



Date de dépôt : 24 novembre 2025

Rapport

de la commission de la santé chargée d'étudier la proposition de motion de Pierre Nicollier, Pierre Conne, Murat-Julian Alder, Jacques Béné, Jean-Pierre Pasquier, Thierry Oppikofer, Adrien Genecand : Valorisons l'engagement des médecins via le point TARMED

Rapport de majorité de Jean-Marc Guinchard (page 4)

Rapport de minorité de Pierre Nicollier (page 21)

Proposition de motion (3113-A)

Valorisons l'engagement des médecins via le point TARMED

Le GRAND CONSEIL de la République et canton de Genève
considérant :

- la baisse actuelle du point TARMED à Genève¹ ;
- que cette baisse touche particulièrement les médecins en première ligne² ;
- que la prise en charge de patients hors des horaires de bureau coûte plus cher (p. ex. coût du personnel) et est par définition plus contraignante ;
- que la suppression de la taxe pressante élimine un incitatif important pour les médecins à se rendre disponibles hors des horaires de bureau, risquant d'entraîner un allongement des files d'attente aux HUG³ ;
- que les prises en charge aux urgences des HUG coûtent plus du double de celles en cabinet⁴ ;
- les économies pouvant être menées via l'adoption d'outils numériques⁵ ;
- la faible utilisation du dossier électronique du patient par les professionnels de santé⁶ ;
- la faible numérisation du système de santé suisse, mais également la disposition très favorable de notre pays à ce développement⁷ ;
- le coût et le temps nécessaires à la numérisation de cabinets médicaux ainsi que le manque d'incitatifs à l'utilisation d'outils numériques,

¹ <https://www.20min.ch/fr/story/justice-federale-nouvelle-baisse-des-tarifs-des-medecins-genevois-103156166>

² https://www.fmh.ch/files/pdf11/Revenus_des_mdecins_en_exercice.pdf

³ https://www.letemps.ch/suisse/panique-dans-le-systeme-de-sante-les-centres-d-urgences-medicales-risquent-la-faillite?srsId=AfmBOoqJlXGNK3U9ZeVcYJlEEqJRLvOcXYdkPlu20GV5A_irxFLO8MoG

⁴ <https://www.rts.ch/info/suisse/8059329-les-consultations-superflues-aux-urgences-sont-couteuses.html>

⁵ <https://www.ama-assn.org/system/files/future-health-telehealth-use.pdf>

⁶ <https://www.cara.ch/Htdocs/Files/v/7193.pdf/Documents-utiles/RA2023.pdf?download=1>

⁷ <https://fmch.ch/fr/etude-sur-la-numerisation-du-systeme-de-sante-suisse-2/>

invite le Conseil d'Etat

à créer un incitatif pour les médecins qui investissent et s'investissent dans un système de santé plus efficace et efficient, par exemple pour ceux qui participent à l'effort de garde ou adoptent des outils numériques, en relevant la valeur du point TARMED et, dans le futur, du point TARDOC, d'entente avec les partenaires tarifaires.

RAPPORT DE LA MAJORITÉ

Rapport de Jean-Marc Guinchard

La Commission de la santé a étudié la proposition de motion 3113 « Valorisons l'engagement des médecins via le point TARMED » lors de ses séances des 19 septembre et 17 octobre 2025.

La Commission a auditionné le Département de la santé et des mobilités (DSM) représenté par M. Pierre Maudet, Conseiller d'Etat, et le Dr. Alessandro Cassini, médecin cantonal, après avoir eu la présentation de la motion par son auteur, M. Pierre Nicollier.

La présidence a été assurée par M^{me} Louise Trottet.

La Commission de la santé a été accompagnée dans ses travaux par M. Panteleimon Giannakopoulos, directeur général de l'Office cantonal de la santé (OCS), et de M^{me} Angela Carvalho, secrétaire scientifique (SGGC).

Les procès-verbaux ont été tenus par M^{me} Alicia Nguyen.

Nous remercions l'ensemble de ces personnes pour le bon déroulement des travaux de la Commission.

Séance du vendredi 19 septembre 2025

Présentation de M. Pierre Nicollier, premier signataire

M. Nicollier commence par commenter la situation (p. 2), ce qui se passe à Genève, pour expliquer l'origine de la réflexion. Il décrit le principe de la tarification médicale : chaque prestation correspond à un certain nombre de points, puis chaque canton fixe la valeur de ce point. C'est ainsi que les prestations médicales sont facturées. Cette valeur du point détermine combien il est possible de facturer. Elle a été fixée à 0,96 par le Conseil d'Etat. Des recours d'assureurs ont entraîné une baisse à 0,91 pour certaines caisses et à 0,94 pour d'autres, de manière temporaire, jusqu'à la décision sur le fond prévue en 2024. Cette baisse touche surtout les médecins qui facturent beaucoup via le TARMED – principalement les médecins de premier recours et ceux qui passent par la LCA. Il mentionne le tableau de la p. 2 qui montre que les médecins de premier recours figurent parmi les 20% les moins bien rémunérés de la profession, avec des revenus autour de 140 000 F annuels, soumis à l'AVS, et pouvant aller jusqu'à 200 000 F pour les généralistes. Il souligne que soigner les enfants coûte moins cher, ce qui l'interpelle.

Le constat suivant (p. 3) concerne les gardes. Employer du personnel en dehors des horaires de bureau coûte plus cher, notamment le samedi soir ou le dimanche, et c'est plus contraignant, car cela implique de travailler en soirée ou le week-end. Jusqu'il y a quelques mois, il était possible de facturer des taxes spécifiques pour les centres d'urgence, mais ce n'est plus le cas. Avec le TARDOC, qui remplacera le TARMED dès le 1^{er} janvier 2026, il y a une forte limitation : il sera possible de facturer deux fois par jour, par médecin. Ainsi, les médecins de premier recours qui travaillent le soir ou le week-end, alors que cela leur coûte plus cher et est plus contraignant, ne pourront pas facturer davantage.

Le troisième point (p. 4) concerne la diminution de l'offre de prise en charge pour les « cas bagatelles ». Par exemple, le centre d'urgence a réduit ses activités, faute de médecins, ce qui est lié au contexte global et aux limitations de facturation. Il ajoute que la valeur du point TARMED a baissé depuis un an et demi et que toutes ces contraintes pèsent sur les médecins. Il précise que les données de la diapositive datent d'une dizaine d'années, mais qu'elles restent pertinentes. Il rappelle qu'une prise en charge dans un centre d'urgence coûte beaucoup plus cher que chez un médecin traitant. Il insiste sur la baisse des revenus des médecins de premier recours et sur l'augmentation des besoins, alors que l'offre de soins diminue dans les urgences. L'offre qui subsiste est celle qui est la plus coûteuse. Le DSM a mentionné la volonté de rétablir l'astreinte obligatoire, ce qui semble logique au vu du coût d'une prise en charge hospitalière comparé à celle d'un médecin traitant. Toutefois, cela reste difficile à mettre en place, car les médecins l'acceptent mal. Concernant la numérisation, il rappelle qu'elle peut générer des économies dans le système de santé en automatisant certaines tâches, réduisant les erreurs et améliorant la sécurité des patients. La Suisse est en retard sur ce plan par rapport à d'autres pays, notamment pour le dossier électronique du patient (ci-après : « DEP »), l'échange d'informations entre acteurs n'étant pas fluide.

Il relève qu'il y a proportionnellement trop peu de médecins de premier recours par rapport aux généralistes à Genève, et que des efforts sont en cours pour rendre cette spécialité plus attractive.

Il explique ensuite l'invite de la motion : « Créer un incitatif pour les médecins qui investissent et s'investissent dans un système de santé plus efficace et efficient, par exemple pour ceux qui participent à l'effort de garde ou adoptent des outils numériques, en relevant la valeur du point TARMED et, à l'avenir, du point TARDOC, en concertation avec les partenaires tarifaires ». L'objectif est de permettre aux médecins impliqués dans l'effort collectif de bénéficier d'un gain économique, puisque leur investissement profite à l'ensemble du système de santé.

M. Maudet rectifie que le point était déjà à 0,96 et que le Conseil d'Etat ne l'a pas augmenté. Il précise que le Conseil d'Etat a été juridiquement contraint de se prononcer à la suite des recours des assureurs. Son prédécesseur avait laissé le dossier sans décision, et le Conseil d'Etat a confirmé le point à 0,96. Cette décision a été attaquée par plusieurs assureurs, qui ont obtenu du Tribunal administratif fédéral une décision provisoire fixant un point plus bas. C'est particulier, car en général, les recours visent à maintenir le niveau existant, mais ici, à titre provisoire, ils ont obtenu un tarif inférieur.

Un député LJS estime que toute action pour soutenir la médecine de premier recours est utile, mais se dit sceptique. M. Maudet a rappelé qu'à deux reprises, Genève a dû aller jusqu'au Tribunal fédéral pour confirmer la valeur du point. Simplement en continuant à appliquer le 0,96, le Conseil d'Etat a vu les assureurs porter l'affaire en justice, et ils continueront sans doute. Il craint qu'une augmentation ne soit pas acceptée par les assureurs. Il rappelle que le TARDOC introduit des forfaits et demande si M. Nicollier a étudié les moyens de modifier le système, puisque le TARDOC sera plus rigide que le TARMED, qui n'était qu'une valeur de point. Il suggère qu'il serait peut-être plus pertinent de mettre en place d'autres incitatifs, par exemple fiscaux, pour les médecins de premier recours ou ceux qui assurent les gardes, ou encore des aides financières lors de leur installation.

M. Nicollier indique ne pas avoir discuté avec les assureurs et ne peut donc pas répondre sur ce point. L'objectif était de proposer un plan permettant de générer des économies dans le système, ce qui devrait intéresser les assureurs puisqu'ils en bénéficieraient également. Cela répond aussi à la deuxième question : cela crée un mécanisme cohérent, où l'investissement se fait là où il y a des économies à réaliser. Si l'effort financier doit venir du canton, cela relève d'un autre processus, lié aux revenus fiscaux, et engage d'autres discussions en dehors du domaine de la santé. Ici, l'idée est que les médecins puissent gagner davantage s'ils participent à l'effort collectif, ce qui génère un gain pour tout le système, y compris les assurances. Il se dit moins favorable à explorer d'autres solutions, car cela compliquerait les choses, mais reste ouvert à d'autres pistes. Il mentionne le projet Beluga, un investissement cantonal qui apportera un bénéfice au système et une baisse des primes d'assurance-maladie. Le canton finance, mais c'est la population qui bénéficie de ce gain, même si c'est de manière indirecte.

Une députée S souhaite obtenir plus de précisions sur l'incitatif et demande ce que M. Nicollier entend par là.

M. Nicollier explique qu'il s'agirait d'un bonus équivalent à deux centimes supplémentaires pour les médecins qui participent à l'effort de garde. Ceux qui y participent, sont numérisés et utilisent le DEP bénéficieraient d'une valeur

du point à 0,96 au lieu de 0,94. Il précise qu'un accord avec les assurances est nécessaire, mais estime qu'il y a un gain possible. Il reconnaît que la négociation sera difficile, mais des études montrent les économies liées à la numérisation et le coût global de la prise en charge. Selon lui, il est avantageux pour le système de santé que des médecins de ville assurent des gardes plutôt que d'envoyer les patients à l'hôpital, car cela représente un gain économique. Il faut donc encourager les médecins qui font cet effort.

La même députée souhaite que le TARDOC soit mieux présenté. Elle estime que les patients paient déjà beaucoup et que les primes vont encore augmenter. Elle souligne qu'une nouvelle réforme, pas encore en vigueur, arrive et que M. Nicollier propose déjà d'augmenter les coûts pour compenser par exemple le DEP, qui n'est pas encore opérationnel. Elle qualifie la proposition d'augmentation de politique fiction, puisque la réforme n'est pas encore en place.

M. Nicollier clarifie que le TARDOC introduit certains forfaits, mais que pour la médecine de premier recours, il y en aura très peu. Ainsi, pour cette spécialité, le système restera proche de l'actuel : une facturation basée sur des positions correspondant aux prestations fournies, puis multipliées par la valeur du point. Il admet que le calendrier est malheureux, mais estime que cela ne change pas l'objectif, qui est de trouver une solution pour mieux valoriser les médecins investis dans le système de santé. Les moyens possibles sont un financement cantonal par nuit de garde ou l'utilisation du système de facturation.

M. Giannakopoulos souligne que des discussions sont en cours sur le TARDOC et qu'il n'est pas certain qu'il soit possible d'intervenir à ce stade. Il rappelle toutefois l'importance de revaloriser la médecine de premier recours. Selon lui, il n'est pas tout à fait vrai que la situation n'évoluera pas : il y aura des améliorations pour certains et des dégradations dans d'autres domaines. Des discussions sont prévues au début de 2026. Il estime qu'il faut bien définir les critères avant de parler de garde ou de numérisation. Il précise que la taxe pressante concernait les déplacements d'un médecin dans les deux heures pour traiter des situations imprévues et urgentes, et qu'elle ne couvrirait pas toute l'activité d'urgence. L'astreinte que le DSM met en place avance bien, avec une garde volontaire des médecins de ville de premier recours. Il pense que cela sera réalisable. Dans un contexte complexe et évolutif, il n'est pas sûr qu'une négociation au niveau fédéral soit possible, étant donné que des discussions s'y déroulent déjà.

La présidente estime que la commission pourra auditionner le DSM sur ce sujet.

Une autre députée remarque que, dans l'exposé et les clauses, il est beaucoup question des médecins de premier recours, mais que l'invite ne précise pas qu'ils sont visés. Elle demande si M. Nicollier prévoit une différenciation par rapport aux autres médecins. Elle relève qu'il mentionne les gardes et les outils numériques, mais que ce ne sont pas les seuls moyens de contribuer à un système de santé plus efficace. Elle demande pourquoi se concentrer sur ces aspects. Enfin, elle souligne que les outils numériques ne sont pas encore disponibles pour les médecins qui voudraient y participer, ce qui rend la motion difficile à appliquer.

M. Nicollier répond que l'invite reste générale et qu'il serait possible de définir des critères et des spécialités. Il reconnaît qu'il existe de nombreux moyens de rendre le système médical plus efficace et efficient, mais qu'il a choisi des exemples chiffrés montrant un gain concret. Il ne verrait pas d'inconvénient à retenir d'autres critères. L'idée serait de demander au DSM de définir ce qu'est une participation à la garde, quels sont les outils numériques concernés et comment s'assurer que les médecins les utilisent. Il rappelle qu'en théorie, l'inscription à CARA est obligatoire pour obtenir un droit de pratique et une autorisation de facturer.

Un député LC rappelle que, selon la LAMal, les prestations médicales doivent être efficaces, économiques et appropriées. Il souligne que les assureurs se préoccupent surtout de l'aspect financier plutôt que de la santé publique. Il demande si M. Nicollier pense pouvoir les convaincre. Il rappelle ensuite qu'il a fallu plus de vingt ans pour introduire le TARMED, entré en vigueur en 2004, et que cinq ans après son introduction, il était déjà question du TARDOC, dont la mise en œuvre a également pris presque vingt ans.

M. Nicollier répond qu'il dispose de chiffres sur le coût moyen d'une prise en charge hospitalière, disponibles dans un article de la RTS mentionné dans la motion. Il suggère de calculer la valeur totale des prestations de garde de médecine de premier recours à Genève, mais précise qu'il ne sait pas si ces chiffres existent.

M. Nicollier ajoute que, pour la numérisation, il existe également des données montrant les bénéfices économiques. Cependant, ni TARMED ni TARDOC ne favorisent cela. Il précise ensuite que la motion ne demande pas de modifier TARMED ou TARDOC, mais de prendre ces systèmes tels qu'ils existent, après vingt ans d'introduction et de mises à jour, et de définir un curseur, éventuellement fixé par le Conseil d'Etat. Ce curseur serait négocié avec les assurances : ceux qui réalisent des économies via la numérisation et les gardes pourraient bénéficier d'un curseur un peu plus élevé. Pour lui, il ne s'agit pas d'une discussion sur TARDOC ou TARMED.

Un député Ve demande ce que M. Nicollier entend par numérisation. Il souligne que chaque cabinet est déjà numérisé d'une manière ou d'une autre, ne serait-ce que pour la comptabilité, et que toutes les analyses sont également numérisées. Il souhaite savoir jusqu'où il faut aller pour bénéficier de l'avantage.

M. Nicollier explique qu'il pensait à l'utilisation d'outils de partage de dossiers entre professionnels de santé. Il estime que cela évoluera : lorsque tout le monde utilisera ces outils, il n'y aura plus besoin de différenciation. L'idée est d'améliorer continuellement le système.

Le même député comprend que l'essentiel pour M. Nicollier est que les professionnels de santé puissent partager certaines informations avec les patients et entre eux.

M. Nicollier souligne que, puisque c'est le dossier du patient, ce dernier doit y avoir accès. Le partage avec d'autres médecins vise à fournir aux professionnels des outils supplémentaires pour prendre de bonnes décisions.

Ce même député demande quelle est la proportion de médecins connectés et utilisant un tel dispositif.

M. Nicollier répond qu'il estime la proportion de médecins inscrits à CARA à Genève assez importante, mais il ne connaît pas les chiffres exacts. Il se souvient qu'il y a deux ans, le nombre de dossiers utilisés par les patients était faible : environ 14 000 patients sur 480 000 habitants.

M. Giannakopoulos précise que Genève présente la plus forte proportion.

La présidente demande s'il y a d'autres propositions d'audition, en plus du DSM.

M. Nicollier indique qu'un groupe de médecins de premier recours a été constitué au sein de l'AMGe pour travailler sur la garde, et qu'il pourrait être intéressant de les entendre, sans savoir qui dirige le groupe.

Un député LJS mentionne le titre et les points du TARMED. Il a une vague notion qu'au niveau suisse, il a été envisagé de modifier la valeur du point pour les médecins de premier recours et les généralistes, mais cette option a été largement écartée pour éviter une double tarification, privilégiant plutôt un encouragement direct dans les tarifications. Il souligne que le problème des gardes d'urgence dans le canton reste réel.

La présidente relève qu'il y aura l'occasion d'en rediscuter.

La présidente propose d'auditionner le DSM ainsi que la Dre Bideau de l'AMGe, puis la commission décidera si d'autres auditions seront nécessaires.

Séance du vendredi 17 octobre 2025

Audition de M. Pierre Maudet, Conseiller d'Etat – DSM, et de M. Alessandro Cassini, médecin cantonal – DSM

M. Maudet trouve ce texte intéressant, car il met le doigt sur la problématique de la médecine de premier recours, qui se heurte aux difficultés exprimées par la motion. Il n'est pas totalement certain que ce qui est proposé soit légalement possible, mais le DSM partage le constat de M. Nicollier.

M. Cassini abonde dans le sens de M. Maudet et partage l'esprit de cette motion. En effet, la médecine ambulatoire à Genève repose sur un équilibre essentiel entre les cabinets de premiers recours, indispensables à la prise en charge rapide des patients, et la régulation des flux vers les urgences. Ce sujet a d'ailleurs occupé le DSM durant l'année écoulée. Depuis 2024, plusieurs facteurs fragilisent cet équilibre : la réduction de la valeur du point TARMED, passé de 0.96 à 0.94, la décision du Tribunal fédéral interprétant la gestion de la taxe pressante de manière plus restrictive que jusqu'à présent, ainsi qu'un manque d'incitatifs favorisant le développement des solutions numériques. Ce dernier point est crucial : disposer d'un DEP, c'est aussi permettre une meilleure gestion du suivi du patient par le professionnel de santé. Il raconte qu'hier, lors d'un événement aux Trois-Chênes, le chef de service lui expliquait combien il est difficile de gérer certains patients multimorbides nécessitant plusieurs spécialistes sans l'appui d'un DEP qui centralise les informations. Les médecins et autres professionnels perdent un temps considérable en tâches administratives pour suivre ces situations complexes, de plus en plus fréquentes avec le vieillissement et la hausse de la comorbidité. Cette surcharge se répercute sur les urgences, où environ un tiers des patients présentent un niveau d'urgence 4 – des cas pouvant attendre quelques heures ou être pris en charge ailleurs que dans une structure hospitalière.

La motion demande donc de créer un incitatif financier pour les médecins qui s'engagent dans un système de santé plus efficace et efficient. Elle propose aussi d'augmenter la valeur du point TARMED et, à terme, du point TARDOC, de soutenir financièrement les investissements numériques et de garantir une justice tarifaire locale.

Le DSM adhère à ces constats et reconnaît que la motion met particulièrement en lumière deux enjeux majeurs : la baisse de l'attractivité de la médecine de premier recours et le retard de la transition numérique dans les cabinets.

Il précise que le cadre juridique limite fortement le rôle des autorités cantonales dans les décisions relatives aux points TARMED et TARDOC. En principe, ces valeurs sont fixées dans le cadre d'accords tarifaires entre les

assureurs et les prestataires, les autorités cantonales ne faisant qu'approuver les conventions.

Il indique également que l'OCS travaille actuellement à la mise en place de plusieurs mesures allant dans le sens des objectifs de la motion. Trois domaines de la médecine de premier recours ne sont d'ailleurs pas soumis à la limitation de facturation à charge de l'AOS : la médecine interne générale, la pédiatrie et la pédopsychiatrie. De plus, une nouvelle ligne de tri et d'orientation, en cours de finalisation avec les HUG, devrait être mise en place de manière informelle fin novembre, puis officiellement en décembre. Elle permettra de mieux gérer les flux de patients n'ayant pas besoin de recourir aux urgences hospitalières.

La consolidation et l'évolution des réseaux de soins, telles que prévues par la loi sur l'organisation des réseaux de soins en vue du maintien à domicile, se poursuivent également : encadrement des soins délégués, intégration et coordination renforcées au sein du réseau. Ces travaux visent à améliorer l'efficacité du système et à redonner de l'attractivité aux professionnels. Il rappelle l'exemple du médecin qui consacre trop de temps à la gestion administrative pour coordonner les soins de ses patients. L'objectif est donc de créer un réseau réellement intégré, centré sur le patient. Le DSM œuvre à mettre en place des conditions favorables à cette évolution.

Concernant le numérique, CARA prévoit de soutenir financièrement les prestataires et d'améliorer l'interopérabilité avec d'autres outils. Cette mesure permettra de réduire les coûts à la charge des médecins, qui pourront bénéficier d'outils complets, moins onéreux que les modules complémentaires proposés par leurs fournisseurs.

Le DSM s'engage aussi à développer le **Plan de soins partagés**, prévu pour fin 2026, ainsi que, à moyen terme, le **Plan de communication partagée**. Ces deux outils faciliteront le partage d'informations, amélioreront la coordination des soins et permettront aux médecins de consacrer davantage de temps à leurs patients plutôt qu'à des tâches administratives.

Il ajoute, au sujet du TARDOC, que ce dernier devrait introduire des incitations plus ciblées et une plus grande flexibilité, notamment en adaptant la valeur du point selon les horaires. Il inclura aussi des incitatifs liés à la digitalisation des pratiques, avec par exemple des codes TARDOC spécifiques valorisant la prise en charge télématique.

La présidente comprend qu'il faut d'abord observer les effets des mesures cantonales en cours – notamment la ligne de tri aux urgences – et l'évolution du TARDOC avant d'envisager de nouveaux incitatifs.

M. Maudet confirme, mais ajoute qu'en ce qui concerne l'invite de la motion, le relèvement du point TARMED n'est pas envisageable.

Juridiquement, ce n'est pas possible, et le Tribunal administratif fédéral s'est déjà prononcé à ce sujet. Il avait proposé au Conseil d'Etat de maintenir le point à 0.96, mais cette décision a été attaquée par les assurances, qui ont obtenu du Tribunal administratif fédéral une baisse provisoire. L'affaire n'est pas encore tranchée et ira sans doute au Tribunal fédéral. Quant au TARDOC, il existe une marge de manœuvre, mais la situation reste très floue. Son entrée en vigueur est prévue pour le 1^{er} janvier 2026, à la suite d'une décision du Conseil fédéral du 30 avril 2025. Pour l'heure, tout reste incertain. Le médecin cantonal pourrait disposer d'une certaine latitude dans le cadre d'une logique de forfaitisation, permettant d'isoler certains actes ou horaires (par exemple la nuit), mais rien n'est garanti.

Tous les autres éléments évoqués par la présidente relèvent de chantiers sur lesquels le DSM travaille activement, notamment la ligne « moins d'urgences », qui avance bien et répondra en partie aux constats de la motion – même si cela ne figure pas directement dans son invite.

M. Cassini ajoute que le DSM a travaillé sur le projet RUC+, dont la ligne de tri et d'orientation constitue l'un des outils essentiels.

Un député LC partage le fond de cette motion, mais également les doutes exprimés par M. Maudet et M. Cassini concernant la valeur du point TARMED. Il rappelle que ce sujet fait l'objet de négociations au niveau fédéral auxquelles le canton ne participe pas. S'il comprend l'esprit de la motion, il se montre plus réservé quant à la question des urgences. Il demande confirmation que l'organisation des services d'urgence est une obligation prévue par le Code suisse de déontologie, qui impose la mise à disposition de salles d'urgence, et qu'il existe une possibilité de dispense à établir et à lister pour les médecins.

M. Cassini répond que, concernant les gardes médicales, la législation cantonale prévoit que les associations professionnelles doivent s'organiser elles-mêmes. Si la décision est prise qu'il n'est pas nécessaire d'assurer des gardes, aucune obligation ne s'applique. En revanche, si elles sont jugées indispensables, ces associations doivent, en première instance, mettre en place l'organisation nécessaire. Si elles n'y parviennent pas, c'est alors au Conseil d'Etat de définir une astreinte de garde et d'en fixer les conditions.

M. Maudet précise que les pédiatres, membres de l'AMGe, sont plutôt bien disposés, et que, sur le principe, le dispositif devrait fonctionner. Il souhaite toutefois s'assurer que les créneaux soient effectivement couverts et que des médecins soient bien présents pour assurer la permanence.

M. Cassini souligne qu'il existe des associations professionnelles qui obligent leurs membres à participer aux gardes, tandis que d'autres, comme

celle des médecins de premier recours, ne l'imposent pas pour le moment. Conformément à la loi, le DSM les laisse s'organiser et observera les résultats.

La présidente rappelle qu'il reste encore l'audition de la Dre Martine Bideau, coprésidente de la Société genevoise de pédiatrie.

Une députée S s'interroge sur la suite des travaux. Il a été mentionné ce soir que le TARDOC reste nébuleux et que ses impacts ne sont pas encore connus. Elle se demande pourquoi poursuivre les travaux, estimant qu'il s'agit ici d'un exercice de politique-fiction. Selon elle, l'audition à venir n'a plus de raison d'être puisque la position du PS est claire : le parti ne soutiendra pas cette motion.

La présidente demande s'il existe des oppositions à l'annulation de cette audition.

Un député PLR estime que la Commission est consciente des contraintes que subissent actuellement les médecins et espère que la situation s'éclaircira bientôt. Il pense toutefois qu'il serait pertinent de réfléchir à des incitatifs pour encourager une meilleure utilisation du DEP, voire à en rendre l'usage obligatoire. Il juge la vision juste et estime qu'il serait prématuré d'interrompre les travaux. Il considère qu'il vaut la peine d'auditionner les médecins de premier recours, car le DEP bénéficie à l'ensemble des praticiens, et pas uniquement à ceux de premier recours. Il demande si la Commission a prévu d'auditionner l'AMGe.

La présidente répond que non.

Ce député PLR suggère alors une discussion plus globale sur les contraintes que rencontrent les médecins, notamment le coût de leurs investissements et les difficultés d'interopérabilité, principal obstacle à une intégration efficace des données des patients. Ces enjeux reposent sur les médecins, confrontés à des éditeurs de logiciels qui n'ont pas intérêt à supporter la charge de cette interopérabilité. Il estime qu'il est essentiel de rendre le DEP pleinement fonctionnel et que toutes les initiatives allant dans ce sens sont bienvenues. Il propose donc d'auditionner conjointement le président de l'AMGe et les représentants de l'Association des médecins de premier recours.

La présidente exprime quelques réserves quant à la tenue immédiate de cette audition, estimant qu'il est encore trop tôt pour statuer sur certains aspects comme le TARDOC, qui n'est pas encore en vigueur, et la question des compétences cantonales, qui laissent peu de marge de manœuvre.

Un député LC partage l'avis de sa collègue S et considère que cette motion ne résoudra en rien les problèmes d'interopérabilité des systèmes informatiques. Il rappelle que le Grand Conseil n'a pas la main sur les négociations fédérales, pas plus que le Conseil d'Etat, dont le rôle se limite à

fixer la valeur du point – une décision systématiquement contestée par les assureurs, qui obtiennent chaque fois une baisse. Selon lui, la motion ne change rien à cet égard et il préférerait qu'elle soit votée ce soir afin d'en décider le sort.

Un député UDC relève que M. Maudet aura une séance la semaine prochaine sur le DEP et pourra transmettre des réponses à la Commission. Il estime qu'un incitatif est une bonne chose, mais qu'il perd tout intérêt s'il concerne un outil non utilisé ou inutilisable. Il suggère donc d'attendre la prochaine séance de la Commission pour recevoir les précisions du DSM sur l'avenir du DEP.

Votes

La présidente met au vote le maintien de l'audition de la D^{re} Bideau, avec éventuellement celle de l'AMGe :

Oui : 5 (1 UDC, 4 PLR)
Non : 9 (1 LC, 2 MCG, 1 LJS, 2 Ve, 3 S)
Abstentions : 1 (1 UDC)

Le maintien de cette audition est refusé.

La présidente met aux voix le principe de voter ce soir :

Oui : 9 (1 LC, 2 MCG, 1 LJS, 2 Ve, 3 S)
Non : 4 (3 PLR, 1 UDC)
Abstentions : 2 (1 PLR, 1 UDC)

La commission votera ce soir.

La présidente met au vote la M 3113 :

Oui :	4 (4 PLR)
Non :	9 (1 LC, 2 MCG, 1 LJS, 2 Ve, 3 S)
Abstentions :	2 (2 UDC)

La M 3113 est refusée.

Catégorie de débat II, 30'

Conclusions

Mesdames les députées, Messieurs les députés, cette motion a le mérite du soulever un certain nombre de problèmes réels dont de nombreux patients subissent les contraintes chaque jour.

En effet, il devient de plus en plus difficile de trouver un généraliste interniste, même à Genève. Ceci résulte de la conjonction de deux phénomènes : la baisse d'attractivité de la médecine de premier recours, souvent bien moins lucrative que certaines autres disciplines et, par effet papillon, la cessation d'activité de ces médecins de premiers recours appartenant aux « baby boomers » dont une bonne partie atteindront l'âge de la retraite entre 2025 et 2035, sans espoir de remettre leur cabinet à des confrères plus jeunes et désireux de s'installer. A cela s'ajoute, pour ces jeunes médecins, la crainte de l'évolution du système de santé, et ils se sentent plus rassurés s'ils poursuivent leur activité en milieu hospitalier.

La motion propose des incitatifs, notamment par une augmentation de la valeur du point TARMED, puis du point TARDOC, pour les médecins acceptant de faire des gardes et de se mettre rapidement à la numérisation de leur cabinet, notamment en adhérant au système CARA, qui gère le dossier électronique du patient.

Ces incitatifs s'opposent toutefois à plusieurs difficultés. En premier lieu, il sied de rappeler que les négociations tarifaires se déroulent entre la faïtière des assureurs et celle des médecins, au niveau fédéral. Certes, le Conseil d'Etat approuve la convention conclue entre médecins et assureurs qui fixe la valeur du point applicable dans le canton, mais cette valeur, après consultation du surveillant des prix, est systématiquement contestée par les assureurs. Il y a donc de forts doutes à imaginer que ces derniers puissent accepter des valeurs supérieures pour certaines catégories de praticiens.

Quant à la numérisation, elle est présente dans de nombreux cabinets, mais le problème vient de CARA et de son organisation. Y adhérer n'est pas simple pour les patients, le site étant fort peu convivial et pas plus instinctif – même si Genève fait figure de bon élève en la matière (près de 14 000 patients) alors que, sur le plan suisse, ce ne sont que 35 000 dossiers qui ont été ouverts.

Si, sur le plan des cabinets, le DEP n'a pas plus de succès, c'est que ce système utilise des pdf, ce qui a fait dire à certains que le DEP n'était qu'un « cimetière à pdf »... De plus, l'interopérabilité entre les fournisseurs n'est pas présente et la Confédération a renoncé à les contraindre dans ce sens.

L'OCS travaille actuellement à la mise en place de plusieurs mesures allant dans le sens des objectifs de la motion. Trois domaines de la médecine de premier recours ne sont d'ailleurs pas soumis à la limitation de facturation à

charge de l'AOS : la médecine interne générale, la pédiatrie et la pédopsychiatrie. De plus, une nouvelle ligne de tri et d'orientation, en cours de finalisation avec les HUG, devrait être mise en place de manière informelle fin novembre, puis officiellement en décembre. Elle permettra de mieux gérer les flux de patients n'ayant pas besoin de recourir aux urgences hospitalières.

La consolidation et l'évolution des réseaux de soins avec encadrement des soins délégués, intégration et coordination renforcées au sein du réseau se poursuivent. Ces travaux visent à améliorer l'efficacité du système et à redonner de l'attractivité aux professionnels. Il rappelle l'exemple du médecin qui consacre trop de temps à la gestion administrative pour coordonner les soins de ses patients. L'objectif est donc de créer un réseau réellement intégré, centré sur le patient. Le DSM œuvre à mettre en place des conditions favorables à cette évolution.

Sur cette base, la majorité de la commission a largement rejeté cette motion, jugeant plus approprié d'attendre les effets des mesures déployées par le DSM et les résultats finaux des négociations TARDOC, et vous recommande, Mesdames les députées, Messieurs les députés, de suivre cette décision.

Constat

- La prise en charge de patients hors des horaires de bureau coûte plus cher (p. ex. coût du personnel +50%) et est par définition plus contraignante.
- La suppression de la taxe pressante élimine un incitatif important pour les médecins à se rendre disponibles hors des horaires de bureau.
- L'offre de prise en charge pour les urgences est en baisse avec par exemple la réduction des prises en charges aux urgences de la clinique des Grangettes.

Constat

- Le coût des prises en charge dans les établissements hospitaliers sont significativement plus élevés que dans un cabinet de médecine de ville (427.- contre 196.-) selon feu santésuisse.
- Le DSM a communiqué sa volonté de remettre en place une astreinte à la garde avec une difficulté pour les médecins de s'organiser, entre autres pour des questions de personnel et de coût.
- Par ailleurs, la numérisation est un moyen avéré d'économie et d'amélioration de la qualité des soins, mais les outils numériques sont particulièrement peu utilisés en Suisse.

Constat

Comment rendre la médecine de premier recours plus attractive?



GENÈVE



Le nombre de généralistes à Genève n'est pas suffisant, selon les experts.
KEYSTONE

<https://www.tdg.ch/geneve-comment-rendre-la-medecine-generale-plus-attractive-210993196225>

5

Invite

- A créer un incitatif pour les médecins qui investissent et s'investissent dans un système de santé plus efficace et efficient, par exemple pour ceux qui participent à l'effort de garde ou adoptent des outils numériques, en relevant la valeur du point TARMED et, dans le futur, du point TARDOC, d'entente avec les partenaires tarifaires.

Avez-vous des questions?

Merci !

Date de dépôt : 21 novembre 2025

RAPPORT DE LA MINORITÉ

Rapport de Pierre Nicollier

L'objectif de cette motion est de proposer une mesure incitative forte afin d'encourager l'investissement des médecins de premier recours pour les gardes dans le Canton, permettant de décharger les services d'urgence, ainsi que pour systématiser l'utilisation d'outils numériques améliorant la qualité des soins.

Le DSM a indiqué mettre en place plusieurs mesures, dont aucune ne permet d'atteindre ces objectifs. Malheureusement, une majorité de la commission n'a pas souhaité s'informer auprès des médecins avant de prendre position sur cet objet et tenter de faire bouger les lignes dans notre système de santé.

Les mesures annoncées par le département sont les suivantes :

1. Ne pas soumettre la médecine de premier recours à la limitation de facturation à charge de l'AOS. Cette mesure n'améliore en rien l'investissement dans les gardes ou la numérisation.
2. Une nouvelle ligne de tri et d'orientation qui devrait être mise en place d'ici à la fin 2025. Cette ligne ne servira à rien si les capacités de prise en charge ne sont pas étendues. Or plusieurs institutions qui assumaient des gardes ambulatoires ont annoncé réduire leurs horaires à l'automne 2025.
3. La consolidation et l'évolution des réseaux de soins, telles que prévues par la loi sur l'organisation des réseaux de soins en vue du maintien à domicile. Il s'agit sans doute de la seule mesure qui puisse apporter une plus-value à la pratique des médecins et donc les encourager à utiliser des outils numériques.

A noter que le DSM indique que (i) « le TARDOC devrait introduire des incitations plus ciblées en adaptant la valeur du point selon les horaires » ainsi que (ii) « des incitatifs liés à la digitalisation des pratiques, avec par exemple des codes TARDOC spécifiques valorisant la prise en charge télématique ».

Concernant le 1^{er} point, la majorité de la commission a décidé d'ignorer la réalité suivante : un médecin qui se met à disposition pour des gardes, soit des consultations pressantes (nécessité médicale avérée dans les 2 heures), ne peut pas le facturer (AA.30.0010 et 0020).

Concernant les « incitatifs pour la prise en charge télématique », il s'agit de la consultation par téléphone ou vidéo, qui peut être facturée. A nouveau, cela ne permettra pas l'adoption d'outils d'échange d'information. A noter également que le Conseil fédéral a annoncé la mort du DEP le 7 novembre 2025.

Il est à souligner finalement que si le détail des points TARDOC est fixé dans le cadre d'accords tarifaires entre les assureurs et les prestataires, la valeur cantonale du point est fixée par un arrêté du Conseil d'Etat et qu'il possède donc une influence certaine sur sa valeur.

Pour toutes ces raisons, le PLR vous invite à soutenir cette motion.