a pour but d'inclure les patients séjournant depuis plus d'une année à l'hôpital et pour lesquels un projet de sortie est difficile à réaliser.

→ **T3.12 Durée moyenne de séjour en psychiatrie aux HUG, en 2016**

ANNÉE	NB DE CAS	DMS 1 (incl. P0)	DMS 1 médiane	DMS 2 (incl. P0+patients non sortis)	DMS 2 médiane
2012	4 171	26,31	9	31,68	9
2013	3 522	27,34	12	34,96	12
2014	3 759	24,33	10	37,27	12
2015	3 984	27,65	10	37,12	11
2016	3 170	37,15	16	49,63	16
2017	3 028	46,63	15	49,62	15
Ecart – 2017 vs 2013		71%	25%	42%	22%

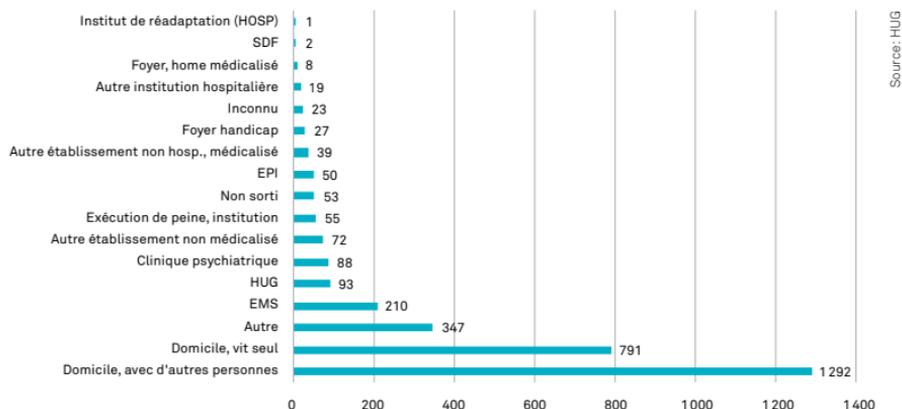
Source: HUG

La durée moyenne de séjour complète a clairement augmenté entre 2013 et 2017. Cette augmentation est plus importante que celle de la médiane. Par conséquent, cette analyse confirme l'impact important des longs séjours sur l'occupation des lits.

ANALYSE EN FONCTION DE LA DESTINATION

Une grande majorité de patients sortants retourne à domicile, où ils vivent seuls ou avec des proches (G3.6). Les EMS et les structures pour le handicap psychique constituent d'autres destinations fréquentes. Notre analyse ne permet pas de repérer les patients sortis vers des hôtels, qui ne sont généralement pas considérés comme des lieux de vie adaptés.

→ G3.6 Nombre de cas en psychiatrie aux HUG selon leur destination de sortie, en 2016



Analyse des lacunes dans l'offre actuelle

Aperçu

Le dispositif de soins en psychiatrie à Genève peut être considéré comme riche. Néanmoins, le système peine à permettre à des patients avec des troubles mentaux sévères de vivre dans la société et à offrir des alternatives à une hospitalisation.

Les lacunes dans l'offre actuelle se répartissent essentiellement en deux catégories. Premièrement, la mobilité des équipes (infirmières, médicales, socio-éducatives) est une condition importante pour l'intégration communautaire. Deuxièmement, pour les patients qui ne peuvent pas vivre dans leur propre domicile même avec des soins mobiles, il faut prévoir des structures d'accueil correspondant à leurs besoins. Pour ce faire, des réflexions croisées et les collaborations entre acteurs des domaines du social et de la santé doivent être renforcées. Les aspects liés au financement doivent également être clarifiés.

Dans ce contexte il est souhaitable de développer le rôle des pairs praticiens ou pairs aidants dans le système de soins psychiatriques. Ces personnes qui ont fait l'expérience du rétablissement peuvent contribuer par leur savoir expérimental à la conception des soins et au travail clinique avec des patients pris en charge actuellement. Il existe également des expériences de centres de repos gérés par des pairs praticiens qui pourraient constituer une alternative à des hospitalisations dans le futur.

Mobilité des soins

SOINS A DOMICILE / ACCOMPAGNEMENT A DOMICILE

Les organisations assurant une prise en charge domiciliaire sur de la moyenne et/ou de la longue durée contribuent largement au soutien à l'autonomie voire au maintien à domicile. Elles impactent, à la baisse, la durée de séjour à l'hôpital. Les soins infirmiers à domicile sont, à Genève, très développés en médecine somatique mais toujours limités en psychiatrie. Depuis 2018, un nouveau groupe de travail imad-HUG réfléchit à cette question. L'option d'accompagnement socio-éducatif existe déjà mais est limitée par le cadre fixant l'intensité. Actuellement, la coordination entre les soins infirmiers à domicile, l'accompagnement à domicile et le suivi médical reste un défi majeur. Le développement d'un modèle d'*accompagnement intégré* et son évaluation serait une option. Il est important de noter que ce type de soins n'est pas un dispositif de crise remplaçant une hospitalisation mais vise un maintien à domicile dans la durée.

HOME TREATMENT

Le *home treatment* ou *hospitalisation à domicile* est un traitement à domicile prodigué par une équipe spécialisée s'approchant de l'intensité des soins hospitaliers, incluant une à plusieurs visites infirmières par jour et des visites médicales en fonction des besoins. Bien que cette approche ne soit pas adaptée à tous les patients, des études internationales et suisses ont très clairement démontré qu'elle permet de remplacer des hospitalisations. A Genève, une telle offre n'existe pas à l'heure actuelle.

MOBILITÉ DU PERSONNEL DES CENTRES AMBULATOIRES

Même si l'état du patient ne nécessite pas l'intensité de suivi d'un *home treatment*, il est important que le personnel du centre ambulatoire puisse effectuer des visites à domicile. Ce type de visite peut être effectué avec différents objectifs : (1) Visites à domicile planifiées pour évaluer la situation sociale du patient ou pour travailler avec son réseau (2) Visites à domicile dans une situation semi-urgente à la suite d'un appel à l'aide du patient ou de son réseau (3) Visites à domicile pour éviter un décrochage de soins d'un patient ne se présentant plus au centre ambulatoire. Même si plusieurs visites sont nécessaires, la prise en charge mobile peut être très limitée dans le temps pour la majorité des patients. Il est important de distinguer cette mobilité plutôt ponctuelle de la mission des équipes mobiles qui effectuent la totalité de la prise en charge en mobilité pour une population de patients qui n'arrivent pas du tout à utiliser le panel de soins ambulatoires.

CONSIDÉRATIONS FINANCIÈRES

Les deux derniers modèles de soins discutés ci-dessus appartiennent à la catégorie des soins intermédiaires qui se situent entre l'hospitalisation à plein temps et la prise en charge ambulatoire classique. En règle générale, les soins intermédiaires ne sont que partiellement couverts par TARMED en raison d'un financement insuffisant des prestations non-médicales, de la limitation de TARMED à 4 heures par semaine et d'un manque de rémunération pour le travail de coordination. S'agissant des soins mobiles, l'absence de financement des trajets du personnel non-médical aggrave encore plus cette problématique. Par conséquent, avec les modèles de financement en vigueur, il est impossible de couvrir les coûts des soins pluriprofessionnels avec mobilité. Le canton couvre les coûts non-financés par TARMED pour les prestations mobiles existantes dans le cadre d'une mission d'intérêt général. Il est aujourd'hui avéré que les effets positifs de la prise en charge pluriprofessionnelle et mobile démontrés par les modèles internationaux sont aussi effectifs en Suisse.

Nous sommes donc devant un paradoxe, il est en effet prouvé que la meilleure approche de la prise en charge des patients avec un trouble mental sévère est une prise en charge communautaire par une équipe pluriprofessionnelle avec mobilité. Indépendamment des caractéristiques spécifiques de ce dispositif, la totalité des coûts est moins élevée que lors d'un séjour hospitalier. Parallèlement, dans le système suisse, ce type de prise en charge ne permet en aucun cas au prestataire de couvrir ses coûts. Le développement d'un système de financement transparent est donc une priorité, comme évoqué dans le rapport du Conseil fédéral sur l'«*Avenir de la psychiatrie en Suisse*».

Structures d'accueil

La problématique du logement et de l'hébergement des personnes avec un handicap psychique a récemment bien été documentée par la Cour des comptes. Aujourd'hui, la pénurie de places répondant aux besoins est une cause très importante d'occupation inadéquate des lits hospitaliers et augmente le risque de précarisation. Comme évoqué dans le rapport de la Cour des comptes, il ne s'agit pas uniquement d'un manque de place, mais il convient de développer des places répondant aux besoins avec une certaine flexibilité. A noter que le rapport de la Cour des comptes est limité à la population d'âge non-AVS avec un handicap psychique.

FOYER THÉRAPEUTIQUE AVEC ÉQUIPE MIXTE (OU INFIRMIÈRE)

Actuellement l'EMS La Méridienne est le seul foyer dans le canton offrant des soins infirmiers spécialisés à une population de patients souffrant de troubles psychiques sévères. Parallèlement, les structures avec une équipe socio-éducative sans infirmiers spécialisés peinent à prendre en charge certains patients de cette population. Le modèle de structure avec une équipe mixte (éducateurs et infirmiers) n'existe actuellement que pour des personnes en situation de handicap mental. Il n'existe pas d'offre comparable pour les personnes en situation de trouble psychique, ce qui pose fréquemment un problème pour le placement des personnes avec des troubles psychiques sévères.

FOYER POUR DES PATIENTS AVEC UNE COMORBIDITÉ PSYCHIATRIQUE ET ADDICTOLOGIQUE

Actuellement, il n'existe pas de structure à Genève capable d'accueillir des patients souffrant en même temps d'un trouble psychiatrique et d'un trouble addictologique de sévérité importante. Ces patients sont fréquemment dirigés vers des établissements extra-cantonaux ce qui n'est pas cohérent avec une approche de psychiatrie communautaire. Il y aurait deux stratégies permettant le développement de la capacité d'accueil pour ces patients dans le canton de Genève : (1) créer une nouvelle structure pour des patients avec des troubles comorbides ou (2) renforcer la capacité des structures existantes pour leur permettre de prendre en charge ces patients.

APPARTEMENTS AVEC ENCADREMENT

Aujourd'hui, on peut observer une tendance à l'augmentation de la demande de logements individuels au lieu de logements communautaires. Cela ne concerne pas exclusivement des patients déjà avancés dans leur rétablissement mais également des patients avec une autonomie toujours limitée. En accord avec la politique de maintien à domicile mise en œuvre par le canton depuis plusieurs années, le groupe de travail considère qu'il est important de respecter autant que possible le souhait du patient. Par conséquent, l'accès aux logements individuels devrait être renforcé en lien avec l'offre d'accompagnement à domicile.

EMS SPÉCIALISÉ EN PSYCHOGÉRIATRIE

Plusieurs EMS dans le canton accueillent des personnes avec troubles psychiatriques d'évolution chronique. Il s'agit majoritairement de personnes avec troubles cognitifs et troubles neuropsychiatriques associés. Quelques EMS peuvent accueillir des patients avec des troubles sévères, en particulier des troubles du comportement. Il manque de lits spécifiques dédiés à cette population. La création de petites structures (au maximum 10-15 lits par unité) permettrait certainement de répondre à cette demande. Ces structures doivent être pensées selon un projet architectural adapté et une organisation professionnelle innovante. Des concepts de soins adaptés et des formations du personnel soignant sont indispensables.

UNITÉ D'ACCUEIL TEMPORAIRE MÉDICALISÉE ET SPÉCIALISÉE EN PSYCHIATRIE

Une unité d'accueil temporaire médicalisée avec spécialisation psychiatrique combine un cadre soutenant avec une prise en charge médico-soignante, en d'autres termes elle propose une hospitalisation légère au plus proche de la communauté. Elle permet d'éviter une hospitalisation, de gérer les crises et d'adapter le traitement. Elle peut également planifier rapidement une réorganisation de la prise en charge à domicile.

Alternatives à une hospitalisation

Introduction

L'objectif de ce chapitre est d'évaluer combien de journées d'hospitalisation et, par conséquent, de lits peuvent potentiellement être substitués par des alternatives. Ces alternatives peuvent inclure par exemple des prestations ambulatoires, des soins à domicile et des solutions pour l'hébergement des personnes avec un trouble psychique. Une description des alternatives n'existant actuellement pas à Genève se trouve dans la section précédente.

Le guide «*planification de la psychiatrie*» de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé recommande la détermination d'une occupation inadéquate des lits comme étape essentielle de la planification. Il est très important de noter que cette occupation n'est pas forcément inadéquate dans le contexte du système de soins actuel. Elle est considérée inadéquate dans le sens que les lits concernés pourraient être substitués par des alternatives correspondant mieux aux besoins du patient et souvent moins chères. Les calculs suivants visent à déterminer le nombre de lits à substituer avec des mesures structurelles transformant le système de soins psychiatriques dans un sens large.

Le groupe de travail ayant rédigé le dernier rapport a utilisé une approche quantitative pour déterminer ce potentiel de substitution prenant en compte surtout les soins infirmiers requis et la durée de séjour. Ces variables ont été utilisées pour définir des groupes de patients dont le séjour hospitalier peut être substitué. Le groupe de travail actuel apprécie la valeur importante de cette approche et a décidé de l'utiliser à nouveau avec certaines modifications.

Le groupe de travail actuel considère qu'une approche purement quantitative risque de ne pas prendre en compte la situation souvent complexe dans la réalité clinique. De plus, cette approche ne laisse pas de marge à des solutions créatives. Par conséquent, le groupe de travail a décidé de compléter l'approche quantitative avec une approche qualitative. Pour ce faire, nous avons effectué un recensement de tous les patients hospitalisés au sein du département de psychiatrie lors d'une journée spécifique. Les équipes traitantes ont été consultées afin de déterminer pour chaque patient si elles pouvaient imaginer des alternatives à une hospitalisation ce jour-là et en quoi consisteraient ces alternatives, le cas échéant.

Pour résumer, nous avons utilisé deux approches complémentaires, une approche quantitative et une approche qualitative. Ces approches et leurs résultats sont détaillés cidessous. Les résultats des deux approches sont cohérents et suggèrent des alternatives pour éviter l'hospitalisation et surtout des alternatives à de longs séjours hospitaliers.

Il est très important de noter que les résultats suivants ne concernent pas les journées d'hospitalisation non-indiquées dans le système actuel mais des journées d'hospitalisation potentiellement évitables par une transformation du système médico-social avec un développement des alternatives à une hospitalisation.

Approche quantitative

Méthode

En comparaison avec le précédent rapport, les critères utilisés pour identifier des candidats à des alternatives à l'hospitalisation classique ont été simplifiés. Les groupes sont définis exclusivement en fonction de la durée du séjour et des soins infirmiers requis, ce qui permet d'établir des groupes mutuellement exclusifs (T3.13).

Les groupes 1a et 1b incluent des patients avec une courte durée de séjour et une intensité des soins infirmiers limitée. Pour ce groupe les hospitalisations classiques sont considérés comme complètement évitables pourvu qu'il y ait une capacité suffisante des alternatives incluant l'ambulatoire. Pour les patients

nécessitant une prise en charge plus intensive d'autres approches doivent être considérés (*Home treatment* et unité d'accueil temporaire médicalisée).

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

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

→ **T3.13 Groupes de cas dont la prise en charge pourrait être substituée par des alternatives concrètes**

GRUPE	CRITÈRE DURÉE DE SÉJOUR	CRITÈRE SOINS INFIRMIERS (PRN)	ALTERNATIVES À L'HOSPITALISATION
PRN 1a	< 30 jours	< 2,5 heures / jour	Ambulatoire et soins à domicile
PRN 1b	< 30 jours	> 2,5 heures / jour et < 3,5 heures / jour	Home treatment Structures d'accueil médicalisé (UATM psychiatrique)
PRN 2	> 30 jours et < 100 jours	< 2,5 heures / jour	Ambulatoire et soins à domicile Foyer de transition
PRN 3	Cas en attente de placement ou durée de séjour > 100 j	Indépendamment de la PRN	Structures en aval de soins / lieu de vie (Ambulatoire et soins à domicile spécialisés)

Résultats

Le tableau T3.14 ci-après montre le nombre de cas, les journées, l'équivalent-lits, les durées moyennes de séjour, l'intensité des soins et la répartition des cas par tranche d'âges pour chacun des groupes identifiés, par alternative de prise en charge.

Les alternatives à des hospitalisations de courte durée et de moindre intensité pourraient substituer 16 lits hospitaliers classiques qui concernent essentiellement des patients entre 18 ans et 64 ans. L'analyse a révélé qu'il y a relativement peu de séjours de moyenne durée avec une prise en charge de moindre intensité et la substitution potentielle des lits hospitaliers classiques se limite à 3 lits.

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

→ T3.14 Collectifs avec proposition d'alternative de prise en charge

GROUPE	NB DE CAS	NB DE JOURNÉES DANS L'ANNÉE	EQUIVALENT LITS	HEURES DE SOINS PRN PAR JOUR	Nb journées par tranche d'âges			
					0-17	18-64	65-74	75 OU +
PRN 1a	149	1 761	5	1,8	47	1 610	50	55
PRN 1b	274	3 709	10	3	36	3 390	114	169
PRN 2	25	1 113	3	2,1	0	811	112	190
PRN 3	217	16 289 (en enlevant les 100 premiers jours)	45	5	553	11 227	2 241	2 268
Total	665	22 872	63		635	17 037	2 518	2 683

Source : HUG

Approche qualitative**Méthode**

L'objectif de l'approche qualitative est de préciser les alternatives à une hospitalisation en collaboration avec les équipes prenant en charge chaque patient hospitalisé. L'approche utilisée est inspirée par le *Nottingham Acute Beds Survey*, une méthodologie qui vise à déterminer les journées potentiellement remplaçables au cours d'une année entière et qui est recommandée par le guide « *planification de la psychiatrie* ». Une application complète de cette méthodologie aurait dépassé les ressources à disposition du groupe de travail. Une analyse a donc été effectuée. Par conséquent, les résultats ne permettent pas de calculer les journées et les lits remplaçables, mais servent à mieux préciser les alternatives à une hospitalisation.

L'enquête a été effectuée dans chaque unité psychiatrique des HUG (tous les services du département de psychiatrie et service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent). Pour toutes les unités, un psychiatre du groupe de travail a rencontré un médecin cadre et souvent l'infirmier responsable d'unité pour remplir le questionnaire.

Le questionnaire vise à répondre à deux questions :

1. Le patient doit-il vraiment être à l'hôpital aujourd'hui ?

La réponse à cette question ne concerne pas simplement le système de soins actuel mais peut inclure des alternatives n'existant actuellement pas dans le canton.

2. Sinon, quelle serait la meilleure alternative prenant en compte le lieu de vie / de soins, le suivi à domicile et le suivi ambulatoire ?

Comme mentionné pour la question 1, il est proposé de considérer également des alternatives n'existant actuellement pas dans le canton.

Si la réponse à la question 1 était "non", les éléments suivants ont été évalués pour préciser la meilleure alternative à l'hospitalisation :

- Lieu de prise en charge : les équipes ont eu la possibilité de choisir différentes alternatives dans une liste déroulante et d'ajouter des propositions en texte libre.

La liste déroulante incluait des éléments suivants :

- Logement seul
- Logement avec proches
- Lits ambulatoires

- UATR / Foyer d'urgence
 - UATM psychiatrique
 - Hôtel
 - Séjour de rupture de milieu
 - Foyer mère-bébé
 - Famille d'accueil
 - Unité attente de placement
 - Foyer de transition
 - Internat scolaire
 - Foyer type Centre Espoir
 - Foyer comorbidité
 - EMS psychiatrique <65
 - Foyer thérapeutique équipe mixte
 - Appartement avec encadrement / Foyer adolescent
 - Etablissement pour personnes avec handicap psychique
 - Etablissement pour personnes avec handicap psychique avec occupation
 - EMS
 - EMS psychogériatrique
 - Etablissement pour personnes avec handicap mental
 - Etablissement pour personnes avec handicap mental nécessitant des soins intensifs
 - Autres
- Soins ambulatoires : les équipes ont eu la possibilité de choisir différentes alternatives dans une liste déroulante et d'ajouter des propositions en texte libre. Il était permis de combiner les alternatives. Pour l'analyse, l'accent a été mis sur l'alternative principale. La liste déroulante incluait des éléments suivants :
- Généraliste / Médecin de premier recours / Pédiatre
 - Psychiatre privé
 - Suivi institutionnel type consultation
 - Suivi institutionnel type crise
 - Suivi institutionnel type programme de jour
 - Suivi institutionnel type soins communautaires intensifs
 - Autre
- Soins à domicile : les équipes ont eu la possibilité de choisir différentes alternatives dans une liste déroulante et d'ajouter des propositions en texte libre. Il était permis de combiner les alternatives.

Pour l'analyse, l'accent a été mis sur l'alternative principale. La liste déroulante incluait des éléments suivants :

- Soins infirmiers non-spécialisés
- Soins infirmiers spécialisés
- Aide pratique
- Visites médico-infirmières à domicile
- Visites médico-infirmières au foyer
- Accompagnement intégré
- Soutien proches
- Home treatment
- Equipe mobile
- Accompagnement socio-éducatif
- Autres

Il est très important de noter que cette méthodologie ne permet pas de quantifier précisément combien de journées d'hospitalisation seraient évitables. L'objectif est plutôt d'identifier les alternatives à développer selon la perception des équipes.

Résultats

PATIENTS AGÉS ≤ 17 ANS

Pour la population mineure, les équipes ont estimé l'hospitalisation comme clairement nécessaire pour une large majorité des patients même avec des alternatives n'existant pas encore (G3.7). Pour deux patients les équipes ont considéré que la meilleure alternative était un foyer thérapeutique avec une équipe mixte (médico-infirmière) et pour un patient un foyer éducatif fermé avec soins psychiatriques. Un patient pourrait potentiellement retourner au domicile avec ses proches avec un cadre ambulatoire incluant un programme de séjour ainsi qu'un soutien de proches et un accompagnement socio-éducatif au domicile.

→ G3.7 Nombre de patients mineurs qui doivent être à l'hôpital lors de la journée de l'enquête même dans un système offrant plus d'alternatives

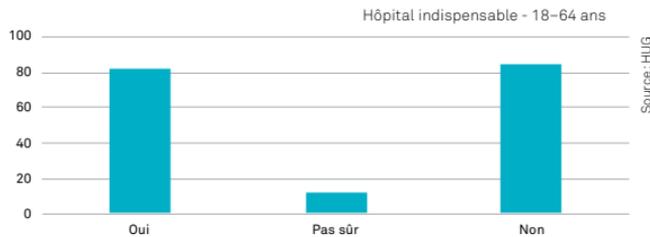


PATIENTS AGÉS ENTRE 18 ET 64 ANS

Pour la population adultes, les équipes ont estimé qu'il y aurait de meilleures alternatives pour environ la moitié des patients hospitalisés lors de l'enquête (G3.8).

Il est important de souligner qu'il s'agit en majorité d'alternatives non-existantes dans le système actuel, mais celles contenues dans les recommandations de ce rapport. Ce résultat ne permet en aucun cas de conclure que, dans le système actuel, une telle proportion de journées hospitalières serait évitable.

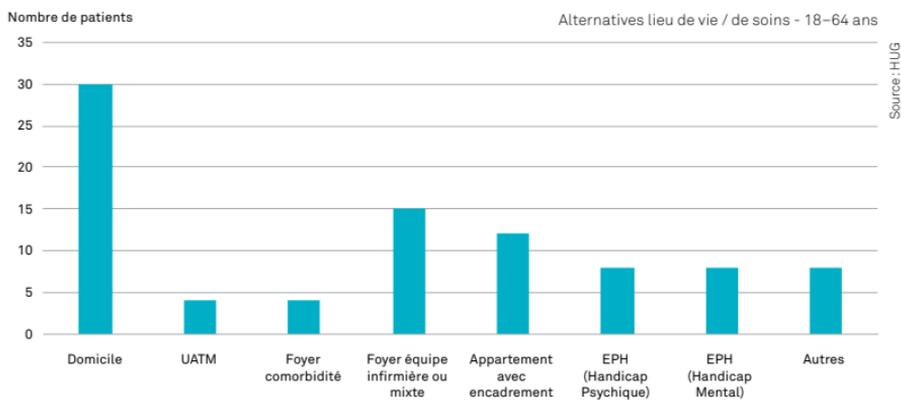
→ **G3.8 Nombre de patients adultes qui doivent définitivement être à l'hôpital lors de la journée de l'enquête même dans un système offrant plus d'alternatives**



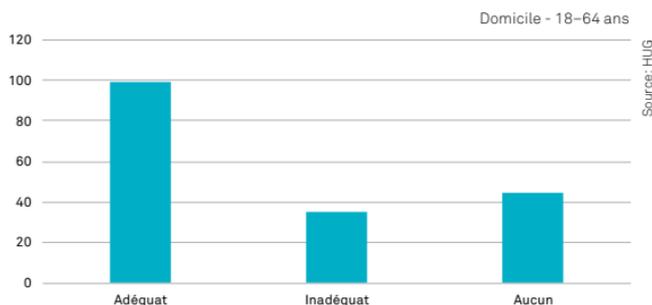
Concernant le lieu de vie ou de soins comme alternative à l'hôpital, les équipes ont estimé qu'environ un tiers des patients pourraient être à domicile pourvu que le suivi soit adapté (G3.9). Pour environ deux tiers des patients d'autres alternatives à l'hospitalisation ont été estimées nécessaires. Le type de structures considéré le plus adapté – et souvent manquant – est le foyer avec une équipe infirmière ou mixte (éducateurs et infirmiers), l'appartement avec un encadrement soutenu et l'établissement pour personnes avec handicap psychique ou mental. Moins fréquemment, les équipes ont souligné le besoin de foyers spécialisés pour les comorbidités psychiatriques et addictologiques. Une unité d'accueil temporaire médicalisée avec une spécificité psychiatrique a aussi été évoquée en tant qu'alternative à de courtes hospitalisations.

Dans le cadre de structures d'accueil, il est important de noter que, dans la population adulte, un quart des patients ne dispose d'aucun domicile (G3.10). Cette proportion très élevée a un effet majeur sur l'utilisation de l'hôpital psychiatrique. Par conséquent, il semble très important de (1) mettre un dispositif socio-sanitaire en place permettant d'éviter la perte de logement et (2) d'avoir des structures d'accueil à disposition offrant une alternative à l'hospitalisation. Dans ce contexte l'approche *housing first* a montré des résultats intéressants pour les patients avec des troubles psychiques sévères en perte de logement. Cette approche vise à soutenir le logement de ces personnes sans condition préalable concernant leur état de santé psychique.

→ G3.9 Alternatives à l'hospitalisation concernant le lieu de vie ou des soins



→ G3.10 Nombre de patients disposant d'un domicile



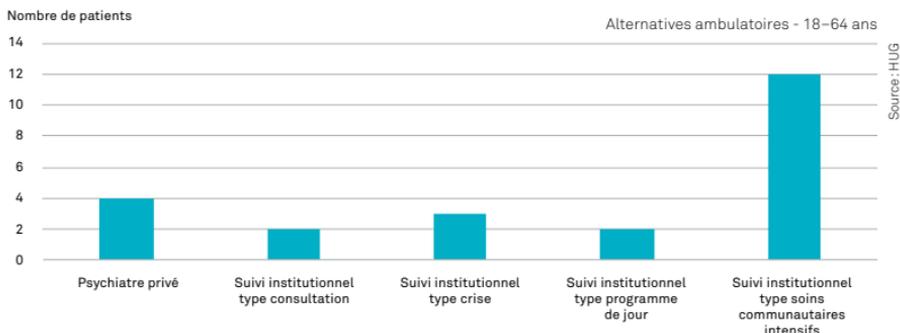
Pour les patients pouvant être suivis à domicile, nous avons évalué la prise en charge ambulatoire et à domicile nécessaire.

S'agissant de la prise en charge ambulatoire des patients à domicile avec des journées d'hospitalisation évitables, les équipes ont considéré un suivi institutionnel comme approprié pour la majorité d'entre eux, une prise en charge pluriprofessionnelle avec une intensité importante étant souvent nécessaire (G3.11). Dans ce contexte, il est important de noter que le type de prise en charge *Suivi institutionnel type soins communautaires intensifs* inclut des contacts médico-infirmiers quotidiens (week-end inclus) et nécessite des visites à domicile. Actuellement, les centres ambulatoires des HUG n'ont qu'une capacité limitée pour ce type de prise en charge.

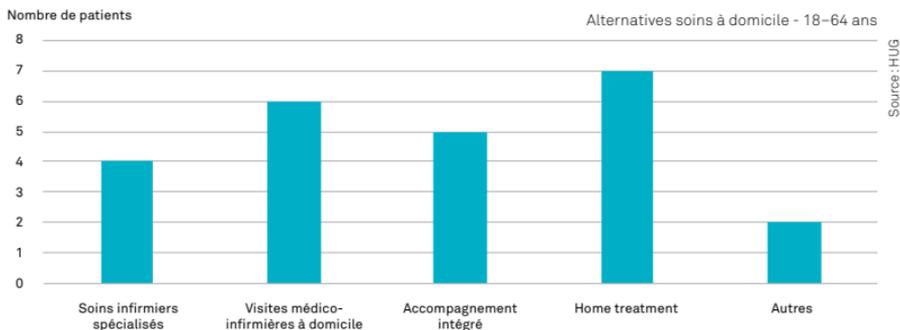
Concernant les alternatives aux journées d'hospitalisation dans les soins à domicile, les équipes ont le plus souvent nommé des soins pluriprofessionnels (G3.12). Le *home treatment* est un traitement à domicile des situations aiguës par une équipe spécialisée qui approche l'intensité des soins hospitaliers durant une courte période d'intervention. Ce type de prise en charge n'existe actuellement pas à Genève. Des visites médico-infirmières ponctuelles entrent cependant dans le cadre d'un suivi institutionnel du type soins

communautaires intensifs. La catégorie *Accompagnement intégré* inclut un accompagnement socio-éducatif, des soins infirmiers spécialisés et une disponibilité médicale de moyenne ou longue durée afin de permettre un maintien ou un retour à domicile. Il est important de noter que ce type de prise en charge pourrait se faire également dans des *Appartements avec encadrement*, structure n'existant actuellement pas à Genève. Les soins infirmiers spécialisés sont considérés relevant soit dans le contexte d'accompagnement intégré soit en tant qu'intervention séparée.

→ G3.11 Prise en charge ambulatoire nécessaire pour substituer le séjour hospitalier



→ G3.12 Prise en charge à domicile nécessaire pour substituer le séjour hospitalier



Il convient de noter que les patients ne résidant pas à domicile mais dans une structure d'accueil nécessitent pour la plupart également une prise en charge ambulatoire dans un centre ambulatoire institutionnel avec l'option de visites médico-infirmières au foyer.

PATIENTS AGÉS 65 ANS OU +

Pour la population des patients âgés de 65 ans ou plus, les équipes ont estimé qu'il aurait de meilleures alternatives pour environ un tiers des patients hospitalisés lors de l'enquête (G3.13). Il est important de souligner qu'il s'agit d'alternatives hypothétiques incluant une amélioration du dispositif à l'extérieur de l'hôpital.

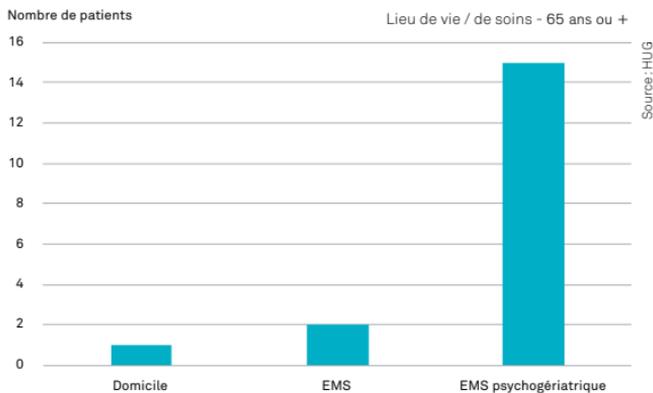
→ **G3.13 Nombre de patients de 65 ans ou plus devant impérativement être à l'hôpital lors de la journée de l'enquête**



Pour les patients ne nécessitant pas un séjour hospitalier lors de l'enquête, les équipes ont très clairement considéré que la meilleure alternative était un EMS spécialisé en psychogériatrie (G3.14). Elles ont aussi considéré qu'un suivi institutionnel du type consultation était pour tous les patients un complément nécessaire au placement en EMS spécialisé.

Il convient de noter que 26% des patients n'ont pas de domicile ou ont perdu leur place en EMS, ce qui souligne la nécessité des efforts à fournir afin d'éviter la perte du domicile ou de place en EMS (G3.15).

→ **G3.14 Alternatives à l'hospitalisation concernant le lieu de vie ou de soins**



→ G3.15 Nombre de patients de 65 ans ou plus disposant d'un domicile

**Conclusion**

Les approches quantitatives et qualitatives pour déterminer l'occupation inadéquate des lits montrent des résultats cohérents et permettent de mieux préciser quelles mesures peuvent substituer les lits hospitaliers.

L'approche quantitative suggère un potentiel de 16 lits à substituer avec des mesures qui visent à éviter l'hospitalisation entière pour des patients avec un court séjour (< 30 jours) et une intensité de soins de moins de 3,5 heures par jour. L'approche qualitative permet de préciser les mesures potentielles. Tout d'abord il s'agit d'une prise en charge ambulatoire d'intensité adéquate suivant le modèle de soins intensifs communautaires incluant des visites à domicile. Si une prise en charge plus intensive est nécessaire, le modèle *Home treatment* (hospitalisation à domicile) présente un important potentiel dans la substitution des journées d'hospitalisation.

L'approche quantitative met en exergue une potentielle économie de 45 lits en remplaçant par d'autres alternatives l'hospitalisation de tous les patients dont la durée de séjour dépasse 100 jours. L'approche qualitative permet de préciser les alternatives à des séjours de longue durée. Les soins infirmiers spécialisés en psychiatrie sont importants dans la prise en charge ambulatoire et à domicile de ces patients, en particulier en combinaison avec un accompagnement socio-éducatif dans le sens d'un accompagnement intégré.

La majorité des alternatives aux séjours de longue durée concernent des structures d'accueil. Pour la population âgée, il existe clairement un besoin d'EMS spécialisés en psychogériatrie. Pour la population adulte, l'alternative considérée comme la plus importante est un foyer avec équipe mixte ou infirmière, suivie par des appartements avec encadrement. Bien qu'à moindre fréquence, un foyer spécialisé pour des patients avec une comorbidité psychiatrique et addictologique a aussi été évoqué, ce qui suggère que le développement de cette capacité de prise en charge pourrait être possible dans les structures existantes.

Il convient de noter que ces alternatives doivent à long-terme être accompagnées par un transfert de ressources (en particulier du personnel soignant) dans la direction *hôpital* -> *ambulatoire* -> *psychiatrie mobile*. Néanmoins, il est très important de ne pas fermer de lits hospitaliers avant que des mesures alternatives ne soient mises en place.

Evaluation des besoins 2020-2023

Projections de base, sans changement du système

Méthode

Les projections de cas, de journées et de lits sont réalisées sur la base des projections démographiques, selon le scénario II (croissance modérée de la population) établi par le canton de Genève pour l'année de base 2016. A partir de 2017 il s'agit de projections. Dans un premier temps, les projections sont présentées par groupe de diagnostique et ne tiennent compte d'aucune adaptation de l'offre de soins telle que suggérée dans le chapitre précédent. L'hypothèse considère les cas sortis durant l'année et uniquement les résidents genevois (y. c. cas traités hors canton).

Les hypothèses du modèle de projections sont :

- un scénario d'évolution démographique modérée, avec statu quo des taux d'hospitalisation par âge ;
- les taux d'hospitalisation par âge demeurent constants ;
- les préférences de la population demeurent inchangées (la demande reste la même) ;
- les lits supplémentaires nécessaires ont été estimés pour un taux d'occupation cible de 95%.

Pour évaluer les lits supplémentaires nécessaires en 2023, l'année de référence choisie est 2018. Cette année-là étant la plus récente pour laquelle un taux d'occupation est disponible.

Résultats

Entre 2018 et 2023, les projections estiment une augmentation des journées d'hospitalisation de 4,77%, ce qui signifie que 15 lits supplémentaires seraient nécessaires pour faire face à la progression démographique (T3.15 et T3.16).

Dans l'année de référence, le taux d'occupation dans le département de psychiatrie était à 100,3% sur 266 lits. Pour résorber cette surcharge et arriver à un taux d'occupation cible de 95%, 14 lits supplémentaires seraient nécessaires.

L'ouverture de 5 lits à la clinique du Grand-Salève s'étant effectuée au cours de l'année 2018, il convient de considérer ces lits en tant que lits supplémentaires créés.

Par conséquent, 24 lits supplémentaires seront nécessaires en 2023 pour répondre à l'évolution démographique et arriver au taux d'occupation cible de 95%.

→ **T3.15 Projection du nombre de cas, de journées d'hospitalisation et de lits entre 2018 et 2023 pour tout le collectif de patients genevois (avec hospitalisations hors canton)**

	2018		2023		DIFFÉRENCE 2023-2018	
	CAS	JOURNÉES	CAS	JOURNÉES	JOURNÉES	LITS CORRES- PONDANTS
Total	3774	116 619	3916	122 181	4,77%	15,2
F00-F09 Troubles mentaux organiques	111	6 763	124	7 328	8,35%	1,5
F10-F19 Troubles mentaux à l'utilisation de substances	614	14 001	635	14 469	3,34%	1,3
F20-F29 Troubles du spectre schizophrénique	688	27 105	707	28 081	3,60%	2,7
F30-F39 Troubles de l'humeur	1 161	32 733	1 208	34 500	5,40%	4,8
F40-F48 Troubles névrotiques	366	7 793	382	8 250	5,86%	1,3
F50-F59 Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques	55	3 037	56	3 061	0,79%	0,1
F60-F69 Troubles de la personnalité	299	5 529	303	5 713	3,33%	0,5
F70-F79 Retard mental	122	4 797	122	4 776	-0,44%	-0,1
F80-F89 Troubles du développement	34	770	35	791	2,73%	0,1
F90-F98 Troubles apparaissant durant l'enfance et l'adolescence	95	1 421	98	1 449	1,97%	0,1
F99 Trouble mental, sans précision	2	6	2	6	0,00%	0
Autre Non-F-diagnoses	227	12 663	244	13 758	8,65%	3

Source : Obsan

→ **T3.16 Estimation des lits supplémentaires en 2023 sans changement du système de prise en charge**

Lits évolution démographique	+15
Lits absorption surcharge	+14
Lits créés au Grand-Salève (2018)	-5
Lits supplémentaires nécessaires en 2023	+24

Source : HUG / DGS

Projections avec alternatives aux hospitalisations

Méthode

Les analyses quantitatives et qualitatives décrites dans le chapitre ci-dessus permettent de définir deux scénarios alternatifs.

Le scénario alternatif 1 est basé sur l'hypothèse que 45 lits ne seront plus nécessaires si on évite les hospitalisations dépassant les 100 jours en mettant en œuvre les mesures suivantes :

- créer une nouvelle structure thérapeutique avec une équipe infirmière ou mixte pour des patients adultes avec un trouble mental sévère ;
- renforcer la capacité des structures pour l'handicap psychique existantes afin de leur permettre d'accueillir des personnes avec un trouble mental sévère ;
- développer l'offre de logements individuels avec encadrement ;
- créer un EMS spécialisé en psychogériatrie ;
- développer des soins à domicile avec expertise psychiatrique ;
- développer et évaluer une offre d'accompagnement intégrée à domicile dans le cadre d'un projet pilote.

Le scénario alternatif 2 présuppose la mise en place des mesures prévues pour le scénario alternatif 1. De plus, il est basé sur l'hypothèse que tous les séjours de moins de 30 jours et avec une prise en charge infirmière de moins de 3,5 heures / jour sont potentiellement évitables en mettant en œuvre les mesures suivantes :

- assurer une prise en charge ambulatoire réactive, intensive et flexible ;
- développer des soins à domicile avec expertise psychiatrique ;
- développer et évaluer une offre de soins de type Home treatment dans le cadre d'un projet pilote ;
- évaluer le rôle et le financement des structures offrant une alternative à l'hospitalisation à court terme.

Résultats

SCÉNARIO ALTERNATIF 1

Si les mesures alternatives permettent de limiter tous les séjours hospitaliers à 100 jours, il est possible d'éviter l'augmentation prévue par le scénario de base de 15 lits, voire de 24 lits en prenant en compte l'absorption de la surcharge (T3.17). Il sera même possible de réduire le nombre actuel de lits de 30 (ou 21 en prenant en compte l'absorption de la surcharge). La différence entre le scénario alternatif 1 et le scénario de base est de 45 lits.

SCÉNARIO ALTERNATIF 2

Ce scénario présume que des alternatives permettent d'éviter 459 courts séjours en plus des mesures prévues dans le scénario alternatif 1 (T3.17). Cela permettrait de diminuer encore le nombre de 16 lits, résultant en une diminution de 46 lits (ou 37 en prenant en compte l'absorption de la surcharge) en total. La différence entre le scénario alternatif 2 et le scénario de base est de 61 lits.

→ T3.17 Projections du nombre de cas, nombre de journées d'hospitalisation et impact sur le nombre de lits requis pour les trois scénarios par rapport à la situation actuelle

	SCÉNARIO DE BASE			SCENARIO ALTERNATIF 1			SCENARIO ALTERNATIF 2		
	CAS	JOURNÉES	LITS	CAS	JOURNÉES	LITS	CAS	JOURNÉES	LITS
2018	3774	116 619		3774	116 619		3774	116 619	
2023	3916	122 181		3916	105 892		3457	100 360	
2023-2018	142	5 562	+15		-10 727	-30		-16 259	-46
+ Résorption surcharge			+24			-21			-37

Source : Obsan / DGS

Limites

Aucune évolution épidémiologique, ni changements technologiques n'ont été mis en évidence par le groupe de travail. L'évolution du nombre de cas psychiatriques dépend fortement de l'évolution du contexte social, surtout pour les enfants. Les changements sont cependant difficiles à anticiper.

Les diminutions de lits dans les scénarios alternatifs projetés sont clairement des approximations. Il n'est pas possible de déterminer exactement l'impact des mesures contenues dans les scénarios alternatifs.

Il n'y a pas de projections sur la tendance du nombre de cas en placement judiciaire, ils sont supposés constants malgré la forte croissance constatée depuis 2010. Ce collectif devrait être analysé et projeté séparément.

Enfin, le groupe de travail n'a pas pu faire une estimation précise des coûts associés aux différents scénarios. Néanmoins, il est généralement accepté que la somme des coûts totaux est plus élevée pour une prise en charge hospitalière que pour les différentes alternatives à une hospitalisation comme prévu par les scénarios alternatifs. Il est important de noter que ces alternatives dépendent de modalités de financement différentes de celles de l'hospitalisation, ce qui pose souvent un problème pour leur développement.

Conclusion et recommandations

Considérations générales

Le groupe de travail considère qu'une stratégie de psychiatrie communautaire peut permettre d'éviter une augmentation de lits et même d'en réduire un nombre important. Cela en améliorant la prise en charge par le soutien au rétablissement et l'intégration dans la communauté.

Les recommandations sont organisées selon trois axes :

- I. Coordination / Formation : pour une psychiatrie communautaire la coordination des acteurs est essentielle et doit être renforcée.
- II. Soins ambulatoires et à domicile : ces prestations sont essentielles pour un maintien à domicile dans des situations de crise et dans la durée. Les recommandations visent l'évolution de cette offre.
- III. Structures d'accueil : le logement adéquat des patients avec un trouble psychique est un défi majeur pour leur rétablissement. Les recommandations précisent quels types de structures sont à développer pour combler les lacunes existantes.

Axe-I Coordination / Formation

- **Mettre en place une commission de pilotage pour coordonner la mise en œuvre des recommandations et faire des propositions en cas de nouveaux développements.** Le groupe de travail pour cette planification propose de continuer ses réflexions sous la forme d'une telle commission. Il convient d'évaluer les autres acteurs devant être représentés.
- **Renforcer la collaboration entre les acteurs accompagnant la trajectoire de soins.** Cette collaboration inclut les acteurs du domaine médical (HUG, cliniques privées, médecins de ville, imad) et du domaine social (EPH, EMS, autres). Le développement d'un plan de prise en charge partagé est une priorité.
- **Définir le rôle d'un « coordinateur » pour les patients avec des troubles mentaux sévères nécessitant l'investissement et la coordination de beaucoup de ressources de différents acteurs.** Pour cette population, la coordination nécessite la nomination d'une personne spécifique ayant les compétences et les ressources spécifiquement dédiées au travail de coordination. Ce rôle pourrait être assuré par des

infirmiers spécifiquement formés dans des centres ambulatoires des HUG. Comme ce type de prestation n'est actuellement pas facturable, il est important d'en définir le modèle de financement.

- **Développer une ligne téléphonique à disposition des patients et d'autres acteurs facilitant l'accès aux soins appropriés.** Ces soins doivent inclure tout le dispositif dans le canton, ambulatoire et hospitalier, public et privé. Ce rôle est déjà assumé en partie par l'unité d'accueil et des urgences psychiatriques mais pourrait être renforcé.
- **Soutenir la formation des infirmiers spécialisés en psychiatrie.** Dans le canton, le nombre d'infirmiers spécialisés en psychiatrie est déjà en régression. Parallèlement, la mise en œuvre d'une grande partie des recommandations de ce rapport dépend d'une relève adéquate. Par conséquent, il convient d'assurer la disponibilité des places dans le cursus de formation spécifique, d'adapter la formation aux soins ambulatoires et à domicile et de clarifier la valorisation des parcours dans le domaine de la psychiatrie.

Axe-II Soins ambulatoires et soins à domicile

- **Développer une stratégie cantonale pour le développement et le financement de la psychiatrie mobile.** Les prestations mobiles (infirmières, médicales, d'accompagnement) sont essentielles pour permettre un maintien à domicile dans des situations de crise et dans la durée. Il est important de clarifier la mission de chaque acteur dans ce domaine. Une large partie de ces prestations n'étant pas suffisamment couverte, il est important d'en clarifier les modalités de financement. Cette clarification est une condition du transfert des ressources hospitalières ou ambulatoires « classiques » en ressources mobiles.
- **Développer des soins à domicile avec expertise psychiatrique.** Afin de renforcer l'autonomie, voire le maintien à domicile des patients avec des troubles de santé mentale non aigus, le développement de modèles de prise en charge dans ce domaine et d'expertises, au sein des organisations de soins à domicile, est à développer en étroite collaboration avec les centres ambulatoires de l'hôpital.
- **Assurer une prise en charge ambulatoire réactive, intensive et flexible.** La possibilité de ce type de prise en charge ambulatoire est une condition pour la mise en œuvre de la majorité des recommandations de l'axe-II et de l'axe-III. Les soins à domicile et l'accueil des patients avec des troubles sévères ne peuvent pas fonctionner sans le soutien d'un centre ambulatoire. A Genève, les HUG disposent de centres ambulatoires qui fournissent des soins avec une réactivité, une intensité et une flexibilité importante. Au vu des pressions financières sur les soins ambulatoires en psychiatrie, il est important de les maintenir voire de les développer. Cette problématique concerne également les lits ambulatoires pour lesquels le financement n'est plus assuré.
- **Développer et évaluer une offre d'accompagnement intégrée à domicile dans le cadre d'un projet pilote.** Afin de permettre le maintien à domicile des patients avec un trouble mental sévère ayant fréquemment besoin d'un accompagnement socio-éducatif, de soins à domicile et d'une prise en charge ambulatoire intensive, un projet pilote permettrait d'évaluer l'efficacité d'une équipe intégrée fournissant ces différents types de prestations.
- **Développer et évaluer une offre de soins de type *Home treatment* dans le cadre d'un projet pilote.** Le *Home treatment* (hospitalisation à domicile) est une prise en charge médico-infirmière de situations aiguës qui se rapproche de l'intensité d'un traitement hospitalier avec une ou plusieurs visites journalières à domicile.

Axe-III Structures d'accueil

- **Créer une nouvelle structure thérapeutique avec une équipe infirmière ou mixte pour des patients adultes avec un trouble mental sévère.** Cette structure devra être capable d'accueillir des patients avec une comorbidité psychiatrique et addictologique et/ou des troubles de comportement. Pour faciliter la contenance, la taille de l'unité ne dépassera pas les 15 lits. La présence d'infirmiers

spécialisés en psychiatrie et une collaboration étroite avec un centre ambulatoire des HUG est indispensable.

- **Renforcer la capacité des structures pour le handicap psychique existantes afin de leur permettre d'accueillir des personnes avec un trouble mental sévère.** La structure thérapeutique recommandée ci-dessus ne sera pas suffisante pour répondre à toutes les demandes. Le groupe de travail recommande un renfort des structures existantes avec une présence infirmière intra-muros et une collaboration soutenue avec les centres ambulatoires institutionnels.
- **Développer l'offre de logements individuels avec encadrement.** Il est important de ne pas fermer l'accès à des logements individuels aux patients avec un trouble mental sévère. Par conséquent, il est nécessaire d'augmenter les places et de renforcer l'encadrement. Idéalement, cet encadrement intègrera l'accompagnement socio-éducatif, les soins infirmiers et le suivi médical.
- **Créer un EMS spécialisé en psychogériatrie.** Cet EMS serait destiné à des personnes âgées avec troubles cognitifs sévères et troubles neuropsychiatriques, en particulier des troubles du comportement nécessitant une prise en charge intensive et spécialisée. Le nombre de lits nécessaires sera à définir en fonction des autres mesures prises et de l'évolution démographique dans le canton. Une architecture adaptée aux personnes avec troubles neurocognitifs et neuropsychiatriques avec des unités de maximum 10 à 15 lits est recommandée. Une gouvernance privé-public et la participation du département de psychiatrie des HUG permettraient une meilleure prise en charge et rendraient le dispositif plus agile et plus perméable, améliorant ainsi les transitions.
- **Evaluer le rôle et le financement des structures offrant une alternative à l'hospitalisation à court terme.** Les hospitalisations de courte durée et de moindre intensité sont potentiellement évitables, même si une prise en charge ambulatoire et à domicile n'est pas suffisante. Il convient donc de préciser le rôle et le financement pour des types de prise en charge existants (lits ambulatoires) et à développer (unité temporaire d'accueil médicalisée avec spécialisation en psychiatrie).

Réadaptation et gériatrie

Introduction

Comme pour la planification de la psychiatrie, un groupe de travail (GT) réadaptation a été mandaté par la Direction générale de la santé (DGS) afin de préciser l'évolution 2020-2023 des besoins en soins de gériatrie et de réadaptation pour la population du canton de Genève et de proposer un affinement du modèle de projection.

Pour l'activité hospitalière, les soins de réadaptation et de gériatrie correspondent à toute l'activité non incluse dans les deux autres secteurs de soins définis par l'Office fédéral de la statistique (OFS) que sont, d'une part, les soins aigus et, d'autre part, les soins de psychiatrie. Les soins de gériatrie correspondent à une activité transversale incluant les soins aigus de gériatrie et la réadaptation gériatrique non spécialisée. Les soins de réadaptation comprennent les soins de réadaptation spécialisés et non spécialisés (de médecine interne ou gériatriques). Depuis 2016, la majorité des cas relevant de la gériatrie aiguë a été transférée dans la zone tarifaire des soins aigus. A ce titre, ils sont financés dans le cadre de la structure tarifaire DRG et n'appartiennent plus au domaine de la réadaptation du point de vue de la planification.

En plus de l'impact de l'évolution démographique sur le nombre de lits nécessaires en réadaptation d'ici 2023, il faut compter sur les conséquences d'une nouvelle structure tarifaire unifiée au niveau national, dont l'entrée en vigueur est pour l'instant prévue en 2022 dans le cadre du projet ST-REHA mené par SwissDRG. Cette nouvelle structure tarifaire définira des standards de prise en charge, en termes de processus et un nombre de thérapies minimales par filière de réadaptation qui auront un impact certain sur le nombre de patients considérés comme «réadaptables» et financés comme tels. En plus d'un impact sur les lits d'amont (augmentation du besoin en lits aigus) et sur les lits d'aval (lits d'attente de placement), un pourcentage important des séjours de patients actuellement financé en tant que séjours de réadaptation risquent de sortir de cette zone tarifaire.

Dans ce contexte, la projection des besoins de lits en réadaptation est incertaine et sera fortement influencée par les évolutions tarifaires.

La synthèse des travaux de ce GT est reproduite dans ce rapport. Le rapport détaillé est disponible sur demande.

Evaluation de la planification 2016-2019

La planification hospitalière 2016-2019 avait consisté, pour les soins de réadaptation et gériatriques, en une projection du nombre total de séjours observés dans la statistique médicale 2012 en fonction de l'évolution démographique. Elle avait pu être affinée en définissant des collectifs de patients correspondant à différents types de réadaptation et en distinguant les longs séjours. Ces calculs avaient mis en évidence un besoin de 161 lits hospitaliers supplémentaires nécessaires à l'horizon 2019 dans l'hypothèse qu'aucune offre alternative ne soit proposée dans le réseau des soins.

Le groupe d'experts avait ensuite émis une série de propositions pour diminuer le besoin en lits hospitaliers de réadaptation et de gériatrie par des mesures visant à la prévention des hospitalisations et au raccourcissement des durées moyennes de séjour. Ceci avait permis d'ajuster à la baisse les estimations initiales pour aboutir à une projection finale de 83 lits supplémentaires nécessaires en 2019, dont 27 correspondaient à des lits de réadaptation et de gériatrie et 56 à des lits de long séjour.

Relevons qu'à l'époque, environ 200 lits étaient occupés chaque jour aux HUG par des patients pour lesquels les soins hospitaliers étaient terminés, et qui étaient en attente d'une place de long séjour. Il apparaissait qu'une augmentation équivalente de l'accueil dans des structures d'aval, tout particulièrement en EMS, mais aussi dans des institutions pour patients très lourds en soins ou ayant moins de 65 ans, aurait permis de libérer suffisamment de lits hospitaliers de réadaptation et gériatrie pour faire face aux besoins jusqu'en 2019.

Enfin, un certain nombre de séjours 2012 en zone de réadaptation et de gériatrie correspondaient à une prise en charge de soins aigus relevant d'une tarification DRG. Les auteurs concluaient que les capacités correspondantes en lits avaient été historiquement comptées dans le secteur de la réadaptation, mais devraient certainement, à l'avenir, être planifiées avec la zone de soins aigus DRG.

Description de la situation actuelle

La statistique médicale des hôpitaux 2016 (MS) de l'Office fédéral de la statistique (OFS) représente la source principale des données reflétant la situation actuelle, et constitue la base utilisée pour réaliser la projection des besoins dans le cadre de la planification hospitalière 2020-2023.

Pour les HUG, qui incluent depuis 2016 la Clinique de Joli-Mont et la Clinique genevoise de Montana, les statistiques ont pu être exploitées directement pour la production du présent rapport en les complétant avec quelques variables disponibles dans la base de données des hôpitaux. Pour les autres établissements hospitaliers suisses recevant des patients domiciliés dans le canton de Genève, les données ont été fournies par l'Obsan sur la base de la statistique médicale fédérale.

Institutions concernées : pour le canton de Genève, les institutions de réadaptation selon la statistique médicale de l'OFS sont : les HUG, soins de réadaptation et de gériatrie, la Clinique de Joli-Mont, la Clinique genevoise de Montana (situées dans le canton du Valais). Les offres privées à Genève sont représentées, en 2016, par la clinique Maisonneuve et la clinique des Hauts d'Anières. En principe, ce périmètre correspond aux centres de prestations de l'OFS M900 Gériatrie et soins subaigus, et M950 Réadaptation et médecine physique. Dans le présent rapport, la notion de réadaptation est donc utilisée au sens large, correspondant aux soins hospitaliers de «Réadaptation/gériatrie» définis par l'OFS.

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

Séjours de la statistique médicale : les séjours A, c'est-à-dire entrées et sorties dans l'année ; pour les HUG, les séjours C (ni entrée ni sortie dans l'année (>365 jours)) ont également pu être pris en compte grâce aux compléments d'information extraits de la base de données. Les séjours B (entrée dans l'année mais pas sortie) ont été exclus.

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

Payeur : l'analyse inclut les séjours relevant de l'assurance obligatoire des soins (AOS).

Année : 2016 ; il s'agit de l'année la plus récente pour laquelle les données de la statistique médicale OFS sont disponibles pour l'ensemble du canton au moment de la réalisation de l'étude.

Offre de soins

L'offre de soins hospitaliers pour la réadaptation et la gériatrie, en 2016, dans le canton de Genève, représente un total de 812 lits, dont 770 aux HUG et 42 dans les autres établissements, contre 987 lits en 2012.

Le nombre de lits et le nombre des séjours en réadaptation ont diminué entre 2012 et 2016. Bien que paradoxale, cette diminution s'explique par un transfert, administratif, de cas de réadaptation en zone de soins aigus. En effet, comme mentionné dans le précédent rapport de planification, de nombreux séjours en zone de réadaptation et de gériatrie correspondaient, au moins en partie, à une prise en charge de soins aigus relevant d'une tarification DRG. En 2016, 3508 séjours de réadaptation ont été reclassés en soins aigus (activité aiguë des Trois-Chênes et soins palliatifs en 2016 estimée à 129 lits). Si cela n'avait pas été le cas, le nombre de séjours aurait augmenté de 24% (recalculé avec +3508) au lieu de diminuer de 14%.

A noter que la baisse des cas en réadaptation ne se traduit pas par une hausse équivalente des cas aigus, car une partie des cas de réadaptation était déjà comptée une seconde fois comme des cas aigus, en raison d'un passage aux urgences avant l'admission en soins subaigu. La baisse du nombre de séjour à Joli-Mont s'explique en partie par la disparition de la mission d'UATR (unité d'accueil temporaire de répit) du site.

→ T3.18 Evolution des séjours 2012-2016 des résidents genevois

ETABLISSEMENT	NB SÉJOURS 2012	NB SÉJOURS		ECART 2012-16 NB SÉJOURS	ECART 2012-16 NB SÉJOURS %
		2016 (périmètre constant)	2016 (cas aigus)		
HUG-Réa-Gériatrie-SP	5919	8376	3508	2457	42%
Joli-Mont	1467	1232		-235	-16%
Montana	1112	943		-169	-15%
Autres extra-cant	785	958		175	22%
Total général	9283	11509	3508	2226	24%
Dont lits de réadaptation	9283	8001		-1282	-14%

Source : Obsan

Le périmètre de cette analyse se limite aux cas HUG. Les longs séjours sont définis par des séjours d'une durée supérieure à 365 jours, hors patients en attente de placement (P0).

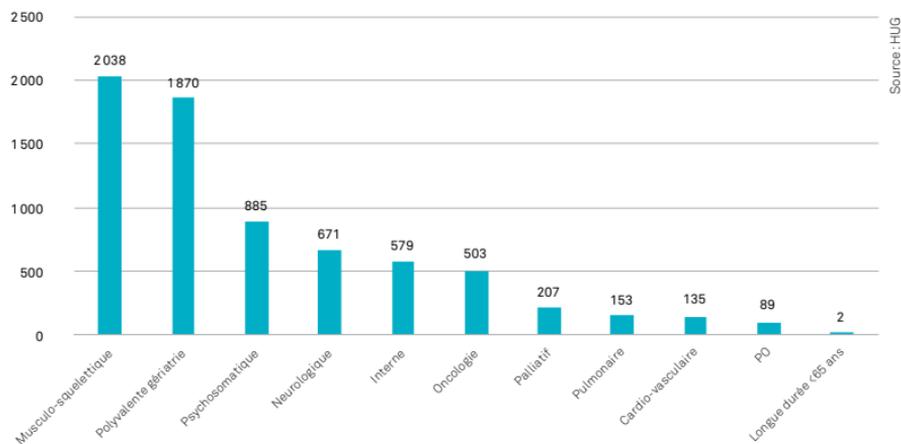
Historiquement et bien qu'il n'y ait pas de substrat clinique explicite à cela, il existe aux HUG trois zones tarifaires en réadaptation :

- zone subaigue (Hôpital des Trois-Chêne, Beau-Séjour) (SS) ;
- zone de réadaptation (Hôpital de Loëx, Hôpital de Bellerive) (SR) ;
- zone de Joli-Mont/Montana (JMM).

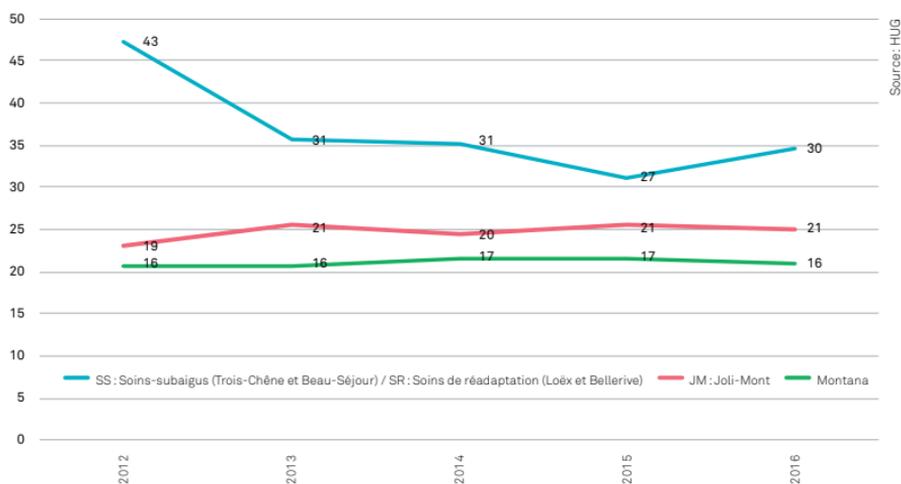
Volumes 2016

Afin d'affiner les informations issues de la statistique médicale, des informations complémentaires, notamment sur les séjours de plus de 365 jours et les patients en attente de placement, ont été introduites. Il en résulte des différences dans la classification des cas présentée dans cette section, mais sans influence sur le volume final de journées projetées.

→ G3.16 Nombre de séjours 2016 par catégorisation selon les diagnostics principaux



→ G3.17 Evolution de la durée moyenne de séjours par site hospitalier



La durée moyenne de séjour en soins de suite et soins de réadaptation a fortement chuté entre 2012 et 2013, car les patients longs séjours (PO) ont été exclus du collectif à partir de 2013. Elle est restée ensuite stable entre 2013 et 2016.

En comparaison nationale, les taux d'hospitalisation en réadaptation et en gériatrie sont bien plus élevés à Genève que dans le reste de la Suisse. Cet état de fait bien connu est à mettre en lien avec le taux de recours aux EMS, particulièrement bas à Genève du fait de la politique soutenue de maintien à domicile. Il

est également dû à la disparité du calendrier des transferts de la zone de réadaptation à la zone de soins aigus. Certains cantons suisses alémaniques avaient déjà procédé à ce transfert tarifaire en 2016.

→ **T3.19 Taux d'hospitalisation en réadaptation et en gériatrie pour 1 000 habitants, à Genève et en Suisse**

	GE	CH
Total	17,17	10,63
0-17	0,05	0,32
18-64	6,11	4,33
65-69	29,05	20,42
70-74	47,69	32,22
75-79	72,80	48,91
80-84	121,20	67,58
85-89	171,76	77,62
90+	222,43	74,86

Source: Obsan

Offre extra-hospitalière et soins d'aval

On dénote une augmentation sensible de l'offre ambulatoire depuis le recensement du précédent rapport de planification.

→ **T3.20 Vue d'ensemble de l'offre ambulatoire en 2017**

Aide et soins à domicile (imad)	17 206 personnes, dont 76% de ≥ 65 ans (inclus les clients en IEPA)
Aide et soins à domicile (organismes privés)	3 614 personnes, dont 79% de ≥ 65 ans
Infirmières et infirmiers indépendants	2 455 personnes (structure par âges non disponible)
Immeubles avec encadrement pour personnes âgées (IEPA)	23 immeubles, 1 359 logements pour 1 440 locataires
Foyers	9 foyers, 133 places, dont 2 foyers spécialisés en psycho-gériatrie (Relais Dumas et Pavillon de la Rive) et 4 places de nuit (Pavillon de la Rive)
Unités d'accueil temporaire de répit (UATR)	Répit/retour à domicile: 38 lits (Villereuse et Jumelles) Préparation de placement en EMS/moyens séjours: 5 lits UATR répartis dans 4 EMS (2018): 2 à Bon-Séjour; 1 à La Louvière; 1 à St-Paul; 1 à Val Fleuri.
Maison de vacances (structure intermédiaire de répit)	Nouvelle Roseraie à St-Légier sur Vevey (32 lits et 21 chambres)
Unité d'accueil temporaire médicalisée (UATM)	10 lits à Cité Génération
Etablissements médico-sociaux	4 051 places en 2017, dont plusieurs sont actuellement spécialisées : – Psycho-gériatrie, troubles cognitifs et psychiatriques => EMS Les Charmettes (84 lits), Résidence Beauregard (36 places) et le Domaine de la Louvière (61 places). – Structures fermées Alzheimer => Résidence de la Rive (48 places), Résidence Les Tilleuls (55 places).
Médecins gériatres	Env. 40 gériatres, dont env. 30 installés en ville
HUG: Unité de gériatrie communautaire	Foyers: 4 095 journées Visites à domicile: 3 892 visites

Source: DGS

Soins à domicile : environ 60% des soins à domicile étaient assumés par l'imad en 2017 sur le canton de Genève. Le nombre de clients âgés de 80 ans ou plus a augmenté de près de 10% et représente environ la moitié des cas suivis. De même, le temps moyen de prise en charge pour les soins a augmenté de 11% pour cette population. Les raisons de prise en charge les plus fréquentes sont : la douleur, le risque de chute, l'isolement social et les troubles de la communication.

IEPA : le nombre d'appartements protégés a augmenté également de 10% depuis 2015 pour atteindre 1 359 logements.

Foyers et UATR : l'offre n'a pas évolué entre 2015 et 2017. Un 10^e foyer a ouvert ses portes fin 2018 ce qui porte l'offre globale à 146 places par jour dès 2019. De plus, il existe 1 lit UATR aux Charmettes depuis le 1^{er} avril 2019.

EMS : le nombre de places en EMS a évolué depuis 2013 pour atteindre 4 051 places en 2017 (+7%) et 4 094 à fin 2018 (+8%).

Projections des besoins 2020-2023

Les besoins ont été estimés selon le seul facteur de l'évolution démographique avec l'hypothèse que :

- les taux d'hospitalisation par âge demeurent constants ;
- les préférences de la population demeurent inchangées (la demande reste la même) ;
- les besoins en réadaptation de l'année de base (2016) sont satisfaits sans surconsommation ;
- la durée moyenne de séjour reste stable.

Les projections des besoins sont basées sur le scénario II établi par le canton de Genève pour l'année de base 2016.

→ T3.21 Projections selon le groupe de diagnostic

	2016			2023						
	nb séjours	nb journées	Equivalent lits	nb séjours	nb journées	Ecart % nb séjours	Ecart % nb journées	Ecart nb journées	équivalents lits (nb jour/365)	Equivalent nb de lits pour taux occ 95 %
M00-M99 et S00-S99, Réadaptation musculo-squelettique	2620	79 612	242	3 077	95 186	17%	20%	15 574	42.67	45
I00-I59 et I70-I99, Réadaptation cardio-vasculaire	802	25 665	78	965	31 066	20%	21%	5 401	15	16
J00-J99, Réadaptation pulmonaire	626	16 738	51	732	19 786	17%	18%	3 048	8	9
I60-I89; G00-G73; G80-G83 et G90-G99, Réadaptation neurologique	824	42 452	129	956	49 825	16%	17%	7 373	20	21
F00-F99, Réadaptation psychosomatique	904	19 270	59	977	21 527	8%	12%	2 257	6	7
C00-C99, Réadaptation oncologique	689	24 875	76	793	28 906	15%	16%	4 031	11	12
Autres ou sans code et >=75 ans, Réadaptation polyvalente gériatrie	1253	45 719	139	1 560	57 332	25%	25%	11 613	32	33
Autres ou sans code et <75 ans, Réadaptation médecine interne	665	18 720	57	707	19 779	6%	6%	1 059	3	3
TOTAL	8 383	273 051	831	9 767	323 407	17%	18%	50 356	138	145

Source : Obsan / HUG

La projection initiale sans adaptation de l'offre de soins actuelle et de la prise en charge identifie un besoin de 145 lits supplémentaires en réadaptation/gériatrie, dont environ 5% se situeraient dans des établissements hors canton.

A noter l'ouverture en 2018 de 28 lits de réadaptation à la clinique du Grand-Salève, venant compléter l'offre privée.

Propositions d'évolution de la prise en charge

Promotion de l'état de santé de la population âgée générale et coordination des soins

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

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

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

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

Les maisons de santé, programme en cours de développement, joueront un rôle majeur dans cette optique. Ces structures doivent jouer un rôle de coordination des soins de proximité entre médecins, pharmaciens, aides à domicile, famille et proches-aidants, assistantes sociales et thérapeutes, mais aussi piloter le parcours du patient à travers le système de santé (domicile-hôpital-structures de répit/EMS).

De manière similaire à certains programmes français comme PAERPA (Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie), il conviendrait d'avoir une vision ambitieuse de l'organisation de ces maisons de santé. La personne âgée se retrouverait au centre de l'organisation du système de santé et non plus les institutions. Les personnes fragiles pourraient y être détectées et des mesures de soutien de l'indépendance ou de prévention des complications (chutes, état confusionnel, etc.) pourraient être entreprises, afin d'éviter des hospitalisations. Ces organisations pourraient inclure des lits de répit, pour soulager les proches-aidants ou apaiser une situation de crise. Des programmes d'exercice physique ou d'éducation thérapeutique (par exemple au niveau nutritionnel) pourraient être proposés. Dans l'optique d'un retour à domicile précoce en réduisant ou en évitant un séjour en réadaptation, des programmes structurés de réadaptations spécifiques à certaines pathologies (par exemple prothèse totale de hanche) pourraient y être également dispensés.

Alternatives à l'hospitalisation

Les alternatives à l'hospitalisation sont représentées par les unités d'accueil temporaires de répit ou médicalisées (UATR/UATM) et les foyers. Si les UATR sont bien développées et connues, les UATM restent encore trop peu nombreuses et sous-utilisées. Elles permettent pourtant une véritable alternative à l'hospitalisation avec la possibilité d'une prise en charge courte et coordonnée par le médecin traitant du patient. En 2016, l'UATM de Cité Générations à Onex a accueilli 435 patients avec une DMS de 6 jours et un taux de remplissage de 75% ; 22% des séjours étaient dus à une fragilisation du maintien à domicile qui nécessitait une réorganisation du réseau de soins. De telles structures pourraient être intégrées aux maisons de santé, ou intégrées à des EMS afin de bénéficier des ressources hôtelières déjà présentes.

Réadaptation ambulatoire

Pour un certain nombre de patients sélectionnés, une réadaptation à domicile serait un atout et permettrait d'éviter un transfert en réadaptation stationnaire. Cette alternative serait à développer notamment au travers des services d'aide à domicile comme l'imad. Elle nécessiterait une amélioration de l'offre physiothérapeutique à domicile.

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

Une estimation du collectif de patients HUG avec peu de co-morbidités et une autonomie suffisante pour bénéficier d'une réadaptation à domicile a été réalisée. Les critères suivants ont été retenus : patients avec intervention chirurgicale électorale, mesure d'indépendance fonctionnelle supérieure à 100 sur 126 et PCCL (matrice de co-morbidités) de 0. En 2018, 250 cas remplissaient ces critères. Avec une durée moyenne de séjour pour ces patients en réadaptation de 15 jours, 3700 journées d'hospitalisation pourraient être évitées, soit l'équivalent d'une dizaine de lits. Le manque de rémunération adaptée pour le développement de cette offre a toutefois été identifié comme gros frein à l'heure actuelle.

Transfert résiduel vers l'aigu

Bien qu'un transfert important des cas de la réadaptation vers l'aigu a déjà eu lieu, depuis 2016, le périmètre a encore évolué. Entre 2016 et 2019, 1 660 cas supplémentaires ont encore été reclassifiés en aigu et doivent être intégrés à la planification hospitalière aiguë pour la période 2020-2023 au lieu de la planification de la zone réadaptation.

Impact et risques de ST-REHA

Le déploiement de la nouvelle structure tarifaire de réadaptation ST-REHA prévue en 2022 aura un impact majeur sur l'offre des soins stationnaires. En effet, en clarifiant les critères d'éligibilité des patients en réadaptation, les patients sortant d'un épisode aigu qui nécessitent encore des soins importants mais qui n'ont pas de potentiel de réadaptation ou n'ont pas les capacités d'en bénéficier (fatigabilité, troubles cognitifs, etc.) ne pourront pas être pris en charge dans les lits de réadaptation stationnaire. Ils seront pour un certain nombre maintenus dans des lits aigus et pour d'autres, mis en lits d'attente de placement, en attente d'une solution de sortie. De plus, certains patients effectueront leur réadaptation en ambulatoire comme déjà mentionné.

La nouvelle structure tarifaire ST-REHA modifiera le remboursement des séjours en réadaptation passant d'un forfait journalier à un forfait par cas. Le processus de réadaptation y est décrit comme nécessitant un bilan standardisé avec réalisation d'un plan de traitement, une réévaluation hebdomadaire multidisciplinaire, des objectifs de réadaptation et une visite hebdomadaire par un spécialiste. Ces critères sont consécutifs à la nécessité qu'un patient hospitalisé en réadaptation stationnaire bénéficie d'un potentiel de réadaptation et qu'il soit régulièrement documenté comme tel. Comme mentionné plus haut, un patient avec une situation médicale trop aiguë pour bénéficier d'une réadaptation ou n'ayant pas assez de potentiel de récupération, ne pourra plus, comme certains aujourd'hui, occuper un lit de réadaptation stationnaire.

Il est utile de mentionner que la situation en Suisse romande est très différente de celle de la Suisse orientale. En effet, la première a axé sa politique de santé sur le maintien fonctionnel et le maintien à domicile. En conséquence, la quantité de places en EMS pour 1000 habitants de 65 ans ou plus est bien supérieure en Suisse alémanique (63,2/1 000 habitants (GR/AG/ZH/SG/SZ/UR) vs 51/1 000 habitants (GE/VD/VS/JU/FR) et la réadaptation stationnaire pour personnes âgées ou polymorbides est quasiment inexistante. Les patients âgés nécessitant une réadaptation y sont transférés dans les EMS avec un financement d'EMS (tarif socio-hôtelier à charge du patient, tarif soins réparti entre le canton, l'assurance et le patient) et des résultats aléatoires.

Devant cette disparité importante de politiques de santé, la pression est forte sur SwissDRG pour développer et valider une structure tarifaire pouvant clairement différencier une réadaptation stationnaire d'une réadaptation réalisable en EMS. Si la vision romande propose de se baser sur un processus de réadaptation (tel que décrit ci-dessus) et l'existence d'une équipe multidisciplinaire de réadaptation, la volonté suisse-alémanique est d'instaurer un seuil minimum de prestations thérapeutiques par patient hospitalisé. Cette option est particulièrement problématique en gériatrie où l'état du patient et sa capacité à supporter les

thérapies peuvent fortement fluctuer au gré de complications infectieuses ou autres qu'il présenterait durant son séjour.

En 2017, une proportion importante des patients hospitalisés aux HUG en réadaptation recevait moins de 450 min de thérapies par semaine (seuil actuellement proposé dans ST-REHA) sur l'entier du séjour et ne seraient donc pas financés. Si cette nouvelle structure tarifaire était adoptée en l'état, il a été estimé qu'en 2023, 680 lits d'EMS pourraient être nécessaires pour accueillir ces patients, alors que la plupart bénéficie d'une réadaptation stationnaire, mais moins intensive et plus longue que celle proposée dans ST-REHA. Cette structure tarifaire telle que décrite actuellement représente donc un risque majeur pour le financement des soins de réadaptation des personnes âgées en Suisse romande dès 2022.

Conclusion

Le besoin de lits de réadaptation, basé essentiellement sur l'évolution démographique, se chiffre à 145 lits pour le canton de Genève. L'affinement des critères d'évaluation du potentiel de réadaptation, en partie induite par les réflexions nationales menées dans la cadre de ST-REHA, amènerait à un probable reclassement de 30 lits en aigu et de 40 lits en attente de placement. De même, le développement de la réadaptation ambulatoire permettrait de diminuer le besoin d'environ 10 lits. Au final, en soustrayant l'offre récente (2018) de la Clinique du Grand Salève (28 lits), nous estimons les besoins en réadaptation à l'horizon 2023 à 37 lits supplémentaires et 40 lits supplémentaires pour les attentes de placement. Les mesures de prévention et les alternatives à l'hospitalisation permettront certainement d'avoir un impact en réduisant le nombre de lits supplémentaires nécessaires, mais celui-ci reste difficile à apprécier.

→ T3.22 Nombre de lits projetés pour 2023 par niveaux de soins

	RÉADAPTATION	ATTENTE DE PLACEMENT
Projections démographiques	145	0
Transfert résiduel vers l'aigu	-30	-
Mise en attente de placement	-40	40
Ouverture Clinique du Grand Salève	-28	-
Développement réadaptation ambulatoire	-10	-
Prévention et alternative à l'hospitalisation	non estimé	-
Projection d'augmentation du nombre de lits en 2023	37	40

Source : Obsan / HUG

L'incertitude quant à la future structure tarifaire censée entrer en vigueur en 2022 et pouvant potentiellement exclure un grand nombre de patients âgés polymorbides, reste importante et pourrait avoir un impact majeur sur ces prévisions.

4. PLANIFICATION MÉDICO-SOCIALE

Introduction

La planification médico-sociale regroupe les projections des besoins en soins pour les établissements médico-sociaux (EMS), les soins à domicile, et les structures intermédiaires (les immeubles avec encadrement pour personnes âgées, unités d'accueil temporaire de répit, foyers et unités d'accueil temporaire médicalisées).

Pour estimer les besoins en soins futurs de la population genevoise, la Direction générale de la santé a mandaté l'Obsan pour effectuer des projections sur la période 2017-2040. Ces résultats permettent ainsi d'évaluer quelles sont les évolutions quantitatives des structures de prise en charge qui seront nécessaires dans les années qui viennent, mais constituent également un élément essentiel pour réfléchir à l'adaptation qualitative de l'offre.

Contrairement au rapport de planification sanitaire 2016-2019, le modèle de projections des besoins en soins utilisé dans la planification 2020-2023 prend en compte l'intégralité de l'offre et de la demande en soins pour les personnes âgées de 65 ans ou plus. Ceci garantit une cohérence entre les hypothèses épidémiologiques et démographiques et permet de mieux appréhender les effets de « vase communicant » entre les différentes structures.

Méthode

Modèle de projections

La planification se base sur une méthodologie scientifique décrite dans le présent chapitre. Le modèle de projections utilisé ici permet d'estimer le besoin futur de la population de 65 ans ou plus dans les trois types de structures médico-sociales considérées (EMS, soins à domicile et structures intermédiaires) en se basant sur la situation actuelle et en envisageant différents scénarios. L'année de référence est l'année 2017. Les projections fournissent un ordre de grandeur des besoins futurs sous différentes hypothèses. Dans le cas présent, le modèle donne une estimation du nombre futur de résidents en long-séjour en EMS, du nombre futur de clients recevant des soins à domicile et du nombre d'heures de prestation correspondant, ainsi que du nombre futur de clients recourant aux structures intermédiaires : immeubles avec encadrement pour personnes âgées (IEPA), unités d'accueil temporaire de répit (UATR) exploités par des EMS ou par l'imad, foyers et unités d'accueil temporaire médicalisées (UATM). Pour prendre en compte les personnes hospitalisées ou à domicile en attente d'une place en EMS, un besoin complémentaire de 250 lits a été ajouté à la demande. Comme toutes projections, elles se basent sur des hypothèses et comportent donc une certaine incertitude. Les projections ne constituent en aucun cas une prédiction.

Plusieurs facteurs déterminent, grâce à leur prise en compte dans le modèle de projections, le besoin futur en soins de la population âgée de 65 ou plus. Le principal facteur est l'évolution démographique du canton de Genève. Ce facteur est pris en compte dans le modèle via l'utilisation des projections démographiques publiées par l'Office cantonal de la statistique (OCSTAT).

Les autres facteurs font l'objet de différents scénarios, qui sont résumés ci-dessous.

Scénarios épidémiologiques

Les scénarios épidémiologiques ont pour but d'évaluer de quelle manière les besoins dans les six structures évolueraient si l'état de santé de la population âgée de 65 ans ou plus divergeait de celui observé actuellement. Ils émettent des hypothèses quant à l'évolution du besoin en soins suite à l'augmentation de l'espérance de vie :

- Scénario E1 (années avec besoins →) : ce scénario suppose que, lorsque l'espérance de vie augmente, le besoin en soins apparaît à un âge plus avancé et que la durée du besoin reste constante, ce qui signifie que les années de vie gagnées sont des années en bonne santé.
- Scénario E2 (années avec besoins ↑) : ce scénario part de l'hypothèse que le besoin en soins intervient au même âge qu'aujourd'hui, de sorte que sa durée augmente du fait de l'allongement de l'espérance de vie.
- Scénario E3 (années avec besoins ↓) : ce scénario considère que l'âge moyen auquel le besoin en soins apparaît est reporté et que la durée du report est plus grande que la hausse de l'espérance de vie. Par conséquent, la durée du besoin en soins diminue. Ce scénario représente la limite inférieure du nombre de personnes tributaires de soins.

Scénarios de taux de recours aux structures

Les scénarios de taux de recours aux structures ont pour but d'évaluer de quelle manière l'orientation de la politique de maintien à domicile modifierait les besoins, et donc le taux de recours, dans les trois structures (EMS, soins à domicile et structures intermédiaires). Les trois scénarios considérés sont les suivants :

- Scénario P1 (*statu quo*) : ce scénario suppose que la politique du maintien à domicile est arrivée à ses limites et qu'il n'est plus possible de déplacer des personnes de l'EMS au domicile. Le taux de recours aux EMS reste donc constant dans le futur.
- Scénario P2 (recul du maintien à domicile) : suppose que le taux de recours en EMS dans le futur correspond au taux moyen suisse. Le but de ce scénario est de montrer l'effet positif de la politique de maintien à domicile suivie jusqu'à présent dans le canton de Genève et de montrer combien de cas supplémentaires seraient pris en charge en EMS si celle-ci n'avait pas été suivie ou si elle était abandonnée.
- Scénario P3 (expansion du maintien à domicile) : suppose que le taux de recours en EMS diminue dans le futur et que les personnes prises en charge auparavant en EMS seront prises en charge à domicile par les SAD. Une personne prise en charge auparavant en EMS constitue 1 client de soins et 1 client d'aide à domicile. Le but de ce scénario est d'évaluer l'impact au niveau des SAD si l'accès aux EMS devait encore être restreint. Le taux de diminution annuel futur correspond à un tiers du taux de diminution annuel observé sur les dix dernières années. Ce dernier étant de -0,06%, le taux de diminution annuel futur est fixé à -0,02%.

Scénarios d'évolution des soins à domicile

Les scénarios d'évolution des soins à domicile ont pour but de prendre en compte l'évolution actuelle observée du besoin en soins à domicile. Deux scénarios sont envisagés :

- Scénario S1 (*statu quo*) : ce scénario suppose que le besoin en soins ne changera pas dans le futur et que le nombre d'heures de soins par client restera le même que celui observé à l'année de référence.
- Scénario S2 (haut) : ce scénario suppose que le besoin en soins des clients SAD continuera à augmenter. Le taux d'augmentation annuel du nombre d'heures de soins par client est fixé à 1,3%.

Choix des scénarios

Ces scénarios ont été présentés et discutés lors d'une séance avec le Groupe de travail sur la planification médico-sociale, regroupant des représentants des différentes structures médico-sociales genevoises considérées, la Direction générale de la santé et l'Obsan.

Pour cet exercice de planification, les scénarios suivant ont été sélectionnés, après discussion avec les partenaires :

- Scénario E1 : lorsque l'espérance de vie augmente, le besoin en soins apparaît à un âge plus avancé et que la durée du besoin reste constante, ce qui signifie que les années de vie gagnées sont des années en bonne santé.
- Scénario P1 : la politique du maintien à domicile est arrivée à un seuil de maintien à domicile élevé, et les personnes en EMS ne sont pas susceptibles de pouvoir rester chez elle. Le taux de recours aux EMS reste donc constant dans le futur.
- Scénario S1 : le besoin en soins ne changera pas dans le futur et que le nombre d'heures de soins par client restera le même que celui observé à l'année de référence.

C'est donc sur la base de ces trois hypothèses se fondent les résultats présentés dans ce chapitre.

Une des grandes difficultés des modèles de projection est la sensibilité des résultats au choix des scénarios et des paramètres de modélisation. En d'autres termes, les résultats peuvent changer de manière non négligeable selon les options choisies. Comme évoqué plus haut, les modèles de projections ne permettent pas un calcul exact de l'évolution des besoins, mais donnent des indications quant aux évolutions possibles et probables. Il n'en demeure pas moins qu'une petite variation du taux de recours observé dans le futur pourrait avoir un impact considérable à l'horizon 2040.

Les résultats peuvent également être influencés par le scénario démographique choisi, mais dans une proportion relativement limitée ne dépassant pas 10% de marge d'erreur. Enfin, la qualité des données disponibles peut aussi avoir un impact sur les projections. Dans le cas présent, la marge d'erreur est évaluée à 2% seulement car le modèle exploite au maximum toutes les informations disponibles, notamment certaines données cantonales complémentaires à la statistique fédérale.

Projections selon les scénarios

Le modèle de projections se base sur l'année 2017. Les données de cette année de référence permettent de calculer les paramètres du modèle, qui sont ensuite adaptés en fonction des scénarios retenus et appliqués aux projections 2016-2040 de la population genevoise de 65 ans ou plus.

Bases de données utilisées

Les données utilisées dans le modèle sont les suivantes :

BASES DE DONNÉES	INFORMATION UTILISÉE
OCSTAT/STATVD - projections démographiques pour le canton de Genève	Projections 2016-2040 de la population 65+ dans le canton de Genève, scénario n°2
Menthonnex (OFS)	Tables des durées de vie par génération
SOMED 2017 (OFS)	EMS : résidents 65+ en long-séjour
SPITEX 2017 (OFS)	Organisations privées de soins et d'aide à domicile et infirmières indépendantes : clients recourant aux SAD et prestations délivrées UATR-imad : clients recourant aux UATR-imad et prestations
Données imad 2017	imad : clients recourant aux SAD et prestations IEPA : clients en IEPA avec ou sans prise en charge SAD et prestations
Données du canton de Genève 2017	Nombre de repas et d'abonnements de sécurité délivré par l'imad (domicile privé ou IEPA) ; Nombre de clients recourant aux foyers, UATR-EMS, UATM

Source: Obsan

Particularités des projections du besoin en EMS

Le modèle considère les résidents sur l'ensemble de l'année et non pas au 31 décembre, comme cela avait été le cas lors de précédents mandats pour le canton de Genève. Cette décision a été prise afin d'être cohérent avec les projections dans le domaine des soins à domicile (SAD), les données SPITEX utilisées dans le cadre des projections pour les organisations SAD privées et les infirmières indépendantes n'indiquant que le nombre de clients sur l'ensemble de l'année.

Afin d'obtenir la projection du nombre de lits de long-séjour nécessaires en EMS, le nombre de résidents (sur l'ensemble de l'année) est calculé en pondérant chaque résident par sa durée de séjour. Ainsi, une personne ayant résidé durant toute l'année 2017 en EMS compte pour un, alors qu'une autre ayant séjourné durant 6 mois ne compte que pour un demi. En outre, à l'hôpital ou à domicile, un certain nombre de personnes se trouvant en attente d'un lit d'EMS. Ce volume de personnes en attente a été estimé à 250.

Particularités des projections du besoin en IEPA

En IEPA, la projection a deux résultats principaux : d'une part, elle estime le nombre futur de résidents en IEPA (qu'ils reçoivent des prestations SAD ou pas) et d'autre part, le nombre d'heures de prestations de soins et d'aide délivrées par l'imad aux résidents IEPA.

Le nombre de résidents en IEPA est calculé comme le nombre de résidents en EMS, c'est-à-dire, en pondérant chaque résident par sa durée de séjour. On a donc à nouveau une mesure des capacités nécessaires en IEPA.

Le nombre de clients imad en IEPA est par contre calculé comme pour les projections en SAD, c'est-à-dire, en considérant l'ensemble des clients sur l'année. La correction appliquée au nombre d'heures de soins délivrés par l'imad est ici aussi utilisée, permettant de transformer le nombre d'heures prestées indiquées par l'imad en nombre d'heures de soins facturées. Le ratio heures facturées/heures prestées est à nouveau de 1,076.

De plus, on émet les hypothèses que les appartements seront occupés par un ou plusieurs habitants, dans les mêmes proportions qu'en 2017.

Etablissements médico-sociaux (EMS)

Introduction

L'espérance de vie à la naissance continue de croître. Les valeurs genevoises (2012-2016¹) sont de 81,7 ans pour les hommes et de 85,9 ans pour les femmes. Toutefois, bien qu'un nombre croissant de personnes âgées vivent plus longtemps en bonne santé, les dernières années de vie deviennent pour certaines d'entre elles de plus en plus médicalisées en raison de leur incapacité à accomplir seules des gestes des activités de la vie quotidienne (AVQ), de comorbidités et/ou de maladies chroniques ou cognitives liées à l'âge avancé.

Dans les cas où les affections physiques ou psychiques ne permettent plus la prise en charge à domicile, la personne se retrouve donc amenée à passer la dernière étape de sa vie dans une institution capable de lui fournir des soins médicaux plus ou moins lourds. Les établissements médico-sociaux (EMS) genevois remplissent cette fonction, tout en préservant un lien social important, évitant ainsi l'isolement de cette population particulièrement fragilisée et dépendante.

Evolution du cadre légal

La révision partielle de la LAMal, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2011, avait notamment pour objet un nouveau mode de financement des soins de longue durée dans les EMS. Selon ce nouveau système de financement, les coûts des soins concernés sont répartis entre trois acteurs différents : la contribution de l'assurance-maladie obligatoire, la participation de la personne assurée (à concurrence de 20% au plus de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral, art. 25a LAMal) et les cantons (coûts dits résiduels, les parts qui ne sont prises en charge ni par l'assurance-maladie obligatoire, ni par les patients).

Pour les soins dispensés par le personnel soignant des EMS, le Conseil fédéral a déterminé les montants applicables en fonction des prestations visées à l'art. 7a de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins du 29 septembre 1995 (OPAS ; RS 832.112.31).

A Genève, les EMS sont encadrés par la loi sur la gestion des établissements pour personnes âgées (LGEPA) et son règlement d'application (RGEPA).

Evaluation de la planification 2016-2019

A fin 2019, le canton comptera 4 113 lits de long-séjour, soit 0,4% de moins (16 lits) que le nombre planifié dans le rapport de planification 2016-2019 (4 129 lits). Cela correspond à une croissance annuelle moyenne de 1,6% pour la période 2016-2019.

1 Rapport OBSAN 05/2019 « Rapport de base sur la santé pour le canton de Genève ».

→ **T4.1 EMS : lits réalisés et prévus, 2016-2019**

NOMBRE DE LITS EMS	2016	2017	2018	2019 *	TCAM** 16-19
Réalisé	3 917	4 051	4 094	4 113	1,6%
Projeté planif. 2016-19	3 891	3 970	4 050	4 129	2,0%
Ecart absolu	26	81	44	-16	///
Ecart relatif (en %)	0,7%	2,0%	1,1%	-0,4%	///

* : le nombre de lits à fin 2019 est une estimation, car il n'est pas encore connu au moment de la rédaction de ce rapport.

Source : OCSTAT / DGS

** : TCAM = taux de croissance annuel moyen.

Etat des lieux 2017

Description des résidents en EMS du canton de Genève

En 2017 et dans les 54 EMS genevois, on dénombre 3 945 résidents² originaires du canton du Genève³. La politique de maintien à domicile suivie par le canton de Genève se reflète dans la composition des résidents, puisque la grande majorité de ces derniers ont 80 ans ou plus (81,3%) et ont un besoin important de soins (voir tableau T4.2 et graphique G4.1). Les femmes constituent près des trois quarts de ces résidents (73,8%), ce qui tient notamment à leur espérance de vie supérieure.

En plus des 3 945 résidents en long-séjour, quelque 250 lits supplémentaires ont été jugés nécessaires afin de répondre aux demandes d'hébergement actuellement en attente à l'hôpital et à domicile⁴.

→ **T4.2 EMS : résidents, selon la classe d'âges, le sexe et le niveau de soins OPAS, 2017**

NOMBRE DE RÉSIDENTS* LONGS-SÉJOURS EN EMS		N	%
Classes d'âges	<65	101	2,6
	65-69	94	2,4
	70-74	205	5,2
	75-79	336	8,5
	80-84	621	15,7
	85-89	1 015	25,7
	90+	1 572	39,9
	Total	3 945	100,0
Sexe	Hommes	1 033	26,2
	Femmes	2 911	73,8
	Total	3 945	100,0
Niveau de soins OPAS	Pas / peu dépendant	10	0,3
	Dépendant (>40 min. de soins par jour)	3 935	99,7
	Total	3 945	100,0

Source : OFS - SOMED / Obsan

* : clients sur l'ensemble de l'année (pondérés par leur durée de séjour).

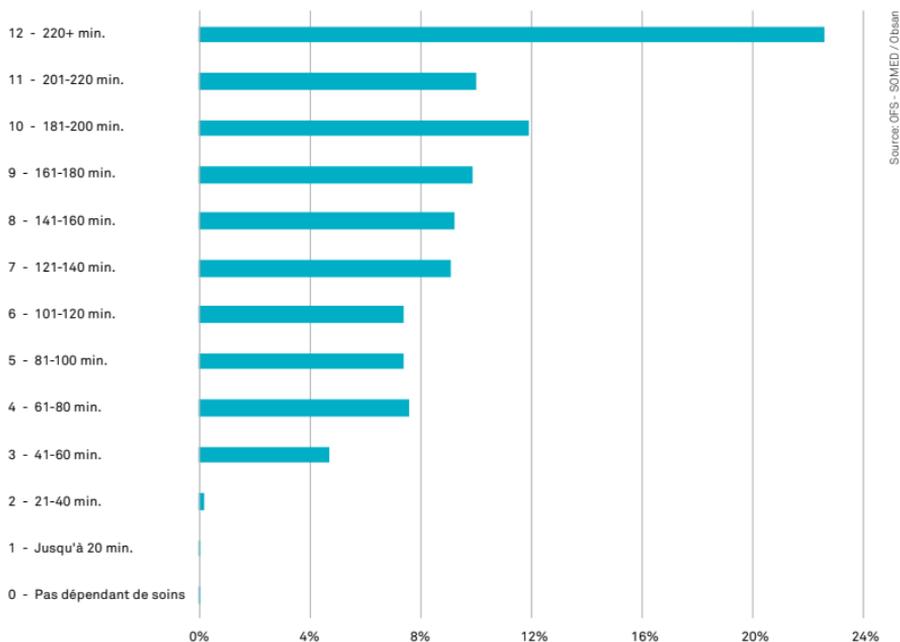
En raison des arrondis, les totaux peuvent ne pas correspondre à la somme des éléments qui les composent.

2 Clients sur l'ensemble de l'année, pondérés par leur durée de séjour.

3 Les données sur les résidents en EMS du canton de Genève sont présentées, car les projections sont calculées pour la population résidant à Genève. Il s'agit des clients sur l'ensemble de l'année, pondérés par leur durée de séjour.

4 Ces 250 lits sont intégrés dans les données de base de la projection des 3 844 résidents de 65 ans ou plus. La projection du besoin en lits d'EMS tient donc compte de cette demande supplémentaire.

→ G4.1 EMS : résidents, selon le niveau de soins OPAS, 2017



La part des résidents peu ou pas dépendants de soins se situe entre 1,5% (NE) et 9,7% (FR) dans les autres cantons latins, et dépasse 30% dans cinq cantons alémaniques. La comparaison est toutefois limitée par le fait que les cantons n'utilisent pas tous le même outil d'évaluation des besoins en soins⁵.

Les besoins de soins sont répartis de manière assez uniforme entre les niveaux de soins 4 à 11, puisque près des trois quarts des résidents (72,5%) se répartissent entre ces niveaux (G4.2). En outre, 22,6% des résidents nécessitent plus de 220 minutes de soins par jour (G4.2).

⁵ Les cantons suisses utilisent l'un des trois instruments de mesure des niveaux de soins certifiés : RAI, BESA et PLAISIR. Quatre cantons romands (GE, NE, JU, VD) utilisent la méthode normative PLAISIR (Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis) qui évalue la charge en soins en minutes de soins et non selon les soins effectivement dispensés.

→ G4.2 EMS : résidents de 65 ans ou plus, selon le niveau de soins OPAS et le canton, 2017



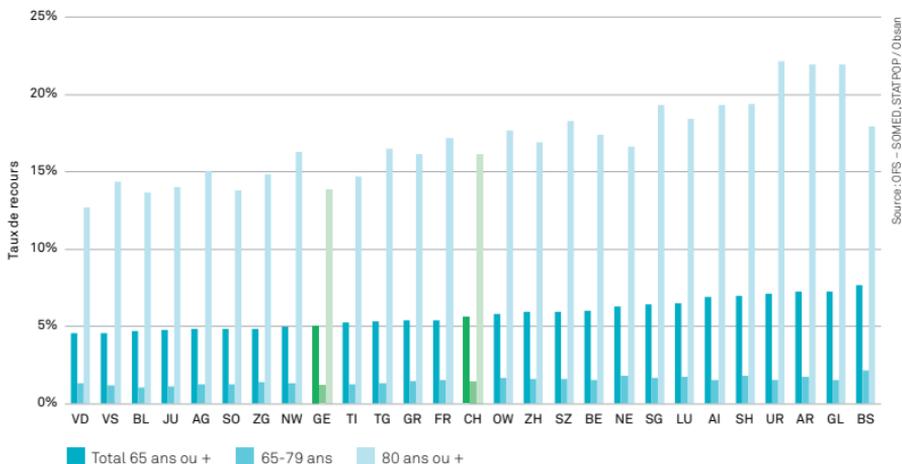
Les cantons de Genève, Neuchâtel, Jura et Vaud présentent une proportion très importante de résidents en EMS de 65 ans ou plus ayant besoin d'au moins 220 minutes de soins par jour. Ce sont les quatre cantons suisses qui utilisent l'outil PLAISIR.

Les enjeux financiers liés à ce groupe de résidents sont importants car la contribution au financement des soins par les assureurs maladie est plafonnée à un maximum de 108 francs par jour (art. 7a OPAS), même lorsqu'un résident nécessite plus de 220 minutes de soins par jour. Le financement résiduel, c'est-à-dire après la contribution de l'assurance-maladie obligatoire et la participation du patient aux coûts des soins, est entièrement à la charge du canton.

Comparaison intercantonale du recours aux EMS

Le taux de recours genevois aux EMS pour les 80 ans ou plus est parmi les plus bas de Suisse (13,9% ; moyenne suisse : 16,1%) et illustre le succès de la politique cantonale de maintien à domicile privilégiée depuis plusieurs années. Ainsi, il ne subsiste qu'un faible potentiel de transferts des EMS vers les OSAD.

→ G4.3 EMS : taux de recours des résidents de 65 ans ou plus, selon le canton de domicile et la classe d'âges, 2017



Planification 2020-2023 : projections des besoins

Le nombre de résidents en âge AVS devrait passer de 4 093 en 2017 à 4 520 (+10,4%) en 2023 et 6 521 (+59,3%) en 2040. Parmi ceux-ci, la part des 80 ans ou plus passera de 83,5% en 2017 à 84,9% à fin 2023 (88,1% à fin 2040).

→ T4.3 EMS : résidents de 65 ans ou plus projetés, 2017-2023

NOMBRE DE RÉSIDENTS EMS	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
65-79 ans	676	683	690	697	692	687	682
80 ans ou +	3417	3456	3495	3534	3633	3734	3838
Total 65 ans ou +	4093	4138	4184	4231	4324	4421	4520
65-79, variation (en %)	///	1,0%	1,0%	1,0%	-0,7%	-0,7%	-0,7%
80+, variation (en %)	///	1,1%	1,1%	1,1%	2,8%	2,8%	2,8%
Total 65+, variation (en %)	///	1,1%	1,1%	1,1%	2,2%	2,2%	2,2%

Source : DGS / Obsan

Le nombre de lits long-séjour en EMS pour l'ensemble des résidents en 2017 se montant à 4 051, la projection indique un besoin de 4 468 (+10,3%) en 2023 et de 6 408 (+58,2%) en 2040 (tableau T4.4). Cela

représente respectivement 417 et 2357 lits supplémentaires, soit quelque 6 à 31 EMS en plus des 54 EMS existants en 2017 afin de répondre aux besoins⁶.

→ T4.4 EMS : besoin en lits, 2017-2023

NOMBRE DE LITS EMS	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Total	4 051	4 096	4 141	4 187	4 278	4 371	4 468
Total, variation (en %)	///	1,1%	1,1%	1,1%	2,2%	2,2%	2,2%

Source : DGS / Obsan

En tenant compte du nombre de lits disponibles estimé à fin 2019 (4 113) et des futures constructions ou agrandissements prévus jusqu'en 2023, le besoin net en lits à l'horizon 2023 est de 209 unités (2 149 en 2040).

Ces chiffres sont notamment le résultat de l'augmentation importante de la proportion des personnes âgées de 80 ans ou plus par rapport à 2017 (+20,4% en 2023 et +77,9% en 2040), puisque un peu plus de 80% des résidents genevois en EMS appartiennent à cette classe d'âges.

Conclusion

S'il existe un potentiel de développement de structures d'accueil alternatives, qui pourraient encore limiter l'augmentation du besoin en lits d'EMS pendant quelques années, le maintien à domicile semble avoir atteint un seuil de prise en charge qu'il sera difficile de dépasser. Il faut cependant anticiper dès 2020 une augmentation plus rapide des besoins, nécessitant la création et la mise en exploitation de nouveaux EMS. En effet, en tenant compte des projets de constructions ou d'agrandissements de structures existantes, le besoin net en lits de long-séjour s'élève à 209 unités à l'horizon 2023, manque qu'il sera difficile à combler compte tenu des délais de construction.

⁶ En supposant une moyenne de 75 lits par EMS (4 051 places en 2017 / 54 EMS).

Soins à domicile (SAD)

Introduction

En raison de l'évolution démographique, le nombre de personnes âgées et très âgées en Suisse va fortement augmenter au cours des prochaines décennies, entraînant un besoin accru de prises en charge de longue durée.

Le canton de Genève poursuit depuis de nombreuses années une politique favorisant le maintien à domicile. Par conséquent, la prise en charge en établissement médico-social (EMS) est réservée en priorité aux personnes les plus dépendantes et/ou nécessitant des soins médicaux importants. La prise en charge à domicile par les organisations de soins est fortement développée et des offres supplémentaires, telles que les appartements dans les immeubles avec encadrement pour personnes âgées (IEPA), les foyers et les unités d'accueil temporaire de répit (UATR), ont été créées afin de compléter le dispositif. Le canton de Genève se doit de mener une planification intégrée de ces différents types de structures, afin que les besoins de la population concernée soient couverts par une offre complète et de qualité.

Evolution du cadre légal

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

Concernant la part de financement à charge de l'assurance obligatoire, pour les soins dispensés par les infirmiers et infirmières indépendant(e)s, les organisations de soins et d'aide à domicile (OSAD) ainsi que les EMS, le Conseil fédéral a déterminé les montants applicables dans l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins du 29 septembre 1995 (OPAS ; RS 832.112.31).

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

- a) l'évaluation, les conseils et la coordination ;
- b) les examens et les traitements ;
- c) les soins de base.

Evaluation de la planification 2016-2019

La planification hospitalière précédente, qui portait sur la période 2016-2019, a consisté, pour les soins à domicile, en une projection du nombre total d'heures de soins observées dans la statistique fédérale 2013 basée sur l'évolution démographique prévue. Cette projection a ensuite été affinée pour prendre en considération la poursuite de la diminution des durées de séjours hospitaliers, celle-ci impliquant un report d'une partie de la charge en soins sur les organisations de soins à domicile, évalué à 1% de croissance supplémentaire par an. De plus, en raison de la volonté de favoriser les prises en charge à domicile plutôt

que l'ouverture de lits additionnels dans les établissements de réadaptation et de gériatrie, le taux de croissance annuel moyen heures de soins à domicile a été augmenté de 1% supplémentaire.

Ces projections avaient mis en évidence un accroissement annuel des besoins en heures de soins de 4,5% entre 2016 et 2019, soit au total un peu moins de 20% d'augmentation.

→ T4.5 SAD : heures réalisées et prévues, 2016-2019

NOMBRE D'HEURES DE SOINS	2016	2017	2018 *	2019 *	TCAM** 16-19
Réalisé	1 037 911	1 087 037	1 095 062	1 119 070	2,5%
Projeté planif. 2016-19	948 142	990 629	1 035 021	1 081 401	4,5%
Ecart absolu	89 769	96 408	60 042	37 669	///
Ecart relatif (en %)	9,5%	9,7%	5,8%	3,5%	///

* : les heures réalisées en 2018 et 2019 n'étant pas encore connues au moment de la rédaction de ce rapport, elles ont été estimées sur la base des projections élaborées pour la planification 2020-2023.

Source : OCSTAT / DGS / Obsan

** : TCAM = taux de croissance annuel moyen.

Selon le tableau T4.5, les heures de soins réalisées entre 2016 et 2019 dépassent les projections dans une proportion variable selon les années. L'écart relatif entre la réalité et les projections effectuées dans le cadre de la planification 2016-2019 représente l'erreur de projection.

On remarque que cette erreur s'amenuise avec le temps, passant de 9,5% en 2016 à 3,5% en 2019. Ce phénomène est en grande partie imputable à l'année de référence utilisée pour planifier les besoins pour la période 2016-2019. En effet, lors de la réalisation des projections, en 2016, les données les plus récentes disponibles étaient celles de l'année 2013. Or, ces dernières sous-estimaient la part de marché réelle occupée par les OSAD privées et les infirmières indépendantes, cette part s'étant significativement accrue en 2014 et 2015. Dans les faits, l'augmentation annuelle prévue de 4,5% pendant quatre ans avait certainement déjà eu lieu en grande partie durant l'année 2016, point de départ des projections. Durant les années suivantes, la croissance annuelle du nombre d'heures de soins n'a été au final que de 2,5% au lieu de 4,5%.

En conclusion, l'activité réelle lors de la période sous revue s'avère plus importante que ce qui avait été planifié dans le précédent exercice. En 2019, la différence devrait représenter environ 38 000 heures de soins, soit un écart relatif de 3,5%.

Etat des lieux 2017

→ T4.6 SAD : clients et heures facturées ou réalisées par les fournisseurs de prestations de soins, selon le type de fournisseur et la classe d'âges, 2017

	IMAD*	ORGANISMES PRIVÉS	INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS INDÉPENDANTS	TOTAL
Clients (cas)	12 140	3 137	2 455	17 732
0 - 64 ans	2 795	729	505	4 029
65 - 79 ans	3 307	833	423	4 563
80 ans ou plus	6 038	1 575	1 527	9 140
Heures facturées ou réalisées	651 037	377 858	58 142	1 087 037
0 - 64 ans	95 188	62 452	10 700	168 340
65 - 79 ans	154 672	79 479	7 724	241 875
80 ans ou plus	401 177	235 927	39 718	676 822

* imad : heures réalisées.

Source : OCSTAT / DGS

En 2017, les différents services de soins à domicile ont délivré des soins médicaux à 17 732 clients dans le canton de Genève. Certains de ces clients recourent également à des prestations comme l'aide (travaux ménagers et encadrement social), la sécurité et la livraison de repas à domicile. N'étant pas couvertes par la LAMal, ces prestations non médicales ne sont pas incluses dans la présente planification sanitaire.

Plus de la moitié des clients sont âgés de 80 ans ou plus (51,5%) et plus des trois-quarts (77,3%) sont âgés de 65 ans ou plus. Si l'on considère le nombre d'heures de soins délivrées, l'activité se focalise plus fortement sur les 80 ans ou plus (62,3%). Les femmes représentent une grande majorité des clients (62,4%). De façon plus générale, une forte majorité des clients (68,5%) est prise en charge par l'institution genevoise de maintien à domicile (imad), unique organisation publique du secteur. Les organisations privées et les infirmières indépendantes se partageant le reste de la part du marché des soins à domicile (respectivement : 17,7% et 13,8%).

En considérant le volume d'activité exprimé en heures de soins plutôt que le nombre de clients, la part des organisations privées s'avère bien plus importante (34,8% de l'ensemble des heures de soins), alors que celles de l'imad et des infirmières indépendantes diminuent (respectivement : 59,9% et 5,3%).

Le tableau T4.6 révèle un profil de clientèle différent selon les prestataires. Les clients des organisations privées et des infirmières indépendantes sont plus âgés que ceux de l'organisation publique. En ce qui concerne les soins, la proportion des clients de 80 ans ou plus est en effet la plus forte chez les infirmières indépendantes (62,2%) et la plus faible à l'imad (49,7%), alors qu'elle est de 50,2% dans les organisations privées.

En outre, le nombre moyen d'heures de soins délivrées par client diffère passablement selon le type de prestataire : il est de 24 heures par an et par client pour les infirmières indépendantes, de 54 heures par an et par client pour l'imad et il atteint 120 heures par an et par client pour les organismes privés.

Les suivis de longue durée, auprès de clients nécessitant beaucoup de soins médicaux, représentent donc vraisemblablement une part importante de l'activité des organisations privées. Ce phénomène s'explique en partie par l'obligation d'admission imposée à l'imad, consistant à prendre en charge tout client faisant appel à ses services, sans sélection. En conséquence, l'imad soigne une plus grande proportion de clients de courte durée ou avec des soins médicaux plus légers. Ce type de prestations représente potentiellement des coûts importants pour l'imad particulièrement en termes d'organisation, de disponibilité et de coordination.

Le tableau T4.6, tiré des statistiques fédérales officielles relatives aux soins à domicile, donne une vision d'ensemble de la situation actuelle. Néanmoins, il est important de préciser que ces données ont été adaptées avant de servir de base aux projections pour les années futures pour les raisons suivantes :

- seules les données des personnes âgées de 65 ans ou plus ont été utilisées, afin de garantir la cohérence du modèle global qui comprend également les EMS et les structures intermédiaires ;
- les données des prestataires privés présentent uniquement les heures de soins facturées, alors que l'imad fournit, en supplément, les heures réellement prestées; ces dernières ont été utilisées dans le tableau T4.6, car elles sont plus représentatives de l'activité réelle, mais ce sont les heures facturées qui sont projetées dans le futur, afin d'avoir une base identique pour tous les prestataires et permettre l'utilisation des projections pour l'élaboration des budgets ;
- le tableau T4.6 présente un inventaire exhaustif de toutes les heures de soins, qu'elles soient fournies au domicile ou dans des unités d'accueil temporaires de répit (UATR). Or, les heures délivrées en UATR font l'objet d'une planification propre et ne sont pas prises en compte pour les projections relatives aux soins à domicile.

Pour les raisons explicitées ci-dessus, le nombre d'heures total retenu pour l'année 2017 comme point de départ pour les projections est de 948 190.

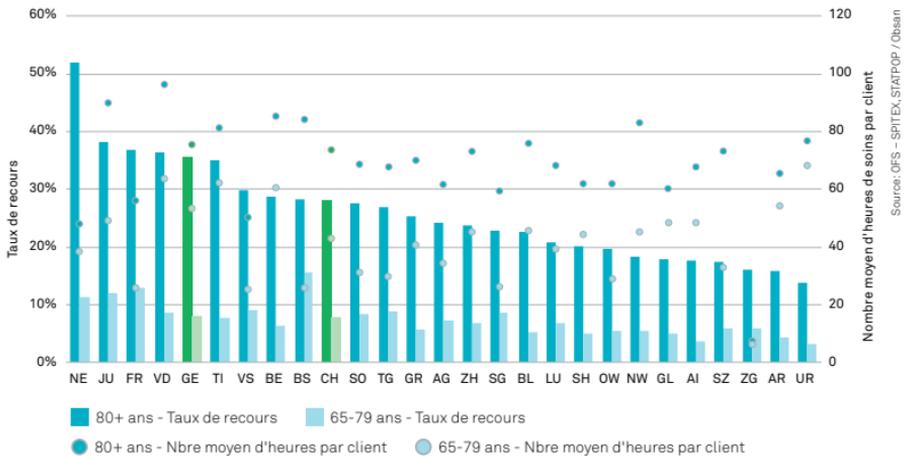
Comparaison intercantonale du recours aux services d'aide et de soins à domicile

Dans le domaine des soins à domicile, les sept cantons latins présentent les taux de recours⁷ des 80 ans ou plus les plus élevés de Suisse (entre 29,8% (VS) et 51,9% (NE), graphique G4.4). A noter toutefois qu'en raison d'un problème de double comptage de certains clients, le taux de recours du canton de Neuchâtel est surestimé et ne peut par conséquent pas servir de référence. Le taux de recours aux soins à domicile des 80 ans ou plus dans le canton de Genève se situe quant à lui à 35,6%, soit un taux bien supérieur à la moyenne suisse (28,0%).

A ces taux de recours cantonaux correspondent des nombres moyens d'heures de soins par client variables, allant de 48,0 heures par client dans le canton de Neuchâtel, à 96,4 heures dans le canton de Vaud. Avec une moyenne de 75,7 heures par client, le canton de Genève se situe proche de la moyenne suisse (73,8 heures).

En ce qui concerne les personnes âgées de 65 à 79 ans, les cantons latins ne se distinguent pas aussi clairement en termes de taux de recours aux soins. Ce taux est de 7,9% dans le canton de Genève, très proche de la moyenne suisse (7,7%) et le nombre moyen d'heures de soins délivrées pour ces clients est plutôt élevé (53,4 heures par client dans le canton de Genève, à comparer à 42,8 heures en moyenne suisse).

→ G4.4 SAD* : taux de recours de la population âgée de 65 ans ou plus et nombre moyen d'heures de soins par client de 65 ans ou plus, selon la classe d'âges et le canton, 2017



* : inclut l'ensemble des fournisseurs de prestations à domicile (publique, privés, infirmières indépendantes).

7 Il s'agit du nombre de personnes recourant à des soins à domicile par rapport à l'ensemble de la population âgée de 80 ans ou plus.

Heures de soins projetées

Afin de garantir la cohérence avec les projections des besoins en EMS et en structures intermédiaires, les projections contenues dans le présent chapitre concernent uniquement la population des personnes âgées de 65 ans ou plus domiciliées dans le canton de Genève.

Le but de cet exercice prospectif est de déterminer l'évolution du nombre d'heures de soins à domicile qui seront délivrées par l'ensemble des prestataires autorisés. Contrairement à l'évolution du nombre de patients pris en charge, celle du nombre d'heures facturées permet de définir avec précision l'évolution attendue des coûts à la charge de l'assurance-maladie et du canton.

Les principaux prestataires du canton sont l'imad, les organisations de soins à domicile privées et les infirmières indépendantes.

Hypothèses épidémiologiques

Les comparaisons intercantionales montrent qu'à l'instar des autres cantons latins, le canton de Genève présente un taux de recours aux soins à domicile par les personnes de 80 ans ou plus supérieur à la moyenne suisse (35,6% vs 28,0%), mais avec un nombre moyen d'heures par client proche de la moyenne suisse (75,7 heures par client). Face à ce constat, le scénario choisi repose sur deux hypothèses.

La première hypothèse concerne le taux de recours, qui est estimé constant par classes d'âges, c'est-à-dire qu'il n'augmente plus. Cette hypothèse prudente ne signifie pas que l'activité des différents prestataires va stagner ou diminuer, bien au contraire. En raison du vieillissement de la population, il faudra tout de même mobiliser des moyens supplémentaires considérables, uniquement pour parvenir à maintenir le taux de recours à son niveau actuel.

La seconde hypothèse du modèle concerne le nombre d'heures de soins par client, supposé constant, c'est-à-dire identique à celui observé pendant l'année de référence. A ce titre, il est utile de noter que la littérature scientifique disponible montre qu'il n'existe pas de consensus sur le scénario épidémiologique le plus plausible dans le contexte actuel de vieillissement de la population. En effet, les futurs besoins individuels en soins des 65 ans ou plus peuvent aussi bien augmenter que diminuer, car l'évolution de l'état de santé moyen du collectif de ces personnes n'est actuellement pas prévisible.

Planification 2020-2023 : projections des besoins

Les projections du présent chapitre portent uniquement sur l'évolution des heures de soins délivrées à la population âgée de 65 ans ou plus. L'augmentation attendue entre 2017 et 2023 relève principalement de celle des personnes âgées de 80 ans ou plus. En effet, l'augmentation des besoins dans cette classe d'âges est nettement plus importante que dans celle des 65-79 ans. Ceci est dû à l'évolution démographique différente de ces deux classes d'âges et au fait que les personnes de 80 ans ou plus ont le taux de recours aux soins à domicile le plus élevé de toutes les catégories d'âges.

Le nombre d'heures de soins délivrées à domicile par l'ensemble des fournisseurs de prestations (imad, organisations privées et infirmières indépendantes) devrait passer de 948 190 heures en 2017 à 1 083 944 heures (+14,3%) en 2023 selon le scénario le plus probable, soit une augmentation d'environ 14% en six ans, c'est-à-dire d'environ 2,3% par année. Au cours des deux prochaines décennies, le nombre d'heures total devrait continuer d'augmenter, jusqu'à atteindre 1 520 000 heures en 2040 (+60,2% par rapport à 2017). Comme expliqué plus haut, ces projections supposent que le nombre d'heures de soins par client reste stable.

→ **T4.7 SAD : heures facturées projetées par les fournisseurs de prestations de soins aux clients de 65 ans ou plus, 2017-2023**

HEURES DE SOINS FACTURÉES	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
65-79 ans	239 396	243 813	248 311	252 893	252 059	251 229	250 401
80 ans ou +	708 794	727 059	745 794	765 012	787 206	810 043	833 543
Total 65 ans ou +	948 190	970 872	994 105	1 017 905	1 039 265	1 061 272	1 083 944
65-79, variation (en %)	///	1,8%	1,8%	1,8%	-0,3%	-0,3%	-0,3%
80+, variation (en %)	///	2,6%	2,6%	2,6%	2,9%	2,9%	2,9%
Total 65+, variation (en %)	///	2,4%	2,4%	2,4%	2,1%	2,1%	2,1%

Source : DGS / Obsan

L'imad est le plus important prestataire du canton. Son activité représente environ 60% du total des heures de soins délivrées en 2017. D'après le modèle utilisé pour réaliser les projections, le nombre d'heures de soins requises devrait augmenter de manière proportionnelle pour les trois types de fournisseurs de prestations à domicile, car aucune hypothèse sur la croissance d'un fournisseur en particulier par rapport aux autres n'a été modélisée.

Propositions d'évolution de la prise en charge et conclusion

Selon les résultats du modèle, les besoins de la population genevoise âgée de 65 ans ou plus vont augmenter de manière substantielle d'ici 2040, requérant une augmentation importante des ressources nécessaires à leur prise en charge. Les projections montrent en effet que les besoins dans les différentes structures correspondraient, en 2040, à 1,6 fois les capacités existantes à l'année 2017 si l'état de santé des personnes âgées ne s'améliorait pas dans le futur. C'est même à un doublement des capacités de 2017 auquel il faudrait s'attendre si la durée des soins s'allongeait en raison de l'augmentation de l'espérance de vie.

Les projections de la planification sanitaire mettent en évidence la nécessité pour le canton de Genève de disposer de plus d'infrastructures pour répondre à la forte évolution des besoins dans ce domaine pour la prochaine période 2020-2023. L'Etat de Genève y contribuera au travers du financement de la part résiduelle des soins, qui représente une dépense contrainte. A ce titre, l'existence d'une disposition législative fixant le montant de la part résiduelle à charge du canton pourrait favoriser le développement de nouvelles OSAD, ce qui permettrait de répondre partiellement à l'augmentation des besoins. Toutefois, toute augmentation de l'offre doit s'accompagner d'un suivi de la qualité des prestations, ainsi que des conditions de travail du personnel des OSAD. Ces deux aspects représentent des enjeux majeurs de la période à venir.

De plus, l'évolution de la complexité des prises en charge à domicile va probablement générer la création de structures innovantes pouvant s'adapter progressivement à l'état de santé des personnes âgées, comme les logements intergénérationnels de la structure de l'Adret. Cette structure a comme objectif de permettre aux locataires de bénéficier de prestations de soins à domicile pouvant évoluer vers des soins plus complexes, sans changer de lieu de vie.

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

Introduction

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

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

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

Les EMS offrent des prestations de soins et socio-hôtelières et d'animation de qualité. Ainsi, ils restent des lieux privilégiés pour créer des lits UATR, à condition toutefois que le retour à domicile soit planifié d'emblée et que ces lits de court-séjour ne se substituent pas à des lits de long-séjour.

Bases légales

L'activité des UATR en EMS est régie par la loi sur la santé (LS; K 1 03), la loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile (LSDom; K 1 06, art. 19, al.2, let. c et art. 20, al. 2) et le règlement sur les institutions de santé (RISanté; K 2 05.06, art. 1, let. a). De plus, les lits UATR en EMS doivent répondre aux exigences des articles 29 et 30 du règlement d'application de la loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile (RSDom; K 1 06.01) en matière de prestations et de critères d'admission, ainsi qu'à la directive de la DGS en matière d'UATR dans les EMS (EMS 009-V1).

Les prestations de soins et socio-hôtelières et d'animation fournies aux résidents répondent à la loi sur la gestion des établissements pour personnes âgées (LGEPA; J 7 20) et à son règlement d'application (RGEPA; J 7 20.01).

Evaluation de la planification 2016-2019

La planification 2016-2019 a établi le besoin en lits UATR supplémentaires à 60. Cet objectif s'est focalisé sur les lits UATR en EMS mais la difficulté de trouver à court terme des locaux existants pouvant être dédiés à cette activité n'a permis d'ouvrir que 6 lits à fin 2019. Le déploiement de cet objectif se poursuivra sur la période 2020-2023, puisqu'à l'horizon 2023, il est prévu de mettre à disposition 28 lits UATR supplémentaires, soit 34 au total.

→ **T4.8 UATR-EMS : lits réalisés et prévus, 2016-2019**

NOMBRE DE LITS UATR-EMS	2016	2017	2018	2019 *	TCAM** 16-19
Réalisé	3	5	5	6	26,0%
Projeté planif. 2016-19	20	35	50	60	44,2%
Ecart absolu	-17	-30	-45	-54	///
Ecart relatif (en %)	-85,0%	-85,7%	-90,0%	-90,0%	///

*: le nombre de lits à fin 2019 est une estimation, car il n'est pas encore connu au moment de la rédaction de ce rapport.

Source: OCSTAT / DGS

** : TCAM = taux de croissance annuel moyen.

Etat des lieux 2017

En 2017, 5 lits sont disponibles dans 4 EMS ; les 52 clients ont effectués un total de 70 séjours, soit 1 206 journées. En outre, la durée moyenne de séjour est de 17,2 jours. Cette alternative est principalement sollicitée par des personnes d'un âge avancé : 90,0% des séjours ont été effectués par des personnes âgées de 80 ans ou plus et 42,9%, par des personnes âgées de 90 ans ou plus. On recense un taux d'occupation de 82,4% en 2017.

→ **T4.9 UATR-EMS : séjours selon la classe d'âges et le sexe, 2017**

NOMBRE DE SÉJOURS* EN UATR-EMS		N	%
Classes d'âges	<65	0	0,0
	65-69	0	0,0
	70-74	1	1,4
	75-79	6	8,6
	80-84	15	21,4
	85-89	18	25,7
	90+	30	42,9
	Total	70	100,0
Sexe	Hommes	19	27,1
	Femmes	51	72,9
	Total	70	100,0

Source: DGS / Obsan

*: le nombre de séjours est supérieur au nombre de clients, puisqu'un client peut faire plusieurs séjours durant l'année.

Planification 2020-2023 : projections des besoins

Le nombre de séjours de clients âgés de 65 ans ou plus dans les UATR-EMS devrait passer de 70 en 2017 à 81 (+15,4%) en 2023 et 120 (+71,4%) en 2040 (T4.10). Parmi ceux-ci, la part des 80 ans ou plus passera de 90,0% en 2017 à 90,9% à fin 2023 (92,5% à fin 2040).

→ **T4.10 UATR-EMS : séjours projetés de clients de 65 ans ou plus, 2017-2023**

NOMBRE DE SÉJOURS* EN UATR-EMS	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
65-79 ans	7	7	8	8	8	8	7
80 ans ou +	63	64	66	67	69	71	73
Total 65 ans ou +	70	72	73	75	77	79	81
65-79, variation (en %)	///	4,6%	4,6%	4,6%	-2,6%	-2,6%	-2,6%
80+, variation (en %)	///	2,1%	2,1%	2,1%	3,1%	3,1%	3,1%
Total 65+, variation (en %)	///	2,3%	2,3%	2,3%	2,5%	2,5%	2,5%

* : le nombre de séjours est supérieur au nombre de clients, puisqu'un client peut faire plusieurs séjours durant l'année.

Source : DGS / Obsan

Le nombre de lits UATR-EMS pour l'ensemble des résidents en 2017 se montant à 5, la projection estimée par le modèle de planification 2020-2023 indique un besoin en lits de 6 (+15,4%) en 2023 et 9 (+71,4%) en 2040 pour faire face à l'évolution démographique de la population cible (T4.11). Cela représente 1 et 4 lits supplémentaires respectivement.

→ **T4.11 UATR-EMS : besoin en lits, 2017-2023**

NOMBRE DE LITS UATR-EMS	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Total	5	5	5	5	5	6	6
Total, variation (en %)	///	2,3%	2,3%	2,3%	2,5%	2,5%	2,5%

Source : DGS / Obsan

La planification 2016-2019 avait défini un besoin de 60 lits supplémentaires à fin 2019. Les besoins étant inchangés et considérant les 6 lits ouverts sur cette période, il reste un solde de 54 lits à créer à l'horizon 2023.

Il est prévu d'ouvrir ces 54 lits UATR de manière échelonnée (15 lits en 2020, 12 lits en 2021, 13 lits en 2022 et 14 lits en 2023).

En tenant compte du nombre de lits disponibles estimés à fin 2019 (6 lits) et des futures ouvertures prévues jusqu'en 2023, le besoin net en lits à l'horizon 2023 est de 21 unités.

Propositions d'évolution de la prise en charge et conclusion

Pour mieux exploiter le potentiel des structures intermédiaires actuelles, il est prévu de diminuer le prix quotidien du séjour en UATR afin de baisser leur seuil d'accès et de faire bénéficier davantage la population de ces prestations de répit permettant de retarder l'entrée en EMS.

Les UATR en EMS constituent une structure intermédiaire utile à la politique de maintien à domicile, car elles permettent de retarder l'entrée en EMS, tout en permettant à la personne âgée de se familiariser avec l'environnement d'une institution médico-sociale. A ce titre, la montée en charge de ce dispositif est prévue dans la planification sanitaire et l'objectif d'atteindre 60 lits UATR à l'horizon 2023 doit être maintenu.

Unités d'accueil temporaire de répit exploitées par l'imad (UATR-imad)

Introduction

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

Ces unités disposent en permanence d'une équipe soignante, mais ne sont pas médicalisées. Les clients UATR sont suivis par leur médecin traitant ou son remplaçant, à défaut le médecin de garde est sollicité ou le client est transféré à l'hôpital, en cas d'urgence.

Les lits UATR exploités par les EMS permettent aux clients de découvrir la vie en institution et de bénéficier des prestations de l'EMS. Les UATR en EMS font l'objet d'un chapitre distinct.

Les UATR exploitées par l'imad (UATR-imad) représentent la seconde catégorie et font l'objet du présent chapitre. Ils sont plus orientés vers le retour à domicile de par leur organisation. Ils proposent des conditions de vie proches de celles du domicile du client, en soutenant et en favorisant son autonomie et ses habitudes initiales.

Bases légales

L'activité des UATR de l'imad est régie par la loi sur la santé (LS ; K 1 03), la loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile (LSDom ; K 1 06, art. 19, al.2, let. c et art. 20, al. 2) et le règlement sur les institutions de santé (RISanté ; K 2 05.06, art. 1, let. a).

Les prestations et les critères d'admission sont définis aux articles 29 et 30 du règlement d'application de la loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile (RSDom ; K 1 06.01).

Evaluation de la planification 2016-2019

Sur toute la période 2016-2019, le nombre de lits disponibles correspond aux lits planifiés, à savoir 38 ; l'objectif énoncé dans la planification 2016-2019 d'augmenter de 60 lits UATR à fin 2019 s'est focalisé sur les lits UATR-EMS.

→ T4.12 UATR-imad : lits réalisés et prévus, 2016-2019

NOMBRE DE LITS UATR-IMAD	2016	2017	2018	2019 *	TCAM** 16-19
Réalisé	38	38	38	38	0,0%
Projeté planif. 2016-19	38	38	38	38	0,0%
Ecart absolu	-	-	-	-	///
Ecart relatif (en %)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	///

*: le nombre de lits à fin 2019 est une estimation, car il n'est pas encore connu au moment de la rédaction de ce rapport.

Source: OCSTAT / DGS

** : TCAM = taux de croissance annuel moyen.

Etat des lieux 2017

En 2017, les 38 lits en chambre individuelle d'UATR-imad sont répartis sur deux sites : les Jumelles à Thônex (9 lits) et Villereuse en ville de Genève (29 lits). On dénombre 469 clients⁸ ayant effectué environ 643 séjours dans ces formes d'hébergement temporaire avec une durée moyenne de séjour de 16 jours et 35,6 heures de soins par client, sans différence notable en fonction de la classe d'âges. Il est possible que certains clients aient effectué plusieurs séjours au cours de l'année. L'imad rend compte d'un taux d'occupation de 74,2% (rapport d'activité imad et T4.13).

→ T4.13 UATR-imad : clients et heures de soins facturées, selon la classe d'âges et le sexe, 2017

UATR-IMAD		NOMBRE DE CLIENTS*		NOMBRE D'HEURES DE SOINS FACTURÉES	
		N	%	N	%
Classes d'âges	<65	10	2,1	550	3,3
	65-69				
	70-74	98	20,9	3 352	20,1
	75-79				
	80-84				
	85-89	361	77,0	12 803	76,6
	90+				
	Total	469	100,0	16 705	100,0
Sexe	Hommes	196	41,8
	Femmes	273	58,2
	Total	469	100,0	16 705	100,0

* : clients sur l'ensemble de l'année, quelle que soit leur durée de séjour.
Un client peut avoir effectué plusieurs séjours.

Source : OFS – SPITEX / Obsan

Planification 2020-2023 : projections des besoins

Le nombre d'heures de soins délivrées par l'imad aux clients âgés de 65 ans ou plus dans les UATR-imad devrait passer de 15 756 en 2017 à 17 516 (+11,2%) en 2023 et 24 607 (+56,2%) en 2040 (T4.14). Parmi ceux-ci, la part des 80 ans ou plus passera de 71,3% en 2017 à 73,4% à fin 2023 (76,6% à fin 2040).

→ T4.14 UATR-imad : heures de soins projetées délivrées aux clients de 65 ans ou plus, 2017-2023

NOMBRE D'HEURES EN UATR-IMAD	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
65-79 ans	4 523	4 567	4 612	4 657	4 659	4 661	4 664
80 ans ou +	11 233	11 404	11 578	11 754	12 109	12 476	12 853
Total 65 ans ou +	15 756	15 971	16 190	16 411	16 769	17 137	17 516
65-79, variation (en %)	///	1,0%	1,0%	1,0%	0,0%	0,0%	0,0%
80+, variation (en %)	///	1,5%	1,5%	1,5%	3,0%	3,0%	3,0%
Total 65+, variation (en %)	///	1,4%	1,4%	1,4%	2,2%	2,2%	2,2%

Source : imad / DGS / Obsan

⁸ Clients sur l'ensemble de l'année, quelle que soit leur durée de séjour.

Le nombre de lits UATR-imad pour l'ensemble des résidents en 2017 se montant à 38, la projection indique un besoin en lits de 42 (+11,2%) en 2023 et 59 (+56,2%) en 2040 (T4.15). Cela représente 4 et 21 lits supplémentaires respectivement.

→ T4.15 UATR-imad : besoin en lits, 2017-2023

NOMBRE DE LITS UATR-IMAD	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Total	38	39	39	40	40	41	42
Total, variation (en %)	///	1,4%	1,4%	1,4%	2,2%	2,2%	2,2%

Source : imad / DGS / Obsan

La planification 2016-2019 avait défini un besoin de 60 lits UATR supplémentaires à fin 2019 ; cet objectif s'est focalisé sur les lits UATR-EMS. La planification 2020-2023 reprend ce besoin et le définit à nouveau pour les lits UATR-EMS. Ainsi, à l'horizon 2023, il n'y a pas de besoin retenu pour les lits UATR-imad.

Propositions d'évolution de la prise en charge et conclusion

Les UATR-imad visent à favoriser le maintien à domicile en offrant un temps de répit aux proches aidants des personnes qu'elles accueillent. La volonté politique est de continuer à soutenir cette démarche et, en particulier, à identifier les améliorations à faire du parc existant.

Les deux UATR exploitées par l'imad n'ont initialement pas été conçues pour l'accueil temporaire. Leur concept architectural n'est pas adéquat. En effet, l'UATR des Jumelles souffre de sa petite taille, alors que les 29 lits dans les 25 chambres de Villereuse sont répartis sur 5 étages. Afin d'optimiser la situation, l'Etat préconise de fermer ces deux structures en fonction des opportunités qui se présenteront, afin d'en ouvrir deux autres de 20 à 25 lits chacune, de chaque côté du Rhône, conçues dès le départ pour assumer une mission d'UATR.

Les soins sont particulièrement compliqués pour les personnes avec troubles cognitifs, qui perdent parfois tout repère en quittant leur domicile. Pour ce type de clients, il pourrait être intéressant de dédier un nouveau bâtiment aux personnes avec troubles cognitifs, qui soit un lieu fermé, pour éviter les risques liés aux déambulations et aux fugues. Ce bâtiment devrait idéalement offrir des lieux communs accueillants et un moindre éparpillement des chambres que le site de Villereuse.

Enfin, pour mieux exploiter le potentiel des structures intermédiaires actuelles, il serait souhaitable de diminuer le prix quotidien du séjour en UATR afin de baisser leur seuil d'accès et de faire bénéficier davantage la population de ces prestations de répit permettant de retarder l'entrée en EMS. L'imad devrait en parallèle mener une campagne de promotion des lits UATR auprès de la population afin de mieux faire connaître cette prestation.

Foyers

Introduction

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

En l'état actuel, les foyers subventionnés par l'Etat sont structurés sous forme d'association, de fondation ou de société anonyme. Lieux d'écoute et de partage, les foyers accueillent les personnes âgées en perte d'autonomie et leur proposent diverses activités favorisant le lien social ainsi que le répit du proche aidant. Sur prescription médicale, les foyers peuvent octroyer des prestations de soins.

Bases légales

L'activité des foyers est régie par la loi sur la santé (LS; K 1 03), la loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile (LSDom; K 1 06, art. 19 et 20) et le règlement sur les institutions de santé (RISanté; K 2 05.06; art. 1, let. h). Les prestations ainsi que les conditions d'admission sont définies aux articles 27 et 28 du règlement d'application de la loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile (RSDom; K 1 06.01).

Les tarifs des foyers de jour et de jour-nuit sont définis conformément à l'arrêté du Conseil d'Etat en vigueur⁹.

Evaluation de la planification 2016-2019

A fin 2019, le canton comptera 166 places, soit 19,8% de moins (-41 lits) que le nombre planifié (207 places). Cela correspond à une croissance de 6,9% en moyenne par an sur la période 2016-2019; bien que supérieure à celle planifiée, le nombre de places disponibles en 2016 se situe bien en deçà du nombre planifié en 2016 et décale l'atteinte de l'objectif sur la période 2020-2023. Les projets annoncés indiquent que 192 places seraient disponibles à l'horizon 2023.

→ T4.16 Foyers : places réalisées et prévues, 2016-2019

NOMBRE DE PLACES EN FOYERS*	2016	2017	2018	2019 **	TCAM*** 16-19
Réalisé	136	137	152	166	6,9%
Projeté planif. 2016-19	178	178	193	207	5,2%
Ecart absolu	-42	-42	-41	-41	///
Ecart relatif (en %)	-23,7%	-23,3%	-21,2%	-19,8%	///

*: y compris 4 places de nuit en foyer spécialisé.

** : le nombre de places à fin 2019 est une estimation, car il n'est pas encore connu au moment de la rédaction de ce rapport.

***: TCAM = taux de croissance annuel moyen.

Source: OCSTAT / DGS

⁹ Arrêté du Conseil d'Etat du 13 janvier 2016 relatif aux tarifs des prestations des foyers de jour et de jour-nuit, pour la période 2016-2019.

Etat des lieux 2017

En 2017, il existait 137 places disponibles dans les foyers, y compris 4 places de nuit en foyer spécialisé, dans un des 9 foyers. En leur sein, 654 clients ont été accueillis (T4.17). Près de 70% de ces clients étaient âgés de 80 ans ou plus (68,7%) et les deux tiers étaient des femmes (65,9%). Le taux d'occupation est de 87,8% en 2017.

→ T4.17 Foyers : clients, selon la classe d'âges et le sexe, 2017

NOMBRE DE CLIENTS* EN FOYERS		N	%
Classes d'âges	<65	13	2,0
	65-69	29	4,4
	70-74	60	9,2
	75-79	102	15,6
	80-84	146	22,3
	85-89	186	28,4
	90+	118	18,0
	Total	654	100,0
Sexe	Hommes	223	34,1
	Femmes	431	65,9
	Total	654	100,0

Source : OCSTAT / Obsan

* : clients sur l'ensemble de l'année, quelle que soit leur durée de séjour. Un client peut avoir effectué plusieurs séjours. Non compris les clients fréquentant les 4 places de nuit en foyer spécialisé.

Planification 2020-2023 : projections des besoins

Le nombre de clients âgés de 65 ans ou plus devrait passer de 641 en 2017 à 703 (+9,7%) en 2023 et 952 (+48,5%) en 2040 (T4.18). Parmi ceux-ci, la part des 80 ans ou plus passera de 70,2% en 2017 à 71,9% à fin 2023 (74,5% à fin 2040).

→ T4.18 Foyers : clients de 65 ans ou plus projetés, 2017-2023

NOMBRE DE CLIENTS EN FOYERS*	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
65-79 ans	191	194	196	199	199	198	198
80 ans ou +	450	455	461	466	479	492	505
Total 65 ans ou +	641	649	657	665	677	690	703
65-79, variation (en %)	///	1,4%	1,4%	1,4%	-0,2%	-0,2%	-0,2%
80+, variation (en %)	///	1,2%	1,2%	1,2%	2,7%	2,7%	2,7%
Total 65+, variation (en %)	///	1,2%	1,2%	1,2%	1,8%	1,9%	1,9%

* : non compris les clients fréquentant les 4 places de nuit en foyer spécialisé.

Source : OCSTAT / DGS / Obsan

Le nombre de places en foyers pour l'ensemble des clients en 2017 se montant à 137 - y compris 4 places de nuit en foyer spécialisé -, la projection indique un besoin en places de 150 (+9,6%) en 2023 et 202 (+47,8%)

en 2040 (T4.19). Cela représente 13 et 65 places supplémentaires respectivement, ou 1 et 4 foyers en plus des 9 foyers existants en 2017 afin de répondre aux besoins¹⁰.

→ T4.19 Foyers : besoin en places, 2017-2023

NOMBRE DE PLACES EN FOYERS*	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Total	137	138	140	142	144	147	150
Total, variation (en %)	///	1,2%	1,2%	1,2%	1,8%	1,8%	1,9%

* : y compris 4 places de nuit en foyer spécialisé.

Source : OCSTAT / DGS / Obsan

En tenant compte du nombre de places disponibles estimées à fin 2019 (166 places) et des futures ouvertures de foyers prévues jusqu'en 2023, le besoin net en places à l'horizon 2023 est largement couvert (196 places seront disponibles pour un besoin de 150).

Propositions d'évolution de la prise en charge et conclusion

La politique cantonale en faveur du maintien des personnes âgées à domicile va soutenir l'ouverture de nouveaux foyers prévus sur la période 2020-2023, afin que la couverture des besoins soit assurée, conformément aux projections de la planification sanitaire. Les ouvertures des nouveaux foyers s'échelonnent au cours de la période 2020-2023, en débutant par l'ouverture du Foyer de Vessy en 2020.

L'ouverture des futurs foyers nécessitera de renforcer la collaboration avec les foyers existants afin de définir une stratégie permettant de favoriser la proximité et une répartition adéquate de la clientèle pour chacun des foyers. De plus, l'évolution du nombre de personnes souffrant de troubles cognitifs avancés va représenter un enjeu majeur en termes de prise en charge pour les foyers durant les années à venir.

¹⁰ En supposant une moyenne de 15 places par foyer (137 places en 2017 / 9 foyers).

Immeubles avec encadrement pour personnes âgées (IEPA)

Introduction

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

Les logements IEPA représentent un élément fondamental de la politique de maintien à domicile suivie par l'Etat de Genève. En effet, ces immeubles permettent de retarder l'entrée en EMS de 2 ans en moyenne, selon le rapport de planification 2012-2015; l'économie réalisable grâce à ce report avait été évaluée à environ 150 000 francs par locataire, sur une période de 12 ans.

La construction d'IEPA repose sur les fondations immobilières de droit public (FIDP), et plus particulièrement sur la Fondation René et Kate Block (FRKB), qui est orientée de par ses statuts vers le logement pour personnes âgées, ainsi que sur les fondations privées et communales.

Bases légales

Selon l'article 31 du règlement d'application de la loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile (RSDom; K 1 06.01), les prestations des IEPA doivent être délivrées par une institution de santé au bénéfice d'une autorisation d'exploiter au sens de la loi sur la santé, du 7 avril 2006 (LS; K 1 03), comme par exemple : une organisation d'aide et de soins à domicile, un établissement médico-social (EMS) ou un foyer.

Les conditions d'admission sont celles décrites à l'art. 32 du RSDom. A noter que la modification de l'art. 32, al. 1 du RSDom, entrée en vigueur le 27.04.2016, a supprimé la contrainte de n'accepter que les personnes dont les limites de revenus permettent l'accès aux logements d'utilité publique (LUP). Les conditions d'admission actuelles dans les IEPA se sont ainsi élargies, ce qui aura un probable impact à la hausse sur le taux de recours de la population à ces logements. L'impact de cette modification récente est toutefois difficilement estimable actuellement.

Evaluation de la planification 2016-2019

Fin 2019, 1537 logements IEPA seront disponibles, soit 199 de moins (-11,5%) que l'objectif prévu dans le rapport de planification sanitaire 2016-2019 (1 736 logements). Cela correspond à une croissance de 7,6% en moyenne par an lors de la période 2016-2019.

→ T4.20 IEPA : logements réalisés et prévus, 2016-2019

NOMBRE DE LOGEMENTS IEPA	2016	2017	2018	2019 *	TCAM** 16-19
Réalisé	1 234	1 359	1 439	1 537	7,6%
Projeté planif. 2016-19	1 360	1 486	1 611	1 736	8,5%
Ecart absolu	-126	-127	-172	-199	///
Ecart relatif (en %)	-9,3%	-8,5%	-10,7%	-11,5%	///

*: le nombre de logements à fin 2019 est une estimation, car il n'est pas encore connu au moment de la rédaction de ce rapport.

Source: OCSTAT / DGS

** : TCAM = taux de croissance annuel moyen.

Les IEPA prévus pour atténuer le besoin en lits d'EMS n'ont pas pu être tous réalisés, ces constructions dépendant souvent d'acteurs privés.

Etat des lieux 2017

En 2017, il existe 1 359 appartements, répartis dans 23 IEPA, pour un total de 1 364 personnes hébergées (dont 1 311 de 65 ans ou plus; T4.21). Parmi les résidents en IEPA, la majorité ne reçoit aucune prestation d'aide ou de soins. Seuls 577 bénéficiaires de prestations d'aide et/ou de soins sont dénombrés.

Les personnes âgées de 80 ans ou plus représentent la moitié des résidents en IEPA (51,1%). Cette tranche d'âge de la clientèle est comparativement surreprésentée parmi les résidents recevant des soins (65,0%), ce qui explique le fait qu'ils bénéficient le plus des prestations de soins. Quant au reste des résidents, un peu moins de la moitié est âgée de 65 à 79 ans (45,0%) et une cinquantaine de bénéficiaires ont moins de 65 ans (3,8%). Les 530 résidents (515 de 65 ans ou plus) bénéficient de prestations de soins pour un total de 37 713 heures (36 824 heures pour les résidents de 65 ans ou plus).

→ T4.21 IEPA : clients et prestations délivrées, selon la classe d'âges et le sexe, 2017

IEPA		RÉSIDENTS EN IEPA*		RÉSIDENTS RECEVANT DES SOINS**		HEURES DE SOINS FACTURÉES	
		N	%	N	%	N	%
Classes d'âges	<65	52	3,8	15	2,8	889	2,4
	65-69	119	8,7	24	4,5	1 208	3,2
	70-74	232	17,0	61	11,5	3 336	8,8
	75-79	264	19,3	85	16,0	5 934	15,7
	80-84	279	20,4	111	20,9	8 594	22,8
	85-89	239	17,6	123	23,2	9 059	24,0
	90+	178	13,1	111	20,9	8 692	23,0
	Total	1 364	100,0	530	100,0	37 713	100,0
Sexe	Hommes	458	33,6	151	28,5	10 168	27,0
	Femmes	905	66,4	379	71,5	27 545	73,0
	Total	1 364	100,0	530	100,0	37 713	100,0

*: résidents sur l'ensemble de l'année (pondérés par leur durée de séjour). Permet une comparaison avec le nombre de résidents en EMS.

Source: imad / Obsan

** : résidents sur l'ensemble de l'année, quelle que soit leur durée de séjour. Permet une comparaison avec le nombre de clients en OSAD.

Seules les prestations de soins délivrées par l'imad sont considérées ici. Il semble cependant qu'il y ait peu d'autres organisations d'aide et de soins à domicile intervenant en IEPA.

Il est encore intéressant de noter que l'imad prend en charge en IEPA des clients plus lourds en termes de besoins de soins qu'à domicile. En effet, le nombre d'heures de soins délivrées par l'imad est plus important en IEPA (71,2 heures) qu'à domicile (58,3 heures). Ceci s'explique en partie par le fait que les résidents recevant des soins de l'imad en IEPA sont plus âgés que ceux à domicile.

Planification 2020-2023 : projections des besoins

Le nombre de locataires¹¹ âgés de 65 ans ou plus devrait passer de 1 311 en 2017 à 1 401 (+6,9%) en 2023 et 1 870 (+42,6%) en 2040 (T4.22). Parmi ceux-ci, la part des 80 ans ou plus passera de 53,1% en 2017 à 57,2% à fin 2023 (61,4% à fin 2040).

→ T4.22 IEPA : locataires de 65 ans ou plus projetés, 2017-2023

NOMBRE DE LOCATAIRES EN IEPA	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
65-79 ans	615	612	610	607	605	602	600
80 ans ou +	696	707	719	731	754	777	801
Total 65 ans ou +	1311	1320	1329	1338	1358	1379	1401
65-79, variation (en %)	///	-0,4%	-0,4%	-0,4%	-0,4%	-0,4%	-0,4%
80+, variation (en %)	///	1,6%	1,6%	1,6%	3,1%	3,1%	3,1%
Total 65+, variation (en %)	///	0,7%	0,7%	0,7%	1,5%	1,5%	1,6%

Source : imad / DGS / Obsan

Au cours de la période 2020-2023 et en postulant un taux d'occupation par logement identique à celui observé en 2017, le nombre de logements supplémentaires projeté selon les hypothèses démographiques et épidémiologiques est de 73¹² pour l'ensemble des locataires (545 en 2040). Lors de la planification 2016-2019, il avait été estimé à 34 logements.

A l'origine, la planification 2012-2015 avait défini un objectif de 500 nouveaux logements IEPA pour agrandir substantiellement le parc et augmenter ainsi le taux de recours à ce type de structures. La réalisation de cet objectif stratégique est toujours en cours et s'échelonne encore quelques années.

En tenant compte de cet objectif de départ et des effets de l'évolution démographique, le nombre de logements qui devraient être construits serait donc de 607¹³ unités au cours de la période 2011-2023 (ou 1 079 sur 2011-2040). Au final, cela correspondrait à un parc de 1 809 logements IEPA à l'horizon 2023 (T4.23).

→ T4.23 IEPA : besoin en logements, 2017-2023

NOMBRE DE LOGEMENTS IEPA	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Total	1359	1425	1495	1568	1644	1725	1809
Total, variation (en %)	///	4,9%	4,9%	4,9%	4,9%	4,9%	4,9%

Source : imad / DGS / Obsan

Sur la période couverte par les deux précédents exercices de planification, 335 logements ont été construits à fin 2019.

11 Les projections des heures de soins aux clients résidant dans les IEPA et fournies par l'imad sont intégrées aux données relatives dans le chapitre des soins à domicile (SAD).

12 Pour éviter les doubles comptages, les périodes ne doivent pas se chevaucher. Nous considérons ainsi les variations des effets démographiques à partir de 2020, soit 73 unités à l'horizon 2023 (ou 545 en 2040)

13 A savoir : 500 + 34 + 73 = 607 en 2023 ; 500 + 34 + 545 = 1 079 en 2040.

Sur les 607 logements supplémentaires indiqués par la planification depuis 2011, il resterait donc encore 272¹⁴ logements à construire à l'horizon 2023 (744 en 2040), soit 5¹⁵ IEPA sur la période 2020-2023 (ou 13 sur 2020-2040).

Pour répondre à ce besoin de 272 logements supplémentaires sur la période 2020-2023, le département accompagne 12 projets de construction d'IEPA, correspondant à 642 logements (T4.24). Le besoin identifié devrait donc être largement couvert, sous réserve de l'aboutissement des projets.

→ T4.24 IEPA : année anticipée de mise en exploitation, 2020-2023

NOMBRE DE LOGEMENTS IEPA	2020	2021	2022	2023	TOTAL
Exploitation anticipée	241	232	97	72	642

Source : DGS, état au 30.07.2019

Propositions d'évolution de la prise en charge et conclusion

L'exercice de planification 2012-2015 a démontré que l'IEPA est une solution avantageuse puisqu'il retarde l'admission en EMS d'environ 2 ans, au prix d'un encadrement léger sur une période de 9 à 10 ans.

De plus, cette stratégie de prise en charge représente un levier d'efficience permettant au collaborateurs des services d'aide et de soins à domicile de réduire leur temps de déplacement et ne se substitue pas aux EMS dont le nombre de résidents à faible besoin (classe PLAISIR < 4) est aujourd'hui très limité¹⁶.

La politique publique cantonale poursuit l'objectif de répondre au souhait des personnes âgées de vivre le plus longtemps possible chez elles, dans les meilleures conditions possibles. Pour permettre ce maintien à domicile, l'Etat soutient, notamment, la construction d'IEPA. Dans ce contexte, l'Etat peut verser à l'institution de santé au bénéfice d'une autorisation d'exploiter un IEPA une subvention à l'exploitation et/ou à l'investissement, pour les équipements uniquement. Dans le but de faciliter l'avancement des projets, l'Etat accompagne les projets de construction d'IEPA et organise régulièrement des séances avec les acteurs concernés. En 2018, l'Etat a complété cette démarche avec l'élaboration et la diffusion d'une information spécifique sur les IEPA afin de soutenir les partenaires désireux de construire un IEPA.

¹⁴ Soit, la différence entre le besoin global (607 logements) et les nouvelles constructions réalisées à fin 2019 (335 logements).

¹⁵ En supposant une moyenne de 59 logements par IEPA (1 359 logements en 2017 / 23 IEPA).

¹⁶ En effet, les personnes en classe PLAISIR basse qui sont en EMS ont un besoin avéré d'être institutionnalisées pour d'autres raisons, malgré le peu de temps de soins qu'elles requièrent. Ces personnes ne pourraient donc pas être prises en charge dans le contexte d'un IEPA.

Unités d'accueil temporaire médicalisées (UATM)

Introduction

Les unités d'accueil temporaire médicalisées (UATM) ont pour but de favoriser le maintien à domicile et d'éviter des hospitalisations inappropriées. Elles accueillent pour un séjour court (de 24h à quelques jours) des personnes en situation médicale instable, qui nécessitent une surveillance médicale rapprochée, mais qui n'ont pas besoin du plateau technique d'un hôpital universitaire.

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

Bases légales

Les bases légales et réglementaires sur lesquelles se fonde l'activité des UATM sont la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10, art. 39), l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal; RS 832.102, art. 58e) et la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LaLAMal; J 3 05).

Evaluation de la planification 2016-2019

L'objectif estimé dans le rapport de planification 2016-2019 de développer une seconde UATM qui porterait le nombre de lits de 10 à 20, n'a pas été atteint; il sera poursuivi sur la prochaine période de planification.

→ T4.25 UATM : lits réalisés et prévus, 2016-2019

NOMBRE DE LITS UATM	2016	2017	2018	2019 *	TCAM** 16-19
Réalisé	7	10	10	10	12,6%
Projeté planif. 2016-19	10	10	10	20	26,0%
Ecart absolu	-3	-	-	-10	///
Ecart relatif (en %)	-30,0%	0,0%	0,0%	-50,0%	///

* : le nombre de lits à fin 2019 est une estimation, car il n'est pas encore connu au moment de la rédaction de ce rapport.

Source : DGS

** : TCAM = taux de croissance annuel moyen.

Il n'existe actuellement aucun projet précis d'ouverture de nouveaux lits UATM.

Etat des lieux 2017

L'UATM exploitée par la Clinique et Permanence d'Onex SA figure sur la liste hospitalière cantonale, au même titre que les hôpitaux. Il existe des conventions tarifaires avec les différents groupes d'assureurs, qui ont été approuvées par le gouvernement cantonal et déterminent le tarif forfaitaire journalier applicable. A l'instar des hôpitaux, les prestations de l'UATM sont exprimées en journées réalisées, elles-mêmes

cofinancées à 55% par le canton et à 45% par les assureurs. Un contrat de prestation renouvelable annuellement lie l'UATM à l'Etat, pour l'exploitation de 10 lits.

En 2017, 302 clients ont effectué un ou plusieurs séjours dans l'une des dix places disponibles. Par rapport aux autres structures intermédiaires, la composition par âge de la clientèle de l'UATM est plus variée: 10,9% des clients ont moins de 65 ans, 28,5% ont entre 65 et 79 ans et 60,7% ont 80 ans ou plus. De par ses chambres non mixtes et une volonté de laisser des places vacantes en cas d'urgence, l'UATM a un taux d'occupation limité de 74,7% en 2017.

En 2017, 435 séjours ont été recensés dans l'UATM, correspondant à 2 726 journées, pendant une durée moyenne de 6,3 jours.

→ T4.26 UATM : clients, selon la classe d'âges et le sexe, 2017

NOMBRE DE CLIENTS* EN UATM		N	%
Classes d'âges	<65	33	10,9
	65-69	22	7,3
	70-74	21	7,0
	75-79	43	14,2
	80-84	57	18,9
	85-89	63	20,9
	90+	63	20,9
	Total	302	100,0
Sexe	Hommes	104	34,4
	Femmes	198	65,6
	Total	302	100,0

Source : DGS / Obsan

* : clients sur l'ensemble de l'année, quelle que soit leur durée de séjour. Un client peut avoir effectué plusieurs séjours.

Planification 2020-2023 : projections des besoins

L'UATM est l'émanation d'un projet pilote, qui est maintenant en phase d'exploitation. A ce titre et étant donné le faible volume de cas par an, une projection des besoins basée sur le modèle de projections développé par l'Obsan ne donne qu'une information partielle.

→ **T4.27 UATM : clients de 65 ans ou plus projetés, 2017-2023**

NOMBRE DE CLIENTS EN UATM	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
65-79 ans	86	87	88	89	89	89	90
80 ans ou +	183	186	189	192	198	204	210
Total 65 ans ou +	269	273	277	281	287	293	300
65-79, variation (en %)	///	1,1%	1,1%	1,1%	0,2%	0,2%	0,2%
80+, variation (en %)	///	1,6%	1,6%	1,6%	3,0%	3,0%	3,0%
Total 65+, variation (en %)	///	1,5%	1,5%	1,5%	2,1%	2,2%	2,2%

Source : DGS / Obsan

Si l'on se prête toutefois à cet exercice, le nombre de lits UATM pour l'ensemble des résidents en 2017 se montant à 10, la projection indique un besoin en lits de 11 (+11,4%) en 2023 et 16 (+55,0%) en 2040 (T4.28). Cela représente 1 et 6 lits supplémentaires respectivement pour combler la demande due à l'évolution démographique.

→ **T4.28 UATM : besoin en lits, 2017-2023**

NOMBRE DE LITS UATM	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Total	10	10	10	10	11	11	11
Total, variation (en %)	///	1,5%	1,5%	1,5%	2,1%	2,2%	2,2%

Source : DGS / Obsan

La planification 2016-2019 avait défini un besoin de 20 lits à fin 2019. Les besoins étant inchangés et considérant les 10 lits ouverts sur cette période, il reste un solde de 10 lits à créer à l'horizon 2023.

Propositions d'évolution de la prise en charge et conclusion

La seconde UATM devrait être située dans une autre région du canton que celle d'Onex, afin de garantir la participation des médecins de cette région à la supervision des traitements et investigations.

La création d'une autre UATM sur la rive gauche du Rhône, intégrée dans une structure offrant notamment un plateau médico-technique complet, permettrait d'offrir le même type de prestations à la population âgée de cette partie du canton. L'avantage serait de préserver la proximité des soins et d'obtenir ainsi des coûts d'hospitalisation moins élevés.

5. BESOINS EN PERSONNEL DE SANTÉ

Démographie de la médecine ambulatoire

Introduction

Afin de répondre au mieux aux besoins en soins de la population résidant dans le canton de Genève, il est important de suivre l'évolution de l'offre ambulatoire, de la réguler dans la mesure du possible et d'effectuer des projections quant aux besoins en personnels de santé dans les institutions genevoises. Ce chapitre présente l'offre de soins pour la médecine ambulatoire et les mesures à prendre pour éviter une pénurie des professionnels de santé à l'horizon 2030.

Contexte

La médecine ambulatoire, en cabinet ou au sein d'une institution, fait référence à une prise en charge médicale d'un patient sans hospitalisation, pour l'ensemble des spécialités médicales et chirurgicales. Après la consultation ou quelques heures de prise en charge, le patient retourne dans son lieu de vie.

Depuis de nombreuses années dans le canton de Genève, l'offre de médecins pour assurer la médecine ambulatoire est élevée. Plusieurs analyses au sein du canton ont mis en évidence la nécessité de réguler cette offre en fonction des besoins exacts en médecins spécialistes.

Tant que la clause du besoin fédérale est en vigueur, récemment prolongée jusqu'en 2021, la régulation est réalisée par une commission cantonale «quadripartite», présidée par la Direction générale de la santé.

→ T5.1 Comparaison du nombre de médecins actifs dans différentes spécialités médicales entre quelques pays de l'Union Européenne, la Suisse et le canton de Genève

Densité pour 1 000 habitants (effectifs employés)	2016					
	AUTRICHE	ALLEMAGNE	NORVÈGE	SUISSE	GENÈVE	
Praticiens en médecine générale	1,59	0,98	0,84	1,15		
Praticiens en médecine générale	Médecins généralistes	0,76	0,70	0,77		1,51
	Autres praticiens en médecine	0,82	0,28	0,08		
Pédiatres généraux	0,15	0,17	0,15	0,21	0,41	
Gynécologues et obstétriciens	0,21	0,25	0,11	0,21	0,28	
Psychiatres	0,19	0,27	0,24	0,51	0,88	
Groupe de spécialistes médicaux	1,12	1,33	0,77	0,75	2,14	
Groupe de spécialistes chirurgicaux	1,02	1,16	0,53	0,80	0,85	

Source : OCDE - données extraites le 5 novembre 2018

La comparaison de la densité de médecins spécialistes pour mille habitants (T5.1) met en évidence la densité très élevée à Genève par rapport à d'autres pays européens. La médecine de premier recours,

regroupant la médecine interne générale, la pédiatrie et la gynécologie obstétrique se situe plutôt dans la partie supérieure de la statistique.

La clause du besoin

Le Conseil fédéral a édicté, le 3 juillet 2002, l'ordonnance sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire (OLAF; RS 832.103), entrée en vigueur le 4 juillet 2002, laquelle se traduisait par le fait que l'autorisation de pratiquer délivrée aux médecins ne donnait plus automatiquement le droit de fournir des prestations facturées à la charge de la LAMal.

Ladite législation a été prorogée à trois reprises, tout en faisant l'objet d'adaptations et a finalement été abrogée le 31 décembre 2011.

Au cours de l'année 2012, la hausse inquiétante du nombre d'autorisations de pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins et de numéros de code-créancier (RCC) attribués dans le canton de Genève, a poussé ce dernier à intervenir auprès des autorités fédérales compétentes, afin de faire réintroduire au plus vite la clause du besoin.

La réintroduction temporaire de l'article 55a LAMal a été approuvée le 21 juin 2013 par les Chambres fédérales. L'entrée en vigueur de cette disposition a été fixée au 1^{er} juillet 2013. Elle se terminait le 30 juin 2019, mais le parlement a décidé de prolonger de deux ans cette disposition légale. Cette modification législative prendra fin le 30 juin 2021.

Dans le cadre du choix qui lui est accordé, le canton de Genève limite l'admission à la charge de la LAMal des médecins au sens de la législation fédérale, qui ne s'applique toutefois pas aux médecins ayant exercé pendant au moins trois ans dans un établissement suisse de formation reconnu.

Afin d'éviter tout contournement à la clause du besoin, le canton met l'accent sur la surveillance des institutions de santé, car elles sont susceptibles d'embaucher des médecins sans droit de pratique qui facturent alors leurs prestations sous le code-créancier de l'institution ou du médecin formateur.

Droits de pratique

Tout médecin souhaitant exercer sa profession et facturer à la charge de l'assurance obligatoire des soins doit être au bénéfice d'une autorisation de pratiquer. Cette dernière est obtenue après présentation d'un certain nombre de documents :

- diplôme de médecin reconnu par les autorités fédérales ;
- attestation de l'obtention d'un titre post-grade répertorié dans le registre fédéral public ;
- attestation de bonne conduite ;
- extrait de casier judiciaire ;
- certificat médical démontrant la capacité à exercer la profession de médecin.

Depuis la réintroduction de la clause du besoin, le médecin n'obtient plus automatiquement un code-créancier auprès du registre des codes-créanciers des assureurs-maladie suisses géré par SASIS SA pour être en mesure de facturer à la charge de la LAMal, mais cette obtention est soumise à l'autorisation du canton.

Le graphique G5.1 ci-dessous présente l'évolution du nombre d'autorisations de pratiquer pour les médecins spécialistes délivrées par le canton de Genève pendant la période allant de 2003 à 2018 :

- le nombre de nouvelles autorisations de pratiquer à charge de l'assurance-maladie obligatoire a augmenté en 2016, 2017 et 2018 par rapport à l'année 2015 ;
- ce nombre est inférieur à celui que l'on pouvait observer en 2013 et 2014, juste après la réintroduction de la clause du besoin (1^{er} juillet 2013) qui était respectivement de 458 et 313 autorisations à charge LAMal.

→ **G5.1 Nombre total d'autorisations de pratiquer pour les médecins spécialistes délivrées pour le canton de Genève**



Le tableau T5.2 présente l'évolution du nombre d'autorisations de pratiquer à charge de l'assurance-maladie obligatoire, par spécialité. On observe les tendances suivantes :

- un taux élevé d'autorisations de pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire délivrées à Genève pour les spécialités de chirurgie, d'ophtalmologie, de psychiatrie-psychothérapie et de radiologie ;
- la médecine de premier recours est bien représentée à Genève avec 10 nouveaux gynécologues-obstétriciens, 60 médecins spécialisés en médecine interne générale et 11 pédiatres qui ont obtenu un droit de pratiquer en 2018.

→ **T5.2 Autorisations de pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire délivrées de 2015 à 2018 à Genève**

SPECIALITÉS	2015	2016	2017	2018
Médecine interne générale	41	73	50	60
Psychiatrie et psychothérapie	19	36	28	24
Médecin praticien	13	15	8	15
Chirurgie	6	6	12	15
Radiologie	3	17	14	15
Anesthésiologie	8	5	8	13
Pédiatrie	16	27	25	11

Gynécologie et obstétrique	5	12	13	10
Ophthalmologie	7	5	5	7
Chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur	6	9	6	6
Pneumologie	1	1	2	5
Cardiologie	0	5	4	4
Chirurgie pédiatrique	1	4	2	4
Dermatologie et vénéréologie	3	3	3	4
Hématologie	1	0	6	4
Neurologie	2	7	5	4
Pathologie	1	1	4	4
Infectiologie	0	2	1	3
Médecine interne	2	6	2	3
Médecine physique et réadaptation	1	3	1	3
Neurochirurgie	1	0	1	3
Oncologie médicale	0	3	1	3
Psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents	2	7	6	3
Urologie	4	1	2	3
Chirurgie plastique, reconstructive et esthétique	3	1	4	2
Médecine nucléaire	0	1	1	2
Oto-rhino-laryngologie	0	0	3	2
Prévention et santé publique	0	2	0	2
Médecine de la reproduction et endocrinologie gynécologique	0	0	0	2
Allergologie et immunologie clinique	2	0	0	1
Chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique	2	1	0	1
Endocrinologie-diabétologie	0	4	1	1
Gastroentérologie	2	1	4	1
Génétique médicale	1	1	3	1
Médecine du travail	1	2	0	1
Médecine intensive	0	1	0	1
Médecine légale	0	0	2	1
Néphrologie	3	1	1	1
Rhumatologie	4	2	3	1
Chirurgie générale et traumatologie	0	0	0	1
Chirurgie viscérale	0	0	0	1
Gériatrie	0	0	0	1
Médecine d'urgence	0	0	0	1
Chirurgie de la main	0	0	0	1
Angiologie	0	1	0	0
Chirurgie orale et maxillo-faciale	0	0	1	0
Médecine générale	1	0	1	0
Médecine tropicale et médecine des voyages	0	0	1	0
Radio-oncologie / radiothérapie	3	2	4	0
Pratique du laboratoire au cabinet médical	2	0	0	0
Total général	167	268	238	251

Source : DGS

Evaluation des besoins

Tant que la clause du besoin fédérale est en vigueur, la régulation est pratiquée après consultation d'une commission cantonale dite quadripartite, présidée par la Direction générale de la santé (DGS) et incluant les médecins des hôpitaux publics, des cliniques privées, les médecins en formation, ainsi que l'association des médecins du canton de Genève (AMGe).

De janvier 2015 à octobre 2018, la commission quadripartite a reçu 299 dossiers de demande d'autorisation de pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Parmi eux, 31% (93 sur 299) ont été refusés, les besoins de la population du canton étant déjà couverts par les médecins en exercice dans la spécialité demandée par le requérant. Les dossiers acceptés représentent ainsi 69% des demandes reçues par la commission.

Le nombre de médecins dans notre canton, établi par l'OLAF pour chaque spécialité, est systématiquement dépassé dans toutes les spécialités depuis de nombreuses années. Malgré le dépassement du nombre d'autorisations de pratiquer prévus par l'annexe de l'OLAF, une certaine flexibilité dans le cadre de l'application de la clause du besoin est pratiquée par le canton. Pour guider cette flexibilité, en l'absence d'un standard permettant de déterminer scientifiquement la couverture nécessaire de médecins dans chaque spécialité, le canton évalue les besoins de couverture ambulatoire en examinant l'enquête annuelle effectuée par l'AMGe auprès de tous les médecins.

Cette enquête comporte deux volets. Le premier volet évalue le besoin ressenti par les praticiens dans le cadre de leur spécialité et le second évalue la difficulté d'obtenir une consultation auprès d'un spécialiste dans un délai raisonnable par un confrère de médecine de premier recours. La commission qui analyse les dossiers tient compte des besoins de canton et délivre des droits de pratiquer à charge LAMal s'il est prouvé qu'un besoin n'est pas suffisamment couvert pour une spécialité. La commission cherche également à veiller au bon équilibre entre la médecine de premier recours et les spécialistes.

Pour pouvoir respecter les quotas de médecins selon l'OLAF, le canton a suggéré des synergies entre le privé et le public et des partenariats afin que certains médecins spécialistes du privé s'engagent également dans des institutions publiques. L'idée étant de ne pas octroyer plus de droit de pratiquer à charge de l'assurance-maladie obligatoire que nécessaire mais de favoriser les échanges entre institutions et professionnels.

Evolution du nombre de médecins facturant à charge de la LAMal

Ce sous-chapitre traite de l'évolution, de 2006 à 2018, du nombre de médecins avec un code-crédencier actif.

On peut constater, dans le graphique G5.2, que l'évolution du nombre de médecins installés dans le canton de Genève et facturant à charge de l'assurance-maladie a évolué en plusieurs phases.

Avant 2010, la clause du besoin fédérale permettait au canton de Genève d'utiliser pleinement la marge de manœuvre qui lui était conférée en matière de planification des besoins. Ces derniers étant déjà couverts de manière appropriée, le canton ne distribuait de nouvelles autorisations qu'avec parcimonie, généralement en remplacement des médecins qui prenaient leur retraite. Grâce à cet instrument de pilotage, le nombre de médecins a été maintenu constant pendant des années, ce qui a permis de freiner l'augmentation des coûts à la charge de l'assurance-maladie et ses conséquences sur les primes.

Au cours des années 2010 et 2011, la clause du besoin a été levée uniquement pour les médecins de premier recours (pédiatres, généralistes et obstétriciens), ce qui a créé un « appel d'air » menant à l'installation de nouveaux cabinets médicaux. L'effet a été d'autant plus important qu'en raison de la période de restriction qui avait précédé, il existait un réservoir de médecins désireux de s'installer.

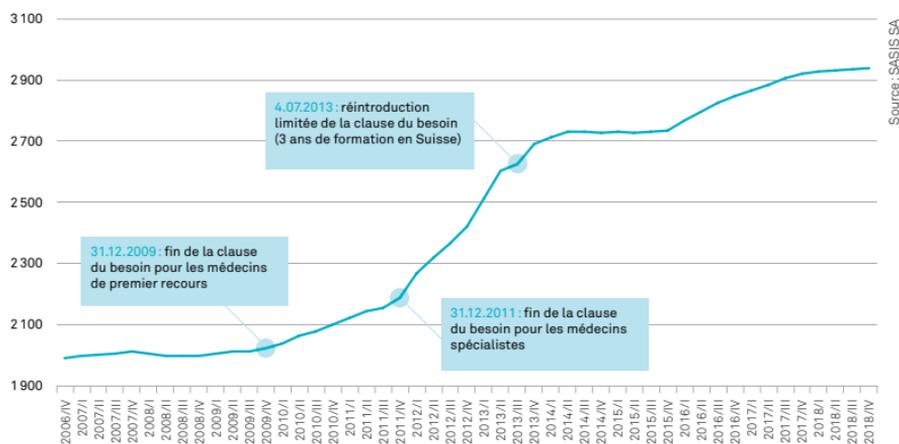
Dès 2012, la clause du besoin a également été supprimée pour les médecins spécialistes, ce qui a eu pour effet une accentuation, bien visible sur le graphique G5.2, de la pente de la courbe des médecins facturant

à charge LAMal. Les raisons de cette augmentation sont les mêmes que celles décrites pour les médecins de premier recours.

Enfin, dès la réintroduction partielle de la clause du besoin en juillet 2013, le pilotage cantonal a pu reprendre et la courbe des augmentations s'est à nouveau aplanie, phénomène également bien visible sur le graphique. Ce ralentissement a également été possible car le réservoir de médecins en attente d'une autorisation avait été épuisé.

La dernière phase débute en 2016 et continue jusqu'à aujourd'hui. Au cours de ces trois dernières années, le nombre de médecins recensés par la centrale administrative des assureurs-maladie (SASIS SA) a repris une tendance haussière d'environ 3% par an. Cela est dû principalement au fait que la clause du besoin actuelle est moins restrictive que durant la période d'avant 2010, puisqu'elle donne l'obligation aux cantons d'admettre tous les médecins qui en font la demande à condition qu'ils remplissent les conditions définies.

→ G5.2 Evolution trimestrielle du nombre de médecins facturant à charge de l'assurance-maladie à Genève (entre décembre 2006 et décembre 2018)

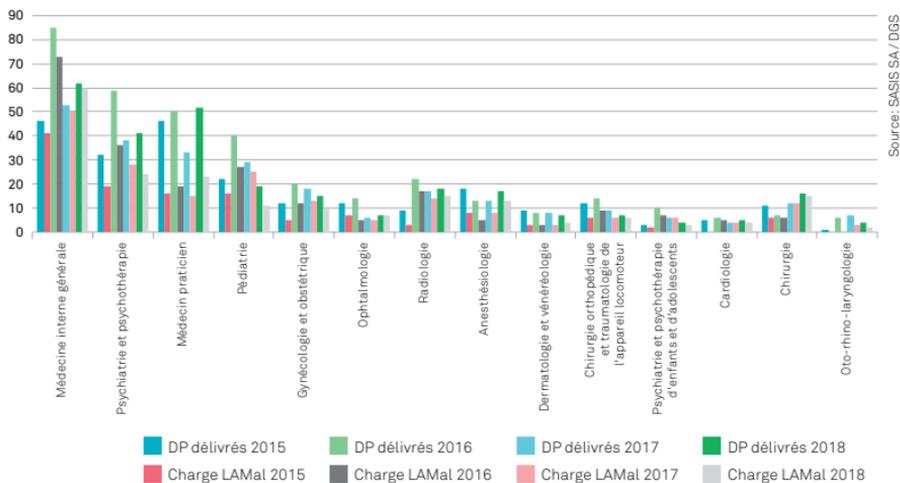


Source : SASIS SA

On constate dans le graphique G5.3 que le lien entre le nombre de droits de pratiquer et l'activation de code-créanciers pour les nouvelles autorisations n'est pas direct.

Une très forte augmentation de la délivrance des autorisations de pratiquer est observée en 2016 pour la médecine générale, la psychiatrie-psychothérapie et la pédiatrie. La situation se stabilise les années suivantes.

→ **G5.3 Evolution et répartition du nombre de médecins facturant à charge de l'assurance-maladie pour les années 2015 à 2018, ainsi que du nombre annuel de délivrance d'autorisations de pratiquer de 2015 à 2018**



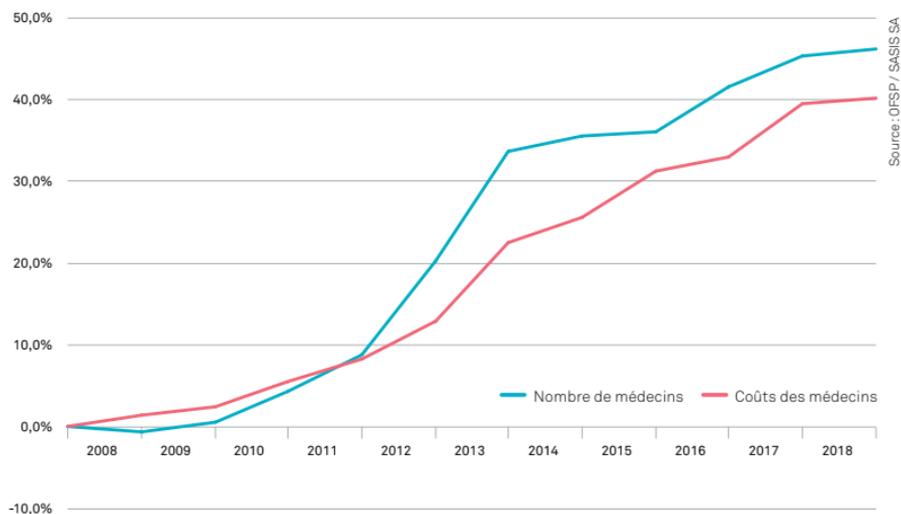
Pour la plupart des autres spécialités représentées, le nombre de droit de pratique délivré est relativement stable d'une année à l'autre.

Nous voyons également que le nombre de droit de pratique à charge LAMal est sensiblement inférieur au nombre d'autorisations par année. Cela s'explique du fait que pour qu'un médecin puisse bénéficier de l'exemption à la clause du besoin, il doit prouver qu'il a exercé pendant trois ans dans un établissement de formation reconnu en Suisse. Cette condition n'étant pas remplie pour les médecins venant de la communauté européenne, cela explique la différence entre le nombre d'autorisations délivrées dès que le diplôme est reconnu et le nombre de droit de pratique à charge de l'assurance-maladie obligatoire.

Evolution des coûts

Le graphique G5.4 ci-après présente l'évolution du nombre de médecins avec un RCC actif et, en parallèle, l'évolution du coût à charge des assureurs.

→ **G5.4 Variation (en %) du nombre de médecins et coût à charge des assureurs, canton de Genève, 2008-2018**



Nous observons que depuis 2010, les coûts par assuré imputables à la médecine ambulatoire suivent une courbe ascendante.

Alors que la tendance générale à Genève était à la maîtrise des coûts, l'augmentation de l'offre ambulatoire suite à la suspension de l'outil de régulation a été suivie d'une augmentation des coûts. Dans notre canton, entre 2010 et 2018, les coûts des médecins ont ainsi augmenté de presque 40%.

Conclusion et mesures proposées

Quelles stratégies le canton souhaite-t-il mettre en place pour les quatre prochaines années ?

Le canton continuera de réguler l'offre ambulatoire en fonction des besoins réels de la population en appliquant la clause du besoin aussi longtemps que cette possibilité légale lui sera offerte.

Il apparaît que certains médecins spécialistes qui ne sont pas au bénéfice d'une autorisation de pratiquer à charge de l'assurance-maladie obligatoire LAMal sont amenés à facturer leurs prestations avec le code-crédancier d'un autre médecin responsable ou de l'institution qui les emploie. La population n'est pas assez informée de ces pratiques et du fait que des médecins peuvent être autorisés à pratiquer sans pouvoir facturer à charge de la LAMal.

A l'avenir, la surveillance des institutions et des médecins non autorisés à facturer à charge LAMal sera accentuée, ceci dans le but de mieux maîtriser l'augmentation des coûts de la santé relatifs à ce point.

Suite à la modification de la LAMal, du 17 novembre 2018, concernant les modalités d'admission des fournisseurs pratiquant à charge de l'assurance-maladie, les institutions qui engagent des médecins sans autorisation à charge LAMal seront interpellées afin de s'assurer que la clause du besoin n'est pas contournée.

et que lesdits médecins sont engagés uniquement pour la période de formation dont peut se prévaloir l'établissement selon le registre des établissements de formation post-grade certifiés (de 6 mois à 3 ans).

Les institutions seront également contactées pour s'assurer que les médecins avec un titre post-grade délivrent bien des prestations ambulatoires et les facturent à charge de l'assurance-maladie obligatoire LAMal. Dans le cas contraire, il s'agira d'envisager que ces médecins se mettent à disposition dans le cadre de collaborations et d'échanges entre institutions.

Par ailleurs, le canton de Genève souhaite proposer une offre satisfaisante de médecins de premiers recours et de spécialistes pour la population genevoise.

A l'heure actuelle, trop de spécialistes sont en activité par rapport aux besoins de la population. La médecine de premier recours est quant à elle bien représentée. Il apparaît fondamental de maintenir un équilibre afin de ne pas trop diminuer ou augmenter l'offre de médecins de premier recours. Les nombreux médecins de la génération du « baby-boom » qui atteignent l'âge de 65 ans peuvent continuer à travailler après l'âge de la retraite ou maintenir une activité à temps partiel. Il faut veiller à assurer la relève afin de couvrir les besoins.

Le canton souhaite également favoriser le passage d'une médecine hospitalière à une médecine de plus en plus ambulatoire.

A travers des campagnes d'information, le canton désire sensibiliser la population au fait que certains actes médicaux et de soins peuvent être réalisés en ambulatoire. Ceci permettrait de mieux réguler les coûts de la santé liés à la médecine hospitalière.

Besoin en professionnels de la santé

Contexte

Le canton de Genève a relativement été épargné par la problématique de la « pénurie » des professionnels de la santé. En effet, sa situation géographique particulière et son attractivité économique lui ont permis de suppléer à une demande de professionnels grandissante, en ayant recours à une main-d'oeuvre formée le plus souvent à l'étranger.

Placée dans le contexte de la planification médico-sociale et sanitaire cantonale, la notion de « pénurie » doit être définie comme étant un déséquilibre, sur le marché du travail, entre les besoins du système de santé pour fournir les prestations attendues par la population et l'offre de professionnels formés en Suisse.

Partant de ces constats, la nécessité d'inclure un chapitre concernant les « Besoins en professionnels de la santé » dans la planification est devenue évidente. C'est ainsi que, depuis 2015, cette dimension fait partie du rapport de planification médico-sociale et sanitaire cantonale. Il s'agit d'une des mesures identifiées dans le cadre du « Programme de lutte contre la pénurie des professionnels de la santé dans le canton de Genève »¹.

Les objectifs poursuivis par ce programme sont multiples, notamment, accroître le potentiel de formation indigène, devenir plus autonome vis-à-vis de la main-d'oeuvre étrangère et assurer le pilotage du système. Ils contribuent et visent tous à mettre à disposition des institutions et de la population, suffisamment de professionnels qualifiés pour répondre à des besoins de santé croissants.

Lors du précédent exercice de planification 2016-2019, le canton avait identifié un besoin supplémentaire annuel compris entre 450 et 831 personnes. Dans la présente évaluation et pour la période 2020-2023, le besoin annuel en personnel soignant est compris entre 640 et 710 personnes, car fort de l'expérience passée, la fourchette de prévision a été considérablement améliorée. Voyons dans le détail de quelle manière ce besoin se décline.

Introduction

Ce rapport présente l'effectif du personnel de santé dans le canton de Genève en 2017 et les prévisions relatives aux besoins jusqu'à l'horizon 2030. Il actualise les résultats et dresse un bilan de la précédente période de planification.

Les projections se fondent sur des estimations du recours futur aux soins et des départs à la retraite des professionnels de la santé. L'étude se concentre sur le personnel de santé au sens strict, soit les personnes qui travaillent dans le domaine des soins aux patients.

Les secteurs de prise en charge considérés sont les hôpitaux (soins aigus, psychiatrie et réadaptation), les établissements médico-sociaux (EMS) et maisons pour personnes âgées ainsi que les services d'aide et de soins à domicile (SAD). Le personnel travaillant dans les autres secteurs de soins ambulatoires (par exemple les cabinets médicaux) n'est pas inclus dans l'étude.

Pour évaluer les futurs besoins en personnel de santé, le canton a mandaté l'Observatoire suisse de la santé (Obsan). Le cadre, les hypothèses principales et la méthodologie restent identiques. Ils ont cependant été affinés et précisés et prennent en considération les données et les évolutions les plus récentes.

¹ Programme de lutte contre la pénurie des professionnels de la santé dans le canton de Genève, rapport du 16 avril 2012 et états de situation du 1^{er} juillet 2013 et du 16 décembre 2015, <https://www.ge.ch/mesures-releve-professionnels-sante>

Données utilisées

Les données exploitées portent sur le personnel de santé engagé à l'interne, y compris les personnes en formation. Le calcul des besoins futurs en personnel des hôpitaux se fonde sur le nombre de jours de soins, actuel et futur, défini dans le cadre de la planification hospitalière du canton. La statistique des hôpitaux de l'Office fédéral de la statistique (OFS) est utilisée.

Pour les établissements médico-sociaux, la statistique des institutions médico-sociales (SOMED) de l'OFS a été utilisée. Les données sur le personnel portent également sur le personnel de santé engagé à l'interne, y compris les personnes en formation.

Pour le secteur de l'aide et des soins à domicile, les données exploitées sont tirées de la statistique de l'aide et des soins à domicile de l'OFS (SPITEX). Elle porte sur toutes les personnes employées et rémunérées par des organisations d'aide et de soins à domicile et sur les infirmiers et les infirmières travaillant à titre indépendant.

Pour les EMS comme pour les organisations de soins à domicile, le calcul des besoins futurs en personnel s'appuie sur les bases statistiques pour la planification des besoins dans le domaine médico-social établie par l'Obsan pour le canton.

Modèles et méthode de projection

Hôpitaux

Hôpitaux et cliniques analysées

En 2017, le canton de Genève comptait 10 hôpitaux pour 13 sites hospitaliers. Les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) se répartissent sur quatre sites et les autres établissements sont des cliniques privées. Pour les besoins de l'analyse, ces institutions ont été subdivisées en trois catégories: hôpitaux de soins aigus, cliniques psychiatriques et cliniques de réadaptation.

Catégories de fonction analysées

Pour les besoins de ce rapport, le personnel de santé engagé à l'interne des établissements a été classé dans différentes catégories, énumérées dans le tableau ci-après :

→ T5.3 Classification du personnel de santé

CATÉGORIES DE FONCTION ANALYSÉES DANS LA STATISTIQUE DES HÔPITAUX	CODE	REGROUPEMENT POUR LES ANALYSES		
Chef de section	1			
Médecin cadre	2			
Médecin hospitalier	3	Médecins		
Chef de clinique	4			
Médecin-assistant	5			
Infirmier/ère avec spécialisation	7	Personnel soignant	Degré tertiaire	
Infirmier/ère diplômé/e	8		Degré secondaire II	CFC
Personnel soignant au niveau secondaire II	9			AFP
Personnel soignant au niveau auxiliaire	10		Autres/sans formation	
Autre personnel soignant	11			
Sage-femme	12	Sage-femme		
Technicien/ne en salle d'opération	13			
Technicien/ne en radiologie	14			
Technicien/ne en analyse bio-médicale	15	Personnel médico-technique		
Ambulancier/ère	17			
Technicien/ne ambulancier/ère	18			
Physiothérapeute	20			
Ergothérapeute	21			
Diététicien/ne	22			
Logopédie (orthophoniste)	23	Personnel médico-thérapeutique		
Thérapeute d'activation	24			
Psychologue	25			
Masseur médical	26			
Autre thérapeute	32			

Source: Obsan

Les personnes qui étaient en formation au moment de l'enquête ont été prises en compte dans l'analyse. En 2017, cette catégorie concerne essentiellement les médecins-assistants.

Calcul de l'effectif du personnel

Les résultats concernant le nombre de personnes employées (ou « l'effectif ») se réfèrent à l'effectif du personnel au 31 décembre. Les résultats concernant les équivalents plein temps (EPT) englobent la somme des EPT de toutes les personnes occupées pendant l'année en question. Tout le personnel ne travaillant pas selon un horaire à 100%, le taux d'activité moyen réel a été calculé. Le taux d'activité moyen calculé est approximatif mais néanmoins suffisamment fiable pour permettre de réaliser des projections valables.

Par ailleurs, le personnel qui fournit des prestations ambulatoires est attribué entièrement au domaine hospitalier stationnaire. Cela signifie que les ressources en personnel sont surestimées dans le domaine intra-muros. Par contre, les projections concernant le recours aux soins ne se basent que sur le domaine hospitalier stationnaire. Nous admettons l'hypothèse que l'évolution de l'activité ambulatoire est similaire à celle de l'activité stationnaire.

Calcul des projections

Le calcul des besoins futurs en personnel dans les hôpitaux de soins aigus, cliniques psychiatriques, cliniques de réadaptation se base sur le recours actuel et futur aux soins. Le recours aux soins futur est estimé à l'aide des données disponibles de l'année 2016, qui constituent le point de départ, et prend en considération le nombre de journées d'hospitalisation. Dans le domaine des soins aigus, trois scénarios reposant sur une même hypothèse démographique, postulant une croissance modérée de la population, ont été retenus. Les cas considérés comme potentiellement transférables² en ambulatoire ont été exclus dès l'année de référence, afin qu'ils ne soient pas projetés. Les trois scénarios retenus diffèrent au niveau des taux d'hospitalisation appliqués par groupe de prestations et par classe d'âges.

Le scénario « statu quo » prévoit que les taux d'hospitalisation observés par groupe de prestations et par classe d'âge restent inchangés. Dans cette perspective, seule l'évolution démographique a une influence sur le nombre futur de jours de soins et donc, sur les besoins futurs en personnel de santé.

Le scénario « taux d'hospitalisation corrigés » prévoit, conformément aux évolutions récentes constatées, une hausse des taux d'hospitalisation dans les domaines de l'insuffisance cardiaque et des cancers métastatiques. Ce scénario intègre des facteurs épidémiologiques, les avancées médicales et les progrès technologiques.

Le scénario « taux d'hospitalisation suisse » remplace systématiquement le taux genevois par le taux suisse. Les résultats de ce scénario, qui paraît peu vraisemblable, sont présentés à titre indicatif.

Pour la psychiatrie et la réadaptation, aucune hypothèse n'est formulée concernant l'évolution des taux d'hospitalisation par groupe de diagnostics. Pour chacun de ces domaines, deux scénarios sont néanmoins proposés, l'un tablant sur la constance des durées de séjour (« statu quo ») et le second sur une adaptation des durées de séjour sur les durées moyennes observées pour l'ensemble de la Suisse (« durées de séjour suisses »).

Pour ce second type de scénario, on fait évoluer les durées moyennes de séjour pour le canton de Genève de façon linéaire jusqu'en 2023 (année cible) pour atteindre les durées moyennes suisses. A partir de 2023, ces durées sont fixes. Le scénario démographique est identique à celui des soins aigus.

Les aspects suivants ne sont pas intégrés aux scénarios et sont donc considérés comme constants :

- la productivité ou l'intensité du travail (nombre d'EPT par journée d'hospitalisation) ;
- le taux d'activité moyen du personnel ;
- la composition des effectifs par type de compétence (skill-mix) ou par niveau de formation (grade mix) ;
- la part des prestations de soins stationnaires fournies par les hôpitaux par rapport aux prestations ambulatoires ;
- la part des prestations de soins fournies par les hôpitaux par rapport à l'offre de soins prodigués par d'autres secteurs de soins (cabinets médicaux, etc.).

² Les six interventions considérées comme transférables en ambulatoire sont : les varices, les hémorroïdes, les hernies inguinales, les interventions sur le col utérin, les examens de l'utérus et le curetage, les ménisectomies et les arthroscopies du genou ainsi que les amygdalectomies. De plus, l'absence de complications ou de comorbidité ainsi qu'une durée de séjour inférieure ou égale à deux jours ont été utilisés comme critères de transférabilité supplémentaires.

Etablissements médico-sociaux

Catégories de formation analysées

En 2017, dans le canton de Genève, 51 établissements de type « maison pour personnes âgées » ou « établissements médico-sociaux » sont recensés, soit trois de moins qu'en 2011. Les données relatives au personnel de santé ont été sélectionnées et analysées selon les catégories de formation listées dans le tableau ci-après :

→ T5.4 Liste des catégories de formation

CATÉGORIES DE FORMATION RELEVÉES DANS LA SOMED	CODE	REGROUPEMENT POUR LES ANALYSES		
Médecin	1	Médecins		
Infirmier/ère diplômé/e avec formation complémentaire	2	Personnel soignant	Degré tertiaire	
Infirmier/ère diplômé/e	3			
Infirmier/ère diplômé/e niveau I	4			
Assistant/e en soins et santé communautaire CFC	7			
Accompagnateur/trice CFC	14		Degré secondaire II	CFC
Assistant/e médical/e CFC ¹	8			AFP
Aide-soignant/e avec certificat	9		Autres/sans formation	
Infirmier/ère assistant/e CC CRS	5			
Auxiliaire de santé CRS	10			
Stagiaire infirmier/ère (min. 3 mois)	11			
Autre formation	19			
Personne non diplômée	20			
Thérapeute diplômé/e	12	Personnel médico-thérapeutique		

Source: Obsan

1) Comme le personnel au bénéfice d'un CFC assistant médical est peu nombreux, il est regroupé avec le personnel soignant.

Les formations recensées correspondent au diplôme acquis le plus élevé. Les personnes en formation sont incluses mais le titre visé n'est pas connu. Les employés formés en travail social, administration, service de maison et cuisine n'entrent pas dans le cadre de cette étude. Etant donné que certains types de formation sont peu explicites, seul a été retenu le personnel dont le salaire est imputé au centre de coûts « médecins et autres universitaires, personnel soignant, personnel des autres disciplines médicales et animation ».

Calcul de l'effectif du personnel

Les résultats concernant le nombre d'employés se rapportent à l'état du personnel au 31 décembre de l'année considérée. Ceux relatifs au nombre d'EPT se réfèrent à toutes les personnes employées au cours de l'année considérée, qu'elles soient encore sous contrat au 31 décembre ou non. Le taux d'activité moyen (TAM) a été calculé en divisant le nombre d'employés sous contrat toute l'année par le nombre d'EPT de ces mêmes employés.

Contrairement à la statistique des hôpitaux, celle des institutions médico-sociales (SOMED) permet de connaître les taux d'activité individuels et d'éviter des sous-évaluations ou des surévaluations liées à la création ou à la suppression de postes et au délai entre un départ et un engagement.

Calcul des projections

L'évolution du nombre de lits d'EMS a un impact sur les besoins en personnel. A ce titre, les projections des besoins en lits de soins en EMS pour les Genevois de 65 ans ou plus ont été calculées par l'Obsan dans un projet distinct. Le modèle prend en considération plusieurs scénarios : démographiques, épidémiologiques (évolution de l'espérance de vie en bonne santé) et politiques (variations du taux de recours aux EMS).

Dans le cadre du présent rapport, les scénarios associant croissance modérée de la population (référence), compression relative de la morbidité (référence) et augmentation de la morbidité (pessimiste) et constance des taux de recours aux EMS ont été choisis.

Les projections relatives aux besoins en lits concernent l'ensemble des pensionnaires de 65 ans ou plus, quel que soit leurs besoins de soins. Par rapport aux besoins en personnel, cela suppose que la part de résidents âgés de moins de 65 ans (2,4%) ainsi que celle de résidents ne nécessitant pas ou peu de soins (0,3%) restent stables. D'autres facteurs sont considérés comme constants par le modèle de projection :

- le nombre de postes (EPT) par résident ;
- le skill/grade mix ;
- le taux d'activité moyen par niveau de formation.

Le modèle de projection concernant le futur recours aux soins intègre également l'ajout de 250 lits en EMS, actuellement en attente à l'hôpital ou à domicile. Cette modification n'a pas d'impact direct sur l'indice de progression calculé et donc sur les projections des besoins futurs en personnels de santé.

Il est toutefois possible d'estimer le nombre de professionnels de santé nécessaires pour la prise en charge des occupants actuels et futurs de ces lits supplémentaires. Dans la présentation des résultats, ces données sont présentées dans un paragraphe séparé.

Aide et soins à domicile

Catégories de formation analysées

Les catégories de formation de la statistique de l'aide et des soins à domicile utilisées pour l'analyse sont énumérées ci-après (T5.5).

→ T5.5 Catégories de formation de la statistique de l'aide et des soins à domicile

CATÉGORIES DE FORMATION RELEVÉES DANS LA STATISTIQUE DE L'AIDE ET DES SOINS À DOMICILE	CODE	REGROUPEMENT POUR LES ANALYSES			
Infirmier/ère diplômé/e HES	100	Personnel des soins et de l'accompagnement	Degré tertiaire		
Infirmier/ère diplômé/e ES	110				
Infirmier/ère diplômé/e niveau II	111				
Infirmier/ère diplômé/e SG/GKP/HMP/PSY	112				
Infirmier/ère diplômé/e niveau I	120				
Infirmier/ère diplômé/e en santé publique, domaine de l'aide et des soins à domicile	140				
Spécialisation infirmier/ère, branche puériculture	141				
Autres formations post-diplômes (clinicien/ne niveau I, gestion, soins palliatifs, soins intensifs, etc.)	142				
Infirmier/ère assistant/e CC CRS, niveau certificat	121			Degré secondaire II	CFC
Aide familiale (CFC ou diplôme cantonal), assistant/e en soins et santé communautaire CFC	130				
Assistant/e de personnes âgées CFC, assistant socio-éducatif CFC	132				
Assistant/e médical/e CFC	131				
Aide-soignant/e CRS, aide en soins et accompagnement AFP	133	AFP			
Cours dans le domaine de l'aide et des soins	154	Autres/sans formation			
Sage-femme	113	Sage-femme			
Autres professionnels diplômés de la santé (ergo- et physiothérapeute, etc.)	151	Personnel médico-thérapeutique			

Source: Obsan

Afin de faciliter la comparaison avec les autres bases de données, ces catégories ont été regroupées en quatre catégories selon le niveau de formation.

Les catégories de formation « travailleurs sociaux et éducateurs spécialisés, stagiaires en formation, formations dans le domaine « direction et administration », sans formation spécifique pour le travail fourni, n'ont pas été prises en compte.

Calcul de l'effectif du personnel

Le nombre d'employés et les EPT correspondants dans le canton de Genève pour l'année 2017 ont servi de bases pour déterminer l'effectif du personnel de santé. Il comprend toutes les personnes employées et rémunérées par les organisations d'aide et de soins à domicile et le personnel des soins infirmiers travaillant à titre indépendant.

Rappelons qu'il s'agit ici de la somme des personnes employées en 2017 et non du nombre d'employés au 31 décembre de l'année. En raison des possibles fluctuations en personnel, le nombre de personnes employées ne correspond donc pas forcément au nombre de postes. Par conséquent, le nombre de postes est surestimé. Il n'est donc pas possible de déterminer le taux d'activité moyen.

Calcul des projections

Les projections concernant le personnel se basent sur le nombre futur de clients des organisations d'aide et de soins à domicile. Premièrement, celui-ci se calcule sur la base du taux de recours en 2017 des personnes

tributaires de soins à domicile. Trois types de prestataires sont distingués : les institutions publiques, les institutions privées et les infirmières et infirmiers indépendants. Deuxièmement, le nombre de personnes dépendantes de soins dans le canton de Genève en 2020, 2025, 2030 a été calculé dans le cadre du mandat pour la planification des soins de longue durée (cf chapitre 4 du présent rapport). Le modèle de projection développé dans ce cadre articule différents scénarios démographiques, épidémiologiques et politiques (variations du taux de recours aux EMS et aux SAD).

Dans le cadre du présent rapport, les scénarios associant croissance modérée de la population (référence), compression relative de la morbidité (référence) et augmentation de la morbidité (pessimiste) et constance des taux de recours aux SAD ont été choisis.

Le nombre futur de clients âgés de 65 ans ou plus des différents types d'organisation d'aide et de soins à domicile s'obtient ainsi en multipliant le nombre futur de personnes qui nécessiteront des soins par le taux de recours aux prestations des organisations d'aide et de soins à domicile observé en 2017.

→ **T5.6 Nombre de clients âgés de 65 ans ou plus recevant des soins par des organisations d'aide et de soins à domicile du canton de Genève, par type de prestataire et par classe d'âges, données 2017 et projections jusqu'en 2030**

		NOMBRE DE CLIENTS RECEVANT DES SOINS							
		2017		2020		2025		2030	
		N	Indice	N	Indice	N	Indice	N	Indice
Organisations publiques (imad)	65-79	3040	100	3127	103	3120	103	3256	107
	80+	5903	100	6164	104	7132	121	8135	138
	Total 65+	8943	100	9291	104	10253	115	11391	127
Organisations privées	65-79	833	100	836	100	828	99	856	103
	80+	1575	100	1713	109	1982	126	2257	143
	Total 65+	2408	100	2549	106	2810	117	3113	129
Infirmières et infirmiers indépendants	65-79	431	100	497	115	489	113	498	115
	80+	1528	100	1939	127	2227	146	2537	166
	Total 65+	1959	100	2436	124	2716	139	3035	155

Source: Obsan

Par ailleurs, les paramètres suivants sont considérés constants :

- le nombre de postes (EPT) par client ;
- le skill/grade mix ;
- le taux d'activité moyen par niveau de formation ;
- le taux de recours aux SAD par les personnes nécessitant des soins ;
- le rapport entre le nombre de clients âgés de moins de 65 ans et ceux âgés de 65 ans ou plus.

Projeté-réalisé 2017

Comme mentionné en introduction, le rapport propose de dresser un bilan de la précédente période de planification. Rappelons que le besoin en personnel de santé 2015-2019 pour répondre aux besoins de la population avait été estimé entre 450 et 831 personnes. Partant de l'année de référence 2011, le tableau ci-dessous indique si les accroissements se sont révélés être corrects au regard des derniers effectifs recensés en 2017, année de référence de la présente période de planification.

→ T5.7 Personnel de santé dans le canton de Genève (nombre d'employés et projections)

CATÉGORIES	EFFECTIFS PROJETÉS (ESTIMATION PRÉCÉDENTE PLANIFICATION)										RÉALISÉ			DIFFÉRENCES	
	2011	2020	Différences 2011-2020	Retraites 2020	Besoin 2020 min	Besoin 2020 max	Besoin Annuel min	Besoin Annuel max	Retraites annuelles	Projections 2017 min	Projections 2017 max	2017	Min	Max	
Médecins	1945	2178	233	188	421	421	47	47	21	2100	2100	2338	238	238	
Personnel soignant	11337	13278	1941	1245	3186	6342	354	705	138	12631	14735	12158	-473	-2577	
Degré tertiaire	5810	6661	851	692	1543	2583	171	287	77	6377	7071	6371	-6	-700	
Degré secondaire II	3235	3834	599	377	976	1893	108	210	42	3634	4246	3596	-38	-650	
Autres/sans formation	2292	2783	491	176	667	1866	74	207	20	2619	3419	2191	-428	-1228	
Sage-femme	213	236	23	15	38	98	4	11	2	228	268	288	60	20	
Personnel médico-technique	856	954	98	140	238	355	26	39	16	921	999	845	-76	-154	
Personnel médico-thérapeutique	608	688	80	88	168	262	19	29	10	661	724	679	18	-45	
Total	14959	17334	2375	1676	4051	7478	450	831	186	16542	18827	16308	-234	-2519	

Source: Obsan

Les résultats indiquent que les besoins ont été surestimés entre 1,4% et 15,4% (234-2519 personnes). Ce sont avant tout les besoins en personnel de la catégorie « Autres/ sans formation » qui ont été surévalués entre 19,5% et 56% (428-1 228 personnes). Deux causes principales doivent être considérées et peuvent expliquer cette surévaluation :

- la première réside dans le fait que le nombre d'heures d'aide pratique à domicile délivrées a diminué depuis 2011, alors que le nombre d'heures moyen de soins a augmenté ;
- la deuxième réside dans la modification de la dotation en personnel liées à la composition des équipes en général. En effet, avec la promotion, ces dernières années, des métiers soignants du secondaire II et, notamment des assistants-tes en soins et santé communautaires ASSC, les institutions sont enclines à engager davantage de personnel soignant formé que du personnel sans formation.

Projections

Projection des effectifs du personnel des hôpitaux

Hôpitaux et cliniques de soins aigus

Dans le domaine des soins aigus, trois scénarios de projection sont appliqués.

Le scénario basé sur une constance des taux d'hospitalisation prévoit une hausse de 20% des besoins en personnel de santé à l'horizon 2030.

En appliquant des corrections pour tenir compte de certaines évolutions épidémiologiques (taux d'hospitalisation corrigé), la croissance des besoins en personnel serait de 22%. Le dernier scénario qui applique les taux de recours moyen pour la Suisse indiquerait une augmentation de 31%.

Sur la base des projections partant des taux de recours genevois (corrigés ou non), on estime qu'à l'horizon 2030, entre 1 199 et 1 321 EPT supplémentaires en personnels de santé seront nécessaires dans les hôpitaux et services de soins aigus. En appliquant les taux de recours suisse, ce nombre s'élève à 1 906.

A taux d'activité constant, ces projections correspondent à un besoin supplémentaire allant de 1 447 à 2 300 professionnels de santé, soit 345 à 548 médecins, 832 à 1 322 soignants, 164 à 260 professionnels dans le secteur médico-technique et 51 à 81 professionnels dans le secteur médico-thérapeutique.

→ **T5.8 Futurs besoins en personnel de santé des hôpitaux de soins aigus**
à l'horizon 2020, 2025, 2030, canton de Genève

EMPLOYÉS	2017	2020			2025			2030		
		Statu quo	Taux corrigé	Taux suisse	Statu quo	Taux corrigé	Taux suisse	Statu quo	Taux corrigé	Taux suisse
Médecins	1764	1831	1845	1915	1965	1996	2149	2109	2143	2312
Personnel soignant	4258	4420	4453	4622	4742	4818	5187	5090	5174	5580
Degré tertiaire	3084	3201	3225	3347	3435	3489	3757	3687	3747	4042
Degré secondaire II	1123	1166	1174	1219	1251	1271	1368	1342	1365	1472
Autres/sans formation	51	53	53	55	57	58	62	61	62	67
Sage-femme	288	299	301	313	321	326	351	344	350	377
Personnel médico-technique	837	869	875	908	932	947	1020	1001	1017	1097
Personnel médico-thérapeutique	261	271	273	283	291	295	318	312	317	342
Total	7408	7690	7748	8040	8251	8382	9025	8855	9002	9708

EPT	2017	2020			2025			2030		
		Statu quo	Taux corrigé	Taux suisse	Statu quo	Taux corrigé	Taux suisse	Statu quo	Taux corrigé	Taux suisse
Médecins	1398	1451	1462	1517	1582	1703	1552	1671	1699	1832
Personnel soignant	3627	3764	3793	3936	4103	4418	4026	4335	4407	4752
Degré tertiaire	2598	2696	2717	2819	2939	3164	2884	3105	3156	3404
Degré secondaire II	982	1020	1027	1066	1112	1197	1091	1174	1194	1287
Autres/sans formation	47	48	49	50	53	57	52	56	57	61
Sage-femme	221	229	231	239	249	269	245	264	268	289
Personnel médico-technique	697	724	729	757	789	849	774	833	847	914
Personnel médico-thérapeutique	197	204	206	214	223	240	219	235	239	258
Total	6139	6372	6420	6663	6946	7479	6816	7338	7460	8045

Source: Obsan

Dans le même temps, on estime qu'en 2030, 22,2% du personnel de santé des services de soins aigus dénombrés en 2017 auront atteint l'âge de la retraite, impliquant le remplacement de 1 644 personnes.

→ **T5.9 Personnel de santé des hôpitaux de soins aigus à la retraite à l'horizon 2030, canton de Genève**

	TOTAL PERSONNEL 2017	TOTAL RETRAITÉS À L'HORIZON 2030	PROPORTION DE RETRAITÉS
Médecins	1 764	294	16,7
Personnel soignant	4 258	1 002	23,5
Degré tertiaire	3 084	675	21,9
Degré secondaire II	1 123	313	27,9
Autres/sans formation	51	14	27,5
Sage-femme	288	44	15,3
Personnel médico-technique	837	249	27,5
Personnel médico-thérapeutique	261	55	21,1
Total	7 408	1 644	22,2

Source : Obsan

En additionnant les besoins supplémentaires en personnel et les départs à la retraite attendus à l'horizon 2030, ce sont entre 3 091 et 3 944 personnes qui doivent être engagées.

Cliniques psychiatriques

Dans le domaine de la psychiatrie, deux scénarios de projections sont présentés. Le premier repose sur une constance des durées de séjour alors que le second prévoit un alignement des durées de séjour du canton sur les valeurs suisses.

Globalement, la durée de séjour par cas en clinique psychiatrique observée est légèrement inférieure dans le canton de Genève par rapport à la moyenne suisse (respectivement 30,8 et 32,2 jours par cas en 2016). En appliquant la durée de séjour moyenne suisse au taux de recours genevois, le nombre total de jours de soins diminue. Comme il est possible que ces différences soient dues à des variations de pratique, par exemple selon l'attribution des patients aux différents centres de prise en charge, il semble plus cohérent de concentrer le commentaire sur les résultats du scénario « statu quo » tablant sur une constance des durées de séjour.

Par rapport aux soins aigus, la croissance des effectifs dans le domaine de la psychiatrie est un peu moins rapide. La hausse du nombre de personnes devrait être de 12% à l'horizon 2030. Selon ces projections, le nombre d'EPT des cliniques psychiatriques devrait être de 1 240 en 2030, soit 135 EPT supplémentaires par rapport à 2017. A taux d'activité constant, ces besoins correspondent à l'engagement d'environ 167 personnes supplémentaires, dont 103 soignants, 40 médecins et 23 personnes du domaine médico-thérapeutique.

→ **T5.10 Futurs besoins en personnel de santé des cliniques psychiatriques**
à l'horizon 2020, 2025, 2030, canton de Genève

EMPLOYÉS	2017	2020		2025		2030	
		Statu quo	Taux CH	Statu quo	Taux CH	Statu quo	Taux CH
Médecins	330	339	337	354	345	370	356
Personnel soignant	845	869	862	907	883	948	912
Degré tertiaire	759	780	774	815	794	852	819
Degré secondaire II	82	84	84	88	86	92	88
Autres/sans formation	4	4	4	4	4	4	4
Personnel médico-technique	2	2	2	2	2	2	2
Personnel médico-thérapeutique	185	190	189	199	193	208	200
Total	1362	1400	1390	1462	1424	1529	1469

EPT	2017	2020		2025		2030	
		Statu quo	Taux CH	Statu quo	Taux CH	Statu quo	Taux CH
Médecins	260	267	265	279	272	292	281
Personnel soignant	726	746	740	779	759	814	783
Degré tertiaire	654	672	667	702	684	734	705
Degré secondaire II	69	71	70	74	72	77	74
Autres/sans formation	3	3	3	3	3	3	3
Personnel médico-technique	2	2	2	2	2	2	2
Personnel médico-thérapeutique	117	120	119	126	122	131	126
Total	1105	1136	1127	1186	1155	1240	1192

Source: Obsan

Etant attendu que plus d'un quart du personnel de santé atteindra l'âge de la retraite d'ici 2030 (27,8%), il s'avère que les besoins en personnel liés à leurs remplacements seront plus élevés que ceux liés à l'augmentation prévue dans le cadre de l'accroissement du volume d'activité. Ainsi, 378 personnes employées par les cliniques psychiatriques en 2017 atteindront l'âge légal de la retraite d'ici 2030. Le personnel soignant est particulièrement concerné, avec 259 départs envisagés, soit 30,7% des effectifs.

→ **T5.11 Personnel de santé des cliniques psychiatriques à la retraite**
à l'horizon 2030, canton de Genève

	TOTAL PERSONNEL 2017	TOTAL RETRAITÉS À L'HORIZON 2030	PROPORTION DE RETRAITÉS
Médecins	330	70	21,2
Personnel soignant	845	259	30,7
Degré tertiaire	759	227	29,9
Degré secondaire II	82	32	39,0
Autres/sans formation	4	0	0,0
Personnel médico-technique	2	1	50,0
Personnel médico-thérapeutique	185	48	25,9
Total	1362	378	27,8

Source: Obsan

Au total, ce sont 545 personnes qui devraient être nouvellement engagées dans les cliniques psychiatriques du canton de Genève à l'horizon 2030: 362 soignants, 110 médecins et 71 professionnels médico-thérapeutiques.

Cliniques de réadaptation

Comme pour la psychiatrie, deux scénarios de projections sont présentés dans le domaine de la réadaptation. Le premier repose sur une constance des durées de séjour alors que le second prévoit un alignement des durées de séjour sur les valeurs suisses.

L'application de durées de séjour moyennes pour la Suisse par catégorie de diagnostic impliquerait une baisse relative des besoins en personnels de santé. Cela tient notamment au modèle de prise en charge promu par le canton visant à repousser le plus possible un éventuel placement en institution, ce qui se répercute sur les durées des séjours hospitaliers, notamment dans le domaine de la réadaptation gériatrique.

Appliqué au domaine de la réadaptation, le scénario « durées de séjours suisses » combine donc des durées de séjour qui ne sont pas cohérentes avec les modes de prise en charge dans le canton de Genève de la population ayant des besoins de réadaptation. Pour cette raison, le commentaire ci-après se concentre sur les résultats tablant sur une stabilité des durées de séjour dans les cliniques de réadaptation cantonales.

L'activité des cliniques de réadaptation est sensible aux effets du vieillissement démographique. Dans la perspective d'une constance des durées de séjour par catégorie de diagnostic, une hausse de 35% des effectifs des cliniques de réadaptation est attendue à l'horizon 2030. Entre 2017 et 2030, c'est donc un besoin de 449 EPT en personnels de santé supplémentaires qui est attendu, principalement des soignants (+348) et dans une moindre mesure, des médecins (+59) ainsi que du personnel médico-thérapeutique (+40). A taux d'activité constant, cela correspond à 531 professionnels de santé supplémentaires dont 407 soignants, 68 médecins et 53 professionnels médico-thérapeutiques.

→ **T5.12 Futurs besoins en personnel de santé des cliniques de réadaptation à l'horizon 2020, 2025, 2030, canton de Genève**

EMPLOYÉS	2017	2020		2025		2030	
		Statu quo	Taux CH	Statu quo	Taux CH	Statu quo	Taux CH
Médecins	193	208	178	234	164	261	181
Personnel soignant	1158	1246	1065	1404	985	1565	1086
Degré tertiaire	673	724	619	816	572	910	631
Degré secondaire II	474	510	436	575	403	641	444
Autres/sans formation	11	12	10	13	9	15	10
Personnel médico-technique	6	6	6	7	5	8	6
Personnel médico-thérapeutique	151	162	139	183	128	204	142
Total	1508	1622	1387	1829	1282	2039	1414

EPT	2017	2020		2025		2030	
		Statu quo	Taux CH	Statu quo	Taux CH	Statu quo	Taux CH
Médecins	169	182	156	205	144	229	159
Personnel soignant	990	1066	911	1201	842	1339	929
Degré tertiaire	567	610	521	687	482	766	531
Degré secondaire II	414	445	381	502	352	559	388
Autres/sans formation	10	11	9	12	9	14	9
Personnel médico-technique	3	4	3	4	3	4	3
Personnel médico-thérapeutique	113	122	104	137	96	153	106
Total	1276	1373	1174	1548	1085	1725	1197

Source : Obsan

Aux besoins supplémentaires en personnel de santé liés à l'accroissement du volume d'activité s'ajoutent les besoins liés aux départs à la retraite. A l'horizon 2030, un peu moins d'un tiers des effectifs (30,2%) aura atteint l'âge légal de la retraite, soit 455 des 1 508 employés recensés en 2017. Pour le personnel soignant, ce sont même 33,2% des effectifs qui sont concernés.

→ **T5.13 Personnel de santé des cliniques de réadaptation à la retraite à l'horizon 2030, canton de Genève**

	TOTAL PERSONNEL 2017	TOTAL RETRAITÉS À L'HORIZON 2030	PROPORTION DE RETRAITÉS
Médecins	193	36	18,7
Personnel soignant	1158	385	33,2
Degré tertiaire	673	197	29,3
Degré secondaire II	474	186	39,2
Autres/sans formation	11	2	18,2
Personnel médico-technique	6	5	83,3
Personnel médico-thérapeutique	151	28	18,5
Total	1508	455	30,2

Source : Obsan

En considérant les besoins supplémentaires et les besoins de remplacement, ce sont 986 professionnels, dont 792 soignants et 104 médecins qu'il faut engager dans les cliniques de réadaptation à l'horizon 2030.

Projections des effectifs du personnel des EMS

En tablant sur une croissance modérée de la population (scénario démographique de référence), sur une compression relative de la morbidité (scénario épidémiologique de référence) ainsi que sur une constance du taux de recours aux EMS, une croissance de 29% des besoins en personnels de santé est attendue au sein de ces établissements à l'horizon 2030. Cette hausse correspond à 750 EPT supplémentaires (soit 960 professionnels de santé), essentiellement du personnel soignant.

On peut relever que l'application du scénario épidémiologique pessimiste (allongement de la phase de morbidité sévère) entraînerait une croissance bien plus prononcée des besoins en personnel (+47%). Cela s'explique par le fait que dans le canton de Genève, la population recourt aux EMS à un âge plutôt avancé. Ce scénario (pessimiste) a un impact important sur la population âgée de 80 ans ou plus, laquelle constitue l'essentiel du public des EMS.

Par ailleurs, rappelons aussi que le taux de recours aux EMS dans le canton de Genève est considéré comme incompressible. En effet, le potentiel de transfert de prise en charge vers les soins à domicile a déjà été largement exploité.

Dans la mesure où le personnel des EMS est essentiellement composé de personnel soignant, la croissance attendue des effectifs se concentre sur ce groupe professionnel. A l'horizon 2030, on estime un besoin supplémentaire allant de 242 à 392 infirmiers, 329 à 499 soignants du niveau secondaire II et 362 à 586 personnels soignants « autres » dans les EMS.

→ T5.14 Futurs besoins en personnel de santé des EMS selon les deux scénarios épidémiologiques à l'horizon 2020, 2025, 2030, 2035 et 2040, canton de Genève

EMPLOYÉS	2017	2020		2025		2030	
		Scénario épidémiologique					
		Référence	Pessimiste	Référence	Pessimiste	Référence	Pessimiste
Médecin	51	53	55	59	64	66	75
Personnel soignant	3216	3312	3441	3698	4052	4149	4728
Degré tertiaire	835	860	893	960	1052	1077	1227
Degré secondaire	1134	1168	1213	1304	1429	1463	1667
Autres/sans formation	1247	1284	1334	1434	1571	1609	1833
Thérapeute diplômé/e	42	43	45	48	53	54	62
Total	3309	3408	3541	3805	4169	4269	4864

EPT	2017	2020		2025		2030	
		Scénario épidémiologique					
		Référence	Pessimiste	Référence	Pessimiste	Référence	Pessimiste
Médecin	8	8	8	9	10	10	11
Personnel soignant	2552	2629	2731	2935	3216	3292	3751
Degré tertiaire	664	684	710	763	836	856	976
Degré secondaire	951	980	1018	1094	1198	1227	1398
Autres/sans formation	937	965	1003	1078	1181	1209	1378
Thérapeute diplômé/e	26	27	28	30	33	34	38
Total	2586	2663	2767	2974	3258	3336	3801

Source : Obsan

A ces besoins supplémentaires viennent s'ajouter les besoins de remplacement des professionnels partant à la retraite : 275 infirmiers, 397 soignants du niveau secondaire II et 293 autres personnels soignants.

→ T5.15 Personnel de santé des EMS à la retraite à l'horizon 2030, canton de Genève

	TOTAL PERSONNEL 2017	TOTAL RETRAITÉS À L'HORIZON 2030	PROPORTION DE RETRAITÉS
Médecins	51	39	76,5
Personnel soignant	3 216	965	30,0
Degré tertiaire	835	275	32,9
Degré secondaire II	1 134	397	35,0
Autres/sans formation	1 247	293	23,5
Personnel médico-thérapeutique	42	20	47,6
Total	3 309	1 024	30,9

Source : Obsan

Au total, le nombre de soignants qui devraient être nouvellement engagés dans les EMS du canton de Genève à l'horizon 2030 se situe dans une fourchette allant de 1 898 à 2 442 personnes, soit 517 à 667 infirmiers, 726 à 896 soignants du niveau secondaire II et 655 à 879 autres personnels soignants. La prise en compte des personnes quittant leur emploi avant l'âge de la retraite augmenterait encore certainement ces nombres.

A titre illustratif, un scénario de projection (non représenté ici) a été calculé afin d'intégrer la création de 250 lits pour prendre en compte les personnes hospitalisées ou à domicile en attente d'une place en EMS. Il est estimé qu'en 2017, ces 250 lits supplémentaires nécessiteraient l'engagement de 158 EPT supplémentaires (202 personnes employées) et qu'à l'horizon 2030, les besoins en EPT seraient alors augmentés de 953 unités (1 220 personnes employées) par rapport à la situation prévalant en 2017 avant la création de ces lits supplémentaires.

On rappelle finalement que si les projections se basent sur l'évolution prévue des longs séjours en EMS, certains établissements accueillent également des clients en foyer ainsi qu'en unité d'accueil temporaire de répit dans les EMS (UATR-EMS). Le personnel recensé dans les EMS prend aussi en charge les clients de ces structures intermédiaires. Pour le moment, cette activité est relativement marginale en comparaison à l'hébergement en long séjour. Toutefois, si le nombre de places dans ces structures intermédiaires gérées par les EMS venait à augmenter de façon significative dans les années à venir, les besoins en personnel en seraient impactés.

Projections des effectifs du personnel des services d'aide et de soins à domicile

Afin de procéder aux projections dans le domaine de l'aide et des soins à domicile, nous appliquons les mêmes combinaisons de scénarios que pour les EMS.

En tablant sur une croissance modérée de la population (scénario démographique de référence), une compression relative de la morbidité (scénario épidémiologique de référence) ainsi que sur une constance du taux de recours aux SAD, une croissance de 28% des besoins en personnels de santé est attendue au sein de ces organisations à l'horizon 2030.

Comme pour les EMS, le scénario pessimiste engendrerait une croissance encore plus forte des effectifs (+41%).

Partant du principe que l'évolution épidémiologique réelle se situera probablement entre les scénarios de référence et pessimiste, un besoin supplémentaire allant de 501 à 726 EPT peut être attendu, ce qui correspond à un besoin supplémentaire allant de 774 à 1121 professionnels de santé.

Le personnel des SAD est essentiellement composé de personnel soignant, mais les infirmiers-ères occupent une place plus importante que dans les EMS.

A l'horizon 2030, il est attendu un besoin supplémentaire allant de 219 à 316 EPT en infirmiers-ères (299 à 431 personnes employées), 134 à 195 EPT en soignant de niveau secondaire II (218 à 317 personnes employées) et 140 à 203 EPT en autres personnels soignants (246 à 357 personnes employées).

→ **T5.16 Futurs besoins en personnel de santé des services d'aide et de soins à domicile à l'horizon 2020, 2025 et 2030, canton de Genève**

EMPLOYÉS	2017	2020		2025		2030	
		Scénario épidémiologique					
		Référence	Pessimiste	Référence	Pessimiste	Référence	Pessimiste
Soins et accompagnement	2681	2813	2891	3105	3313	3444	3786
Degré tertiaire	1020	1075	1106	1188	1267	1319	1451
Degré secondaire	783	818	841	903	963	1001	1100
Autres/sans formation	878	919	945	1015	1083	1124	1235
Autre personnel de santé	40	42	43	46	49	51	56
Total	2721	2854	2934	3151	3362	3495	3842

EPT	2017	2020		2025		2030	
		Scénario épidémiologique					
		Référence	Pessimiste	Référence	Pessimiste	Référence	Pessimiste
Soins et accompagnement	1738	1821	1872	2010	2145	2231	2452
Degré tertiaire	752	791	814	874	933	971	1068
Degré secondaire	484	505	519	557	594	618	679
Autres/sans formation	502	524	539	579	617	642	705
Autre personnel de santé	29	30	31	33	35	37	41
Total	1767	1851	1903	2044	2180	2268	2493

Source : Obsan

Comme la structure par âge du personnel des SAD n'est pas connue, il n'est pas possible de savoir combien de personnes atteindront l'âge de la retraite à l'horizon 2030. Cette proportion est donc estimée sur la base de la structure par âge des employés dans les autres domaines de soins. Le taux de départ à l'horizon 2030 oscille entre 21,9% (soins aigus) et 32,9% (EMS) pour le niveau tertiaire et entre 27,9% (soins aigus) et 39,2% (réadaptation) pour le niveau secondaire II.

En appliquant un taux de départ approximatif de 30% aux 1020 infirmiers recensés dans les SAD en 2017, 306 départs à la retraite peuvent être estimés à l'horizon 2030. Pour le niveau secondaire II, en appliquant un taux de départ approximatif de 35% aux 783 soignants recensés dans les SAD en 2017, le nombre de départs à la retraite à l'horizon 2030 peut être estimé à 274 personnes.

Synthèse

Partant de 16308 employés dans le domaine de la santé dans le canton de Genève en 2017, les différentes projections aboutissent à un besoin compris entre 4026 (+25%) et 4968 (+30%) personnes supplémentaires à l'horizon 2030, soit un accroissement annuel compris entre 310 et 382 personnes.

La croissance des effectifs entre 2017 et 2030, devrait être la plus rapide dans les cliniques de réadaptation (+35%), ainsi que dans les EMS et services d'aide et de soins à domicile (de +28% à +47%). La croissance serait plus modérée dans les hôpitaux de soins aigus (+22%) et aux cliniques psychiatriques correspondrait le niveau de croissance le plus bas (+12%).

L'évolution des besoins futurs pour chaque catégorie professionnelle (degré de formation) est aussi différent. Il faudra environ 500 médecins supplémentaires, principalement dans les hôpitaux de soins aigus (environ +21%).

De par l'importance du personnel soignant dans le domaine des soins de longue durée ainsi que dans les cliniques de réadaptation, les besoins sont amenés à croître plus rapidement et dépendront fortement de l'évolution épidémiologique (de +26% à +33%). Particulièrement présents au sein des EMS ainsi que des services d'aide et de soins à domicile, les soignants disposant d'une formation du niveau secondaire II ainsi que ceux n'ayant pas de formation formelle sont amenés à croître le plus rapidement (+27% et +44%). Ceci correspond également à la volonté, manifestée depuis 2012 de la part du canton, de promouvoir les métiers de la santé du niveau secondaire II, notamment les assistantes en soins et santé communautaire (ASSC).

Aux besoins supplémentaires en personnels liés à la hausse du recours aux soins s'ajoutent les besoins de remplacement liés aux retraites. Ainsi, 4 240 personnes devraient atteindre l'âge de la retraite en 2030.

Le nombre de départs à la retraite du personnel des SAD a été estimé sur la base des données relatives aux autres domaines de soins, car la structure par âge de ce personnel n'est pas connue.

Globalement, l'ensemble des estimations relatives aux besoins de remplacement de personnel suite aux départs naturels sont relativement conservatrices, car elles ne tiennent pas compte des départs précoces, c'est-à-dire avant l'âge légal de la retraite.

En raison de la structure par âge prévalant au sein de chaque groupe professionnel, ces départs à la retraite représentent une part plus ou moins importante des effectifs dénombrés en 2017. Ainsi, il est attendu que 15,3% des sages-femmes et 18,8% des médecins recensés en 2017 atteignent l'âge de la retraite d'ici 2030. Chez les soignants de niveau tertiaire, cette part est de 25,7% et elle atteint 33,1% du personnel soignant de niveau secondaire II.

→ T5.17 Futurs besoins en personnel de santé à l'horizon 2030 en nombre d'employés et en EPT, canton de Genève

EMPLOYÉS	HÔPITAUX DE SOINS AIGUS		CLINIQUES PSYCHIATRIQUES		CLINIQUES DE RÉADAPTATION		EMS			AIDE ET SOINS À DOMICILE			TOTAL			ACCROISSEMENT ANNUEL		
	2017	2030 ¹	2017	2030	2017	2030	2017	2030 min ² – max ³	2017	2030 min ² – max ³	2017	2030 min ² – max ³	2017-2030	min	max			
Médecins	1764	2143	330	370	193	261	51	66	75				2338	2840	2849	21%-22%	502	511
Personnel soignant	4258	5174	845	948	1158	1565	3216	4149	4728	2681	3444	3786	12158	15280	16201	26%-33%	3122	4043
Degré tertiaire	3084	3747	759	852	673	910	835	1077	1227	1020	1319	1451	6371	7904	8187	24%-29%	1533	1816
Degré secondaire II	1123	1365	82	92	474	641	1134	1463	1667	783	1001	1100	3596	4562	4865	27%-35%	966	1269
Autres/sans formation	51	62	4	4	11	15	1247	1609	1833	878	1124	1235	2191	2814	3149	28%-44%	623	958
Sage-femme	288	350											288	350	350	22%	62	62
Personnel médico-technique	837	1017	2	2	6	8							845	1027	1027	22%	182	182
Personnel médico-thérapeutique	261	317	185	208	151	204	42	54	62	40	51	56	679	834	847	23%-25%	155	168
Total	7408	9002	1362	1529	1508	2039	3309	4269	4864	2721	3495	3842	16308	20334	21276	25%-30%	4026	4968

EPT	HÔPITAUX DE SOINS AIGUS		CLINIQUES PSYCHIATRIQUES		CLINIQUES DE RÉADAPTATION		EMS			AIDE ET SOINS À DOMICILE			TOTAL			ACCROISSEMENT ANNUEL		
	2017	2030 ¹	2017	2030	2017	2030	2017	2030 min ² – max ³	2017	2030 min ² – max ³	2017	2030 min ² – max ³	2017-2030	min	max			
Médecins	1398	1699	260	292	169	229	8	10	11				1835	2229	2231	21%-22%	394	396
Personnel soignant	3627	4407	726	814	990	1339	2552	3292	3751	1739	2231	2452	9634	12083	12763	25%-32%	2449	3129
Degré tertiaire	2597	3156	654	734	567	766	664	856	976	753	971	1068	5235	6483	6700	24%-28%	1248	1465
Degré secondaire II	983	1194	69	77	414	559	951	1227	1398	484	618	679	2901	3675	3907	27%-35%	774	1006
Autres/sans formation	47	57	3	3	10	14	937	1209	1378	502	642	705	1499	1924	2157	28%-44%	425	658
Sage-femme	221	268											221	270	270	22%	49	49
Personnel médico-technique	697	847	2	2	3	4							702	854	853	22%	152	151
Personnel médico-thérapeutique	197	239	117	131	113	153	26	34	38	29	37	41	482	594	602	23%-25%	112	120
Total	6139	7460	1105	1240	1276	1725	2586	3336	3801	1768	2268	2493	12874	16028	16719	24%-30%	3154	3845
		(+22%)		(+12%)		(+35%)		(+29%)	(+47%)		(+28%)	(+41%)						

Source: Obsan

- 1) Taux corrigés.
- 2) Selon scénario épidémiologique de référence.
- 3) Selon scénario épidémiologique pessimiste.

→ T5.18 Personnel de santé à la retraite à l'horizon 2030, canton de Genève

	HÔPITAUX DE SOINS AIGUS	CLINIQUES PSYCHIATRIQUES	CLINIQUES DE RÉADAPTATION	EMS	SAD	TOTAL	TOTAL EN % DES EFFECTIFS 2017	RETRAITES ANNUELLES
Médecins	294	70	36	39		439	18,8	34
Personnel soignant	1002	259	385	965	727	3338	27,6	257
Degré tertiaire	675	227	197	275	262	1 636	25,7	126
Degré secondaire II	313	32	186	397	259	1 187	33,1	91
Autres/sans formation	14		2	293	206	515	23,5	40
Sage-femme	44					44	15,3	3
Personnel médico-technique	249	1	5			255	30,2	20
Personnel médico-thérapeutique	55	48	28	20	9	160	23,6	12
Total	1 644	378	455	1 024	736	4 236	25,8	326

Source : Obsan

Il convient de rappeler que si le personnel soignant est principalement actif au sein des institutions de santé intégrées à la présente étude, une part importante des médecins travaille en cabinet médical dans le secteur ambulatoire.

En 2017, la Fédération des médecins suisses (FMH) enregistre 1934 médecins travaillant dans le domaine ambulatoire (Secrétariat général FMH, 2018) qui s'ajoutent aux 2 287 médecins recensés dans les hôpitaux genevois.

La structure par âge des médecins de ville est différente de celle des médecins hospitaliers. En 2017, 19,2% des médecins ambulatoires du canton de Genève (372 personnes) avaient déjà passé l'âge de la retraite et 46,9% (906 personnes) étaient âgés de 50 à 64 ans et donc amenés à atteindre l'âge de la retraite à l'horizon 2030. Les besoins en remplacement de médecins dans le canton de Genève seraient donc nettement supérieurs à ce que suggèrent les seules données des hôpitaux.

Pour les médecins, le besoin annuel moyen d'engagement est estimé à environ 70 personnes, auxquelles devraient s'ajouter environ 90 personnes en remplacement des départs à la retraite dans le domaine ambulatoire (sans prendre en compte l'évolution des besoins). A titre de comparaison, en 2017, 159 titres de master en médecine humaine ont été délivrés à l'Université de Genève, sachant que plus de 40% des diplômés proviennent d'autres cantons ou de l'étranger³.

Pour les soins infirmiers, les besoins sont compris entre 3 170 à 3 460 personnes, soit annuellement entre 240 à 270 personnes.

Pour le personnel soignant du niveau secondaire II, le besoin total d'engagement calculé à l'horizon 2030 est compris entre 2 160 à 2 460 personnes, soit un besoin annuel moyen compris entre 170 à 190 personnes.

³ Université de Genève, statistique des diplômés.

→ **T5.19 Futurs besoins totaux en personnel de santé à l'horizon 2030**
par rapport à 2017 (nombre d'employés), canton de Genève

	EMPLOYÉS 2017	EMPLOYÉS 2030	BESOINS SUPPLÉMENTAIRES 2017-2030	TRAITÉS À L'HORIZON 2030	TOTAL BESOINS D'ENGAGEMENT À L'HORIZON 2030	BESOIN ANNUEL MOYEN D'ENGAGEMENT À L'HORIZON 2030
Médecins	2340	2840 - 2850	500 - 510	440	940 - 950 (+ env. 1 200 amb.)	70 - 70 (+ env. 90 amb.)
Personnel soignant	12 160	15 280 - 16 200	3 120 - 4 040	3 340	6 460 - 7 380	500 - 570
Degré tertiaire	6 370	7 900 - 8 190	1 530 - 1 820	1 640	3 170 - 3 460	240 - 270
Degré secondaire II	3 600	4 560 - 4 870	970 - 1 270	1 190	2 160 - 2 460	170 - 190
Autres/sans formation	2 190	2 810 - 3 150	620 - 960	520	1 140 - 1 480	90 - 110
Sage-femme	290	350 - 350	60 - 60	40	100 - 100	10 - 10
Personnel médico-technique	850	1 030 - 1 030	180 - 180	260	440 - 440	30 - 30
Personnel médico-thérapeutique	680	830 - 850	160 - 170	160	320 - 330	20 - 20
Total	16 310	20 330 - 21 280	4 030 - 4 970	4 240	8 270 - 9 210	640 - 710
			24,7% 30,5%	26,0%	50,7% 56,5%	3,9% 4,3%

Sources : Obsan

Pour la catégorie «Autres, sans formation», le besoin en recrutement est compris entre 1 140 et 1 480 personnes à l'horizon 2030, soit entre 90 et 110 personnes supplémentaires par année.

Finalement, l'évaluation indique également des besoins en recrutement annuel de dix sages-femmes, de trente personnes dans le secteur médico-technique et de vingt professionnels du domaine médico-thérapeutique.

INDEX DES ABRÉVIATIONS

AFP	Attestation fédérale de formation professionnelle
AMGe	Association des médecins du canton de Genève
AOS	Assurance obligatoire des soins
ASSC	Assistant en soins et santé communautaire
AVQ	Activité de la vie quotidienne
AVS	Assurance-vieillesse et survivants
BESA	BewohnerInnen-Einstufungs- und Abrechnungssystem
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CFC	Certificat fédéral de capacité
CHOP	Classification suisse des interventions chirurgicales
CIM	Classification internationale des maladies
COGERIA	Projet de coordination gériatrique
DGS	Direction générale de la santé
DMS	Durée moyenne de séjour
DRG	Diagnosis related groups (en français : groupe homogène de malades)
EMS	Etablissement médico-social
EPT	Equivalent plein temps
FMH	Fédération des médecins suisses
GPPH	Groupe de prestations pour la planification hospitalière
HUG	Hôpitaux universitaires de Genève
IEPA	Immeuble avec encadrement pour personnes âgées
IMAD	Institution genevoise de maintien à domicile
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (RS 832.10)
LaLAMal	Loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 29 mai 1997 (J 3 05)
LCA	Loi sur le contrat d'assurance
LGEPa	Loi cantonale sur la gestion des établissements pour personnes âgées, du 4 décembre 2009 (J 7 20)
LS	Loi cantonale sur la santé, du 7 avril 2006 (K 1 03)
LSDom	Loi cantonale sur le réseau de soins et le maintien à domicile, du 26 juin 2008 (K 1 06)
MHS	Médecine hautement spécialisée
MS	Statistique médicale des hôpitaux
OAMal	Ordonnance fédérale d'application de la loi sur l'assurance-maladie, du 27 juin 1995 (RS 832.102)
Obsan	Observatoire suisse de la santé

OCSTAT	Office cantonal de la statistique
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OLAF	Ordonnance sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire, du 4 juillet 2002 (RS 832.103)
OPAS	Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins
ORL	Oto-rhino-laryngologie
OSAD	Organisation de soins et d'aide à domicile
PB	Paquet de base
PBP	Paquet de base programmé
PPS	Prévention et promotion de la santé
PLAISIR	Planification informatisée des soins infirmiers requis
RAI	Resident assessment instrument
RCC	Registre des codes-créanciers des assureurs-maladie suisses
RFRLAMal	Règlement fixant les montants destinés à déterminer le financement résiduel selon l'article 25a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 29 mai 2019 (J 3 05.23)
RGEPA	Règlement cantonal d'application de la loi sur la gestion des établissements pour personnes âgées, du 16 mars 2010 (J 7 20.01)
RISanté	Règlement cantonal sur les institutions de santé, du 22 août 2006 (K 2 05.06)
RSDom	Règlement cantonal d'application de la loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile, du 16 décembre 2009 (K 1 06.01)
SAD	Soins à domicile
SASIS	Entreprise du groupe santésuisse chargée de la coordination administrative dans le domaine de l'assurance-maladie obligatoire
SOMED	Statistique fédérale des institutions médico-sociales
SPITEX	Statistique fédérale de l'aide et des soins à domicile
STATPOP	Statistique fédérale de la population et des ménages
STATVD	Statistique Vaud
ST-REHA	Structure tarifaire pour la réadaptation hospitalière
TAF	Tribunal administratif fédéral
TAM	Taux d'activité moyen
TARMED	Système de rémunération pour les prestations médicales
TARPSY	Système de rémunération par forfait pour les prestations stationnaires de psychiatrie
TCAM	Taux de croissance annuel moyen
UATM	Unité d'accueil temporaire médicalisée
UATR	Unité d'accueil temporaire de répit
UATR-EMS	Unité d'accueil temporaire de répit dans les EMS
UATR-imad	Unité d'accueil temporaire de répit exploitée par l'imad

RÉCAPITULATIF DES BESOINS 2020–2023 POUR LE CANTON DE GENÈVE

DOMAINE	BESOIN SUPPLÉMENTAIRE IDENTIFIÉ POUR LA PÉRIODE 2020-2023	MESURES POUR RÉPONDRE AUX BESOINS/REMARQUES
Planification hospitalière		
Soins aigus	900 cas supplémentaires par an en moyenne, soit 1,6% de croissance annuelle moyenne	Appel d'offres pour le renouvellement de la liste hospitalière au 1 ^{er} janvier 2020.
Psychiatrie	1 100 journées supplémentaires par an en moyenne, soit 0,9% de croissance annuelle moyenne	Sans modification des prises en charge, l'évolution du nombre de journées de soins impliquerait l'ouverture de 24 lits au cours de la période 2020-2023. Deux scénarios d'adaptation de la prise en charge permettraient d'éviter l'ouverture de nouveaux lits : 1) Éviter les hospitalisations d'une durée supérieure à 100 jours et proposer des solutions de prise en charge alternative. 2) En complément du premier scénario, éviter les hospitalisations de courte durée non nécessaires.
Réadaptation et gériatrie	7 200 journées supplémentaires par an en moyenne, soit 2,4% de croissance annuelle moyenne	En prenant en compte l'impact de la nouvelle structure tarifaire ST-REHA, qui fera évoluer le périmètre de la réadaptation, les besoins à l'horizon 2023 seraient de 37 lits supplémentaires en réadaptation et de 40 lits supplémentaires pour les attentes de placement.
Planification médico-social		
Etablissements médico-sociaux (EMS)	1,6% de croissance annuelle moyenne du nombre de lits long-séjour (LS) en 2023 à 4 468 unités, soit 417 de plus qu'en 2017	Compte tenu des réalisations ou projets prévus jusqu'en 2023, le besoin net en lits long-séjour (LS) à l'horizon 2023 est de 209 unités.
Soins à domicile (SAD)	2,3% de croissance annuelle moyenne du nombre d'heures en 2023 à 1 083 944 heures pour l'ensemble des fournisseurs de prestations, soit 135 754 de plus qu'en 2017	D'après le modèle utilisé pour réaliser les projections, le nombre d'heures de soins requises devrait augmenter de manière proportionnelle pour les trois types de fournisseurs de prestations à domicile (imad, organismes privés, infirmiers indépendants), car aucune hypothèse sur la croissance d'un fournisseur en particulier par rapport aux autres n'a été modélisée.
Unités d'accueil temporaire de répit dans les EMS (UATR-EMS)	51,3% de croissance annuelle moyenne du nombre de lits en 2023 à 60 unités, soit 55 de plus qu'en 2017	Compte tenu des ouvertures réalisées ou prévues jusqu'en 2023, le besoin net en lits à l'horizon 2023 est de 21 unités.
Unités d'accueil temporaire de répit exploitées par l'imad (UATR-imad)	1,8% de croissance annuelle moyenne du nombre de lits en 2023 à 42 unités, soit 4 de plus qu'en 2017	Comme lors la planification 2016-2019, les besoins en UATR sont concentrés dans ceux exploités par les EMS. Ainsi, à l'horizon 2023, il n'y a pas de besoin retenu pour les lits UATR-imad.
Foyers	1,5% de croissance annuelle moyenne du nombre de places en 2023 à 150 unités, soit 13 de plus qu'en 2017	En tenant compte du nombre de places disponibles estimées à fin 2019 (166 places) et des futures ouvertures de foyers prévues jusqu'en 2023, le besoin net en places à l'horizon 2023 est largement couvert (196 places seront disponibles pour un besoin de 150).
Immeubles avec encadrement pour personnes âgées (IEPA)	4,9% de croissance annuelle moyenne du nombre de logements en 2023 à 1 809 unités, soit 450 de plus qu'en 2017	Compte tenu des logements disponibles estimés à fin 2019 (1 537 logements), le besoin en logements à l'horizon 2023 est de 272 unités. Pour répondre à ce besoin, le département accompagne 12 projets de construction d'IEPA, correspondant à 642 logements. Le besoin identifié devrait donc être largement couvert, sous réserve de l'aboutissement des projets.
Unités d'accueil temporaire médicalisées (UATM)	19,1% de croissance annuelle moyenne du nombre de lits en 2023 à 20 unités, soit 13 de plus qu'en 2017	Compte tenu des 10 lits disponibles à fin 2019, le besoin net en lits à l'horizon 2023 est de 10 unités.
Besoin en professionnels de la santé		
Hôpitaux de soins aigus	1 594 personnes supplémentaires et 1 644 départs à la retraite d'ici 2030	L'accroissement du besoin en soins implique un besoin supplémentaire de personnel de santé compris entre 4 000 et 5 000 personnes d'ici 2030.
Cliniques psychiatriques	167 personnes supplémentaires et 378 départs à la retraite d'ici 2030	Le nombre de départs à la retraite est estimé à 4 200 personnes d'ici 2030.
Cliniques de réadaptation	531 personnes supplémentaires et 455 départs à la retraite d'ici 2030	Le nombre total de professionnels à engager d'ici 2030 est compris entre 8 200 et 9 200 personnes.
EMS	960 à 1 555 personnes supplémentaires et 1 024 départs à la retraite d'ici 2030	
Soins à domicile	774 à 1 121 personnes supplémentaires et 736 départs à la retraite d'ici 2030	
Total	4 026 à 4 968 personnes supplémentaires et 4 237 départs à la retraite d'ici 2030	

INDEX

Table des tableaux

T2.1: Solde migratoire selon le scénario, de 2016 à 2040, dans le canton de Genève	14	T3.17: Projections du nombre de cas, nombre de journées d'hospitalisation et impact sur le nombre de lits requis pour les trois scénarios par rapport à la situation actuelle	59
T2.2: Comparaison entre le scénario «engagement transfrontalier» des projections de population 2010 – 2040 et la situation observée, en 2018 dans le canton de Genève	16	T3.18: Evolution des séjours 2012-2016 des résidents genevois	65
T2.3: Projections démographiques du canton de Genève de 2016 à 2040, principaux résultats selon le scénario III	18	T3.19: Taux d'hospitalisation en réadaptation et en gériatrie pour 1 000 habitants, à Genève et en Suisse	67
T3.1: Liste des six interventions transférables en ambulatoire selon les directives de l'OFSP	27	T3.20: Vue d'ensemble de l'offre ambulatoire en 2017	67
T3.2: Pourcentage d'interventions réalisées en ambulatoire dans le canton de Genève en 2016	28	T3.21: Projections selon le groupe de diagnostic	69
T3.3: Répartition des cas potentiellement transférables en ambulatoire, selon la classe d'assurance, dans le canton de Genève en 2016	28	T3.22: Nombre de lits projetés pour 2023 par niveaux de soins	72
T3.4: Nombre de cas de résident genevois LAMal stationnaires en soins aigus en 2016	29	T4.1: EMS: lits réalisés et prévus, 2016-2019	78
T3.5: Taux d'hospitalisation en soins aigus pour 1 000 habitants en 2016	30	T4.2: EMS: résidents, selon la classe d'âges, le sexe et le niveau de soins OPAS, 2017	78
T3.6: Nombre de cas stationnaires LAMal en soins aigus pour les résidents genevois selon l'établissement en 2016	30	T4.3: EMS: résidents de 65 ans ou plus projetés, 2017-2023	81
T3.7: Evaluation des besoins en soins stationnaires aigus LAMal pour les résidents du canton de Genève, projections à partir de 2017, de 2016 à 2023	32	T4.4: EMS: besoin en lits, 2017-2023	82
T3.8: Taux de croissance annuel moyen du nombre de cas LAMal stationnaire en soins aigus pour les résidents genevois	33	T4.5: SAD: heures réalisées et prévues, 2016-2019	84
T3.9: Nombre de cas de résidents genevois stationnaires LAMal, selon le canton de l'établissement en 2016	34	T4.6: SAD: clients et heures facturées ou réalisées par les fournisseurs de prestations de soins, selon le type de fournisseur et la classe d'âges, 2017	84
T3.10: Psychiatrie: recours aux soins de la population domiciliée dans le canton de Genève en 2016, par hôpital	39	T4.7: SAD: heures facturées projetées par les fournisseurs de prestations de soins aux clients de 65 ans ou plus, 2017-2023	88
T3.11: Récapitulatif des groupes diagnostics	42	T4.8: UATR-EMS: lits réalisés et prévus, 2016-2019	90
T3.12: Durée moyenne de séjour en psychiatrie aux HUG, en 2016	43	T4.9: UATR-EMS: séjours selon la classe d'âges et le sexe, 2017	90
T3.13: Groupes de cas dont la prise en charge pourrait être substituée par des alternatives concrètes	48	T4.10: UATR-EMS: séjours projetés de clients de 65 ans ou plus, 2017-2023	91
T3.14: Collectifs avec proposition d'alternative de prise en charge	49	T4.11: UATR-EMS: besoin en lits, 2017-2023	91
T3.15: Projection du nombre de cas, de journées d'hospitalisation et de lits entre 2018 et 2023 pour tout le collectif de patients genevois (avec hospitalisations hors canton)	58	T4.12: UATR-imad: lits réalisés et prévus, 2016-2019	92
T3.16: Estimation des lits supplémentaires en 2023 sans changement du système de prise en charge	58	T4.13: UATR-imad: clients et heures de soins facturées, selon la classe d'âges et le sexe, 2017	93
		T4.14: UATR-imad: heures de soins projetées délivrées aux clients de 65 ans ou plus, 2017-2023	93
		T4.15: UATR-imad: besoin en lits, 2017-2023	94
		T4.16: Foyers: places réalisées et prévues, 2016-2019	95
		T4.17: Foyers: clients, selon la classe d'âges et le sexe, 2017	96

T4.18: Foyers: clients de 65 ans ou plus projetés, 2017-2023	96	T5.15: Personnel de santé des EMS à la retraite à l'horizon 2030, canton de Genève	130
T4.19: Foyers: besoin en places, 2017-2023	97	T5.16: Futurs besoins en personnel de santé des services d'aide et de soins à domicile à l'horizon 2020, 2025 et 2030, canton de Genève	131
T4.20: IEPA: logements réalisés et prévus, 2016-2019	99	T5.17: Futurs besoins en personnel de santé à l'horizon 2030 en nombre d'employés et en EPT, canton de Genève	133
T4.21: IEPA: clients et prestations délivrées, selon la classe d'âges et le sexe, 2017	99	T5.18: Personnel de santé à la retraite à l'horizon 2030, canton de Genève	134
T4.22: IEPA: locataires de 65 ans ou plus projetés, 2017-2023	100	T5.19: Futurs besoins totaux en personnel de santé à l'horizon 2030 par rapport à 2017 (nombre d'employés), canton de Genève	135
T4.23: IEPA: besoin en logements, 2017-2023	100		
T4.24: IEPA: année anticipée de mise en exploitation, 2020-2023	101		
T4.25: UATM: lits réalisés et prévus, 2016-2019	102		
T4.26: UATM: clients, selon la classe d'âges et le sexe, 2017	103		
T4.27: UATM: clients de 65 ans ou plus projetés, 2017-2023	104		
T4.28: UATM: besoin en lits, 2017-2023	104		
T5.1: Comparaison du nombre de médecins actifs dans différentes spécialités médicales entre quelques pays de l'Union Européenne, la Suisse et le canton de Genève	105		
T5.2: Autorisations de pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire délivrées de 2015 à 2018 à Genève	107		
T5.3: Classification du personnel de santé	116		
T5.4: Liste des catégories de formation	118		
T5.5: Catégories de formation de la statistique de l'aide et des soins à domicile	120		
T5.6: Nombre de clients âgés de 65 ans ou plus recevant des soins par des organisations d'aide et de soins à domicile du canton de Genève, par type de prestataire et par classe d'âges, données 2017 et projections jusqu'en 2030	121		
T5.7: Personnel de santé dans le canton de Genève (nombre d'employés et projections)	122		
T5.8: Futurs besoins en personnel de santé des hôpitaux de soins aigus à l'horizon 2020, 2025, 2030, canton de Genève	124		
T5.9: Personnel de santé des hôpitaux de soins aigus à la retraite à l'horizon 2030, canton de Genève	125		
T5.10: Futurs besoins en personnel de santé des cliniques psychiatriques à l'horizon 2020, 2025, 2030, canton de Genève	126		
T5.11: Personnel de santé des cliniques psychiatriques à la retraite à l'horizon 2030, canton de Genève	126		
T5.12: Futurs besoins en personnel de santé des cliniques de réadaptation à l'horizon 2020, 2025, 2030, canton de Genève	128		
T5.13: Personnel de santé des cliniques de réadaptation à la retraite à l'horizon 2030, canton de Genève	128		
T5.14: Futurs besoins en personnel de santé des EMS selon le deux scénarios épidémiologiques à l'horizon 2020, 2025, 2030, 2035 et 2040, canton de Genève	129		

Table des graphiques

G2.1: Evolution de la population du canton de Genève de 1990 à 2018 et projections démographiques de 2015 à 2040	15	G4.3: EMS : taux de recours des résidents de 65 ans ou plus, selon le canton de domicile et la classe d'âges, 2017	81
G2.2: Répartition de la population du canton de Genève par classe d'âges. Données observées de 2010 à 2018, projections démographiques de 2019 à 2040	17	G4.4: SAD* : taux de recours de la population âgée de 65 ans ou plus et nombre moyen d'heures de soins par client de 65 ans ou plus, selon la classe d'âges et le canton, 2017	86
G2.3: Population résidente selon le sexe et le scénario, par âge, en 2015 et 2040, dans le canton de Genève	19	G5.1: Nombre total d'autorisations de pratiquer pour les médecins spécialistes délivrées pour le canton de Genève	107
G3.1: Nombre de lits de psychiatrie pour 1 000 habitants selon le canton, en 2006 et en 2016	39	G5.2: Evolution trimestrielle du nombre de médecins facturant à charge de l'assurance-maladie à Genève (entre décembre 2006 et décembre 2018)	110
G3.2: Taux d'hospitalisation pour 1 000 habitants selon le canton, en 2006 et en 2016	40	G5.3: Evolution et répartition du nombre de médecins facturant à charge de l'assurance-maladie pour les années 2015 à 2018, ainsi que du nombre annuel de délivrance d'autorisations de pratiquer de 2015 à 2018	111
G3.3: Durée moyenne des séjours en psychiatrie de 2004 à 2018	40	G5.4: Variation (en %) du nombre de médecins et coût à charge des assureurs, canton de Genève, 2008-2018	112
G3.4: Nombre de cas par groupe diagnostic principal aux HUG, en 2016	42		
G3.5: Nombre de journées d'hospitalisation par groupe diagnostic principal aux HUG, en 2016	43		
G3.6: Nombre de cas en psychiatrie aux HUG selon leur destination de sortie, en 2016	44		
G3.7: Nombre de patients mineurs qui doivent être à l'hôpital lors de la journée de l'enquête même dans un système offrant plus d'alternatives	51		
G3.8: Nombre de patients adultes qui doivent définitivement être à l'hôpital lors de la journée de l'enquête même dans un système offrant plus d'alternatives	52		
G3.9: Alternatives à l'hospitalisation concernant le lieu de vie ou des soins	53		
G3.10: Nombre de patients disposant d'un domicile	53		
G3.11: Prise en charge ambulatoire nécessaire pour substituer le séjour hospitalier	54		
G3.12: Prise en charge à domicile nécessaire pour substituer le séjour hospitalier	54		
G3.13: Nombre de patients de 65 ans ou plus devant impérativement être à l'hôpital lors de la journée de l'enquête	55		
G3.14: Alternatives à l'hospitalisation concernant le lieu de vie ou de soins	55		
G3.15: Nombre de patients de 65 ans ou plus disposant d'un domicile	56		
G3.16: Nombre de séjours 2016 par catégorisation selon les diagnostics principaux	66		
G3.17: Evolution de la durée moyenne de séjours par site hospitalier	66		
G4.1: EMS : résidents, selon le niveau de soins OPAS, 2017	79		
G4.2: EMS : résidents de 65 ans ou plus, selon le niveau de soins OPAS et le canton, 2017	80		

ANNEXE I

LISTE DES GROUPES DE PRESTATIONS SOUMIS À L'APPEL D'OFFRES, AVEC LE NOMBRE DE CAS OUVERTS, SELON LE MODÈLE GPPH 2018.1

SIGLE	DÉSIGNATION	CAS PROJÉTÉS 2020	CAS OUVERTS À POSTULATION 2020
BP	Base chirurgie et médecine interne	19567	19567
DER1	Dermatologie (y c. vénéréologie)	104	104
DER1.1	Oncologie dermatologique	66	66
DER1.2	Affections cutanées graves	11	11
DER2	Traitement des plaies	33	33
HNO1	Oto-rhino-laryngologie (chirurgie ORL)	742	742
HNO1.1	Chirurgie cervico-faciale	291	291
HNO1.1.1	Interventions ORL complexes interdisciplinaires (chirurgie tumorale)	25	25
HNO1.2	Chirurgie élargie du nez et des sinus	391	391
HNO1.2.1	Chirurgie élargie du nez et des sinus avec ouverture de la dure-mère (chirurgie interdisciplinaire de la base du crâne)	9	9
HNO1.3	Chirurgie de l'oreille moyenne (tympaanoplastie, chirurgie mastoïdienne, ossiculoplastie y c. chirurgie stapédienne)	90	90
HNO1.3.1	Chirurgie élargie de l'oreille avec oreille interne et/ou ouverture de la dure-mère	2	2
HNO1.3.2	Implants cochléaires (CIMHS)	5	-
HNO2	Chirurgie de la thyroïde et des parathyroïdes	270	270
KIE1	Chirurgie maxillaire	89	89
NCH1	Neurochirurgie crânienne	228	228
NCH1.1	Neurochirurgie spécialisée	8	8
NCH1.1.1	Traitement des pathologies vasculaires du SNC hormis les anomalies vasculaires complexes (CIMHS)	58	-
NCH1.1.1.1	Traitement des anomalies vasculaires complexes du SNC (CIMHS)	12	-
NCH1.1.2	Neurochirurgie stéréotaxique fonctionnelle (CIMHS)	2	-
NCH1.1.3	Chirurgie de l'épilepsie (CIMHS)	2	-
NCH2	Neurochirurgie spinale	3	3
NCH2.1	Processus expansifs intramédullaires primaires et secondaires (CIMHS)	-	-
NCH3	Neurochirurgie périphérique	8	8
NEU1	Neurologie	247	247
NEU2	Tumeur maligne secondaire du système nerveux	46	46
NEU2.1	Tumeur primaire du système nerveux (sans patients palliatifs)	39	39
NEU3	Maladies cérébrovasculaires	898	898
NEU3.1	Traitement des accidents vasculaires cérébraux en Stroke Center (CIMHS)	48	-
NEU4	Epileptologie: diagnostic complexe	72	72
NEU4.1	Epileptologie: traitement complexe	-	-
NEU4.2	Epileptologie: diagnostic complexe avec monitoring intensif (CIMHS)	17	-
AUG1	Ophthalmologie	90	90
AUG1.1	Strabologie	14	14
AUG1.2	Orbite, paupières, voies lacrymales	26	26
AUG1.3	Chirurgie spécialisée du segment antérieur	58	58

AUG1.4	Cataracte	132	132
AUG1.5	Affections du corps vitré / de la rétine	198	198
END1	Endocrinologie	368	368
GAE1	Gastroentérologie	1144	1144
GAE1.1	Gastroentérologie spécialisée	256	256
VIS1	Chirurgie viscérale	613	613
VIS1.1	Résection pancréatique (CIMHS)	45	-
VIS1.2	Résection hépatique (CIMHS)	28	-
VIS1.3	Résection œsophagienne CIMHS)	11	-
VIS1.4	Chirurgie bariatrique	181	181
VIS1.4.1	Chirurgie bariatrique complexe (CIMHS)	48	-
VIS1.5	Résection rectale profonde (CIMHS)	20	-
HAE1	Lymphomes agressifs et leucémies aiguës	127	127
HAE1.1	Lymphomes très agressifs et leucémies aiguës avec chimiothérapie curative	25	25
HAE2	Lymphomes indolents et leucémies chroniques	460	460
HAE3	Affections myéloprolifératives et syndromes myélodysplasiques	56	56
HAE4	Transplantation de cellules souches hématopoïétiques autologues	10	10
HAE5	Transplantation de cellules souches hématopoïétiques allogéniques (CIMHS)	15	-
GEF1	Chirurgie vasculaire périphérique (artérielle)	158	158
ANG1	Interventions sur les vaisseaux périphériques (artériels)	191	191
GEFA	Interventions et chirurgie vasculaire sur les vaisseaux intra-abdominaux	215	215
GEF3	Chirurgie carotidienne	79	79
ANG3	Interventions sur la carotide et les vaisseaux extracrâniens	20	20
RAD1	Radiologie interventionnelle (ou seulement diagnostique pour les vaisseaux)	140	140
HER1	Chirurgie cardiaque simple	12	12
HER1.1	Chirurgie cardiaque et chirurgie vasculaire avec machine cœur-poumons (sans chirurgie coronarienne)	26	26
HER1.1.1	Chirurgie coronarienne (PAC)	55	55
HER1.1.2	Chirurgie cardiaque congénitale complexe	1	1
HER1.1.3	Chirurgie et interventions sur l'aorte thoracique	24	24
HER1.1.4	Interventions ouvertes sur la valve aortique	81	81
HER1.1.5	Interventions ouvertes sur la valve mitrale	53	53
KAR1	Cardiologie (y c. stimulateur cardiaque)	262	262
KAR1.1	Cardiologie interventionnelle (interventions coronariennes)	1322	1322
KAR1.1.1	Cardiologie interventionnelle (interventions spéciales)	302	302
KAR1.2	Electrophysiologie (ablations)	93	93
KAR1.3	Défibrillateur implantable (ICD) / Pacemaker biventriculaire (CRT)	49	49
NEP1	Néphrologie (défaillance rénale aiguë et insuffisance rénale chronique terminale)	196	196
URO1	Urologie sans titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'	2102	2102
URO1.1	Urologie avec titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'	318	318
URO1.1.1	Prostatectomie radicale	135	135
URO1.1.2	Cystectomie radicale	28	28
URO1.1.3	Chirurgie complexe des reins (néphrectomie pour tumeur et résection partielle du rein)	116	116

URO1.1.4	Surrénalectomie isolée	11	11
URO1.1.7	Implantation d'un sphincter urinaire artificiel	15	15
URO1.1.8	Néphrostomie percutanée avec fragmentation de calculs	11	11
PNE1	Pneumologie	1459	1459
PNE1.1	Pneumologie avec assistance ventilatoire spéciale	13	13
PNE1.2	Evaluation avant ou status après transplantation pulmonaire	62	62
PNE1.3	Mucoviscidose	9	9
PNE2	Polysomnographie	30	30
THO1	Chirurgie thoracique	34	34
THO1.1	Cancers du système respiratoire résection curative par lobectomie / pneumonectomie)	83	83
THO1.2	Opérations sur le médiastin	35	35
TPL1	Transplantation cardiaque (CIMHS)	5	-
TPL2	Transplantation pulmonaire (CIMHS)	5	-
TPL3	Transplantation hépatique (CIMHS)	5	-
TPL4	Transplantation pancréatique (CIMHS)	3	-
TPL5	Transplantation rénale CIMHS)	19	19
TPL6	Transplantation intestinale	-	-
TPL7	Transplantation splénique	-	-
BEW1	Chirurgie de l'appareil locomoteur	1412	1412
BEW2	Orthopédie	749	749
BEW3	Chirurgie de la main	472	472
BEW4	Arthroscopie de l'épaule et du coude	33	33
BEW5	Arthroscopie du genou	259	259
BEW6	Reconstruction des membres supérieurs	537	537
BEW7	Reconstruction des membres inférieurs	1829	1829
BEW8	Chirurgie du rachis	1113	1113
BEW8.1	Chirurgie spécialisée du rachis	114	114
BEW9	Tumeurs osseuses	5	5
BEW10	Chirurgie du plexus	11	11
BEW11	Réimplantations	3	3
RHE1	Rhumatologie	215	215
RHE2	Rhumatologie interdisciplinaire	76	76
GYN1	Gynécologie	1338	1338
GYN2	Tumeurs gynécologiques	155	155
GYN2	Centre de sénologie certifié reconnu	554	554
PLC1	Interventions liées à la transsexualité	2	2
GEB1	Soins de base en obstétrique (à partir de AG 35 0/7 SA et PN 2000g)	5846	5846
GEB1.1	Obstétrique (à partir de AG 32 0/7 SA et PN 1250g)	62	62
GEB1.1.1	Obstétrique spécialisée	19	19
NEO1	Soins de base aux nouveau-nés (dès AG 35 0/7 SA et PN 2000g)	4631	4631
NEO1.1	Soins de base aux nouveau-nés (dès AG 32 0/7 SA et PN 1250g)	397	397
NEO1.1.1	Néonatalogie (à partir d'AG 28 0/7 SA et PN 1000g)	5	5
NEO1.1.1.1	Néonatalogie hautement spécialisée (AG < 28 0/7 SA et PN < 1000g)	2	2

ONK1	Oncologie	520	520
RAO1	Radio-oncologie	87	87
NUK1	Médecine nucléaire	175	175
UNF1	Chirurgie d'urgence (polytraumatismes)	26	26
UNF1.1	Chirurgie d'urgence spécialisée (traumatismes crânio-cérébraux)	33	33
UNF2	Brûlures étendues (CIMHS)	6	-
ZGER	Gériatrie aigue	16	16
Total		55 787	55 452

Les exigences propres à chaque groupe de prestations sont consultables sur le site de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) à l'adresse suivante :
https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalplanung/leistungsgruppen/2019.1/Leistungsspezifische_Anforderungen_Akutsomatik_Version_2019.1_f_01.xlsx

Département de la sécurité, de l'emploi et de la santé (DSES)
Direction générale de la santé
Rue Adrien-Lachenal 8 • 1207 Genève
Tél. +41 (0) 22 546 50 00 • www.ge.ch/organisation/direction-generale-sante