



Date de dépôt : 19 juin 2026

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 Jacklean Kalibala (page 4)

Proposition de motion (3113-B)

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/pdf/1/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 Jacklean Kalibala

La commission de la santé (ci-après la commission) a étudié la motion en question lors des séances du 27 mars et du 12 juin 2026 sous la présidence de M^{me} Louise Trottet puis de M. Marc Saudan.

La commission a été assistée par M^{me} Barbara Dellwo, secrétaire scientifique au SGGC. Les procès-verbaux de ces séances ont été rédigés par M^{me} Alicia Nguyen. Le Prof. Panteleimon Giannakopoulos, directeur de l'office cantonal de la santé (DSM), a assisté aux travaux de la commission en tant que représentant du département.

Que toutes ces personnes soient remerciées du soutien précieux apporté aux travaux de la commission sur cet objet.

Résumé

Cette motion a été traitée une première fois par la commission, et sa majorité 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. Finalement, la plénière du Grand Conseil a demandé le renvoi de la motion en commission afin d'effectuer des auditions supplémentaires. L'auteur de la motion a rappelé l'importance de revoir la motion sur l'angle de la garde médicale. A l'issue des auditions de l'Association des médecins du canton de Genève et du département (DSM), il demeure que les moyens proposés ne sont ni applicables ni adaptés. Négocier une augmentation de la valeur du point avec les assurances semble illusoire dans le contexte actuel et CARA (le dossier électronique) n'est en l'état pas utilisable comme outil de travail. Le problème central identifié semble être le manque de coordination de l'offre de garde déjà présent qui pourrait s'améliorer à travers la nouvelle ligne téléphonique CeSaGe – Centrale santé Genève.

Mesdames les députées, Messieurs les députés, pour ces raisons, la commission vous recommande de refuser cette motion.

Audition de M. Pierre Nicollier, auteur de la motion

M. Nicollier rappelle que cette motion avait été votée après seulement l'audition du DSM. Beaucoup de points pendant l'audition étaient liés au futur TARDOC, qui est aujourd'hui entré en vigueur. La question du surcoût des urgences dans les établissements stationnaires par rapport à la médecine de ville n'est pas réglée, ni celle du surcoût pour l'ouverture des consultations en

jours ouvrables, contrairement à ce qui avait été annoncé par le département, et le dossier numérique n'est pas réglé. Malgré ce qui a été présenté par le département comme devant être résolu dans les mois à venir, cela n'a pas été le cas.

Il revient à l'invite. Un amendement avait été déposé, qui supprimait la mention du TARMED et ne parlait que du TARDOC. Il lit l'invite (p. 3) et annonce qu'il se concentrera surtout sur l'effort de garde, en accord avec les partenaires tarifaires.

Il rappelle que le point TARMED/TARDOC a été abaissé à Genève suite à une décision du Tribunal administratif fédéral – 0,91 pour certains assureurs et 0,94 pour d'autres, et il a été validé à 0,96, toujours en discussion.

Il mentionne les urgences. Le premier point est un rappel logique : si l'on emploie le personnel en dehors des heures d'ouverture du bureau, cela coûte plus cher. C'est le même principe pour tous, y compris les médecins employés dans des structures ou employant des assistants médicaux ou infirmiers. Il y a eu une décision de supprimer la taxe pressante ou d'urgence, ce qui fait qu'en termes de revenus, les prestataires de soins n'ont pas d'augmentation s'ils prennent en charge des patients la nuit. Le DSM a mis en place une ligne de tri et d'orientation des urgences non vitales à l'automne 2025, ce qui est positif. Les chiffres reçus indiquent que beaucoup de personnes n'allaient pas aux urgences après l'appel, mais il n'y a pas d'autres offres pour les patients. Par rapport à l'année précédente, il y a moins d'offres pour les cas bénins le soir et le week-end. L'astreinte de garde n'a pas été introduite, malgré les annonces.

Il rappelle qu'une personne prise en charge dans un cabinet de ville coûte deux fois moins que si elle est prise en charge dans un hôpital. Ces chiffres proviennent de Santé Suisse, et c'est pour cela que le Conseil national est intervenu pour introduire une taxe de 50 francs sur les urgences non justifiées. En réalité, cette mesure est incomplète : il faudrait ouvrir une alternative, sinon on ne punit que les personnes qui se rendent à l'hôpital. Il manque une pièce au puzzle. Les conditions de facturation pour une consultation pressante sont les suivantes : la nécessité médicale avérée, le contact physique et personnel entre médecin et patient, et le médecin doit prendre en charge le patient au plus tard dans les deux heures après avoir constaté le caractère pressant. Cela signifie qu'il n'est pas possible de facturer la taxe d'urgence si le médecin s'est organisé pour prendre en charge les urgences sans modifier son agenda. Deux positions de facturation sont acceptées, au maximum deux par jour. C'est conçu pour un médecin ayant son agenda rempli et recevant un patient urgent qui nécessite un déplacement ou l'annulation d'un rendez-vous. Mais cela ne résout pas le problème des cas bénins de patients sans médecin traitant, qui vont dans des centres surspécialisés, coûteux.

Pour les consultations urgentes, il faut tout interrompre pour prendre en charge le patient. Dans un centre organisé pour les urgences, il n'y a pas de droit de facturer. Il n'y a donc aucune incitation économique à prendre en charge les patients en dehors des heures de bureau : le personnel coûte plus cher et le médecin ne gagne pas plus. Aujourd'hui, l'alternative au fait d'aller faire la queue à la Tour ou aux HUG, c'est de contacter un médecin à domicile, ce qui coûte encore plus cher.

Concernant le numérique, l'idée est que pour assurer des prestations de qualité pour les urgences non vitales, le médecin doit avoir accès à des données et informations complètes, et il faut encourager l'utilisation des outils numériques. TARDOC n'encourage pas cela. La motion propose de lier une modification du point TARDOC à l'usage des outils numériques.

L'objectif est de demander au Conseil d'Etat de discuter avec les partenaires tarifaires et de montrer que, si l'on met en place des éléments permettant de réaliser des économies pour le système de santé, cela vaut la peine d'investir. Au final, cela permettrait de réduire le coût global de la santé. Les médecins qui s'impliquent dans les gardes et utilisent des outils numériques pourraient bénéficier d'un point TARDOC plus élevé, mais la facture globale diminuerait pour le système et pour la population.

Questions des députées et députés

UDC : demande comment identifier tous ces centres trop chers et s'il serait possible d'instaurer un logo pour signaler le moins cher.

M. Nicollier répond qu'aujourd'hui ce n'est pas possible, car les données ne sont pas disponibles. Mais, dès 2028, le canton disposera de toutes les données de facturation, ce qui permettra d'analyser l'économicité du système et de mieux comprendre quels médicaments sont donnés à quel endroit et quelles pathologies sont plus fréquentes dans quel quartier. Actuellement, seul le contrôle des coûts via les assurances existe. Celles-ci utilisent des systèmes statistiques pour identifier les prestataires coûteux, qui reçoivent alors des lettres d'explication. L'UDC suggère quelque chose qui ne peut pas être mis en place aujourd'hui.

UDC : s'interroge sur le paiement pour une personne se rendant dans un centre très cher : qui paie, l'assurance ? Et l'assurance peut-elle se retourner contre la personne ?

M. Nicollier indique que le patient ne risque rien. La LAMal garantit le paiement des prestations. Les assurances peuvent se retourner contre le prestataire de soins, mais à Genève les plus chers sont les HUG, organisés pour

les urgences vitales, d'où le coût élevé et l'intérêt moindre pour les urgences non vitales.

S : précise concernant la garde : il n'y a pas eu d'astreinte, mais une garde volontaire des médecins généralistes pendant les périodes de Noël, les vacances de février et les congés de médecine interne en janvier. Ce sont souvent les périodes où les urgences sont les plus surchargées. Les patients ont surtout été rassurés et réorientés, et non incités à consulter ces médecins.

Elle relève que l'invite est confuse : il est dit qu'il faut augmenter le point pour ceux qui font des gardes ou utilisent les outils numériques. Elle demande si le point est augmenté pour tout le travail ou seulement le travail de garde, et comment il serait calculé. Elle questionne l'ajout des outils numériques : la plupart des médecins utilisent déjà ces outils, mais cela ne réduit pas le coût de la santé. Valoriser quelqu'un sur CARA ne changera rien pour le coût global.

M. Nicollier confirme que l'invite est très générale et aurait peut-être dû être plus spécifique sur trois points. Concernant la garde, l'objectif n'est pas que quelqu'un fasse une garde une fois par mois et obtienne 2-3% de plus sur toute sa facturation. Cela doit être calibré. Le département devra fixer les critères. L'idée est que les participants à cet effort soient rémunérés de manière équitable, et non par des cadeaux indirects. Il faudra calculer combien cela coûte et rapporte, et si cela vaut la peine pour le médecin. Il n'a pas fait les calculs et il suggère de demander au DSM de le faire.

Concernant les outils numériques, il a volontairement laissé le texte large pour ne pas mentionner CARA explicitement. Le canton pourrait décider que toutes les personnes effectuant des gardes utilisent My HUG. L'inscription seule ne suffit pas : si My HUG est utilisé pour tous les patients lors des gardes, il serait possible d'augmenter légèrement le point TARDOC pour ces factures.

S : relève que My HUG n'est pas un outil destiné à réduire les coûts.

M. Nicollier indique que si, lors d'une garde, un médecin a un patient qu'il ne connaît pas, et que les informations le concernant sont renseignées dans le système auquel il peut accéder, il sera plus facile pour lui de soigner le patient. L'idée est qu'il y ait un échange d'informations. Il ne pense pas que CARA soit utilisable actuellement, mais cela pourrait évoluer et, dans le futur, CARA pourrait être utilisé s'il fonctionne bien, ou une autre solution. Il existe des plateformes développées en Suisse alémanique qui, dans certaines situations, permettent aux médecins d'urgence de consulter le dossier médical chez le médecin traitant. Ce sont des solutions en test, et leur utilisation pourrait être envisagée pour commencer. Ce n'est pas énorme, mais c'est déjà un progrès.

UDC : pose une question de fond par rapport à cette proposition, essentielle si l'on veut réduire la fréquentation des urgences, qui coûte très cher. Mais, du point de vue du patient, au moindre accident, on ne se rend pas forcément à l'hôpital. Il demande s'il ne faudrait pas créer une sorte de centrale d'orientation, pour aiguiller les patients vers le lieu approprié. Actuellement, les patients se rendent parfois dans un centre où ils attendent des heures pour des cas bénins, et même dans une permanence en journée, ils peuvent attendre trois heures. Leur médecin est en vacances ou son agenda est complet. Avec une centrale qui connaîtrait les disponibilités des médecins, il serait possible de mieux orienter les patients, sans créer une usine à gaz. Il interroge sur la nécessité d'incitatifs, rappelant que le système de santé est social, les coûts sont fixés par l'Etat, et les prestataires ont une garantie de rémunération. A l'hôpital, travailler la nuit ou le dimanche rapporte 7,55 francs de plus de l'heure. Il estime qu'il n'y a pas besoin d'incitatifs importants, mais plutôt d'une meilleure organisation. Selon lui, la plupart des gens ne savent pas où aller, et le médecin n'est pas disponible, donc ils se rendent à l'hôpital.

M. Nicollier pense que c'est pour cette raison que le canton a mis en place une ligne téléphonique l'année passée et a demandé aux médecins de garder des créneaux libres pour prendre en charge les urgences.

UDC : souligne qu'il parlait de cas bénins qui peuvent attendre un certain temps. Il propose qu'on informe les patients que leur cas peut attendre un jour ou deux, ce qui les rassurerait. Cela implique que la ligne téléphonique du canton connaît les disponibilités.

S : précise que cette ligne aiguillerait les patients vers l'endroit le plus adapté à leur problème, où un médecin serait disponible sous trois heures.

UDC : estime que la population n'est pas suffisamment informée et devrait être sensibilisée. Selon lui, les 200 000 personnes bénéficiant de subsides, mais aussi les autres, devraient être informées de l'existence de cette ligne.

M. Nicollier reconnaît qu'une communication pourrait être faite, mais qu'elle pourrait être améliorée.

UDC : demande si, en journée, le dispositif de soins fonctionne déjà à flux tendu ou s'il existe une marge.

Verts : répond que cela dépend des périodes, certaines étant plus calmes et d'autres plus chargées.

M. Nicollier ajoute que le mois de décembre est toujours très chargé, notamment en raison de l'atteinte des franchises par les patients, des vacances des médecins, de la grippe et des accidents de ski.

S : rebondit sur l'organisation. Beaucoup de médecins proposent déjà des consultations d'urgence sans rendez-vous, mais cette information n'est pas relayée. Il serait utile d'améliorer la communication, la collaboration et la coordination. Elle estime que ce sont plutôt ce type d'efforts qu'il faut privilégier pour optimiser l'existant. Les utilisateurs de OneDoc savent qu'il est possible de trouver rapidement un rendez-vous chez un médecin. Avec un outil comme celui-ci, qui n'est pas étatique, on peut avoir une visibilité sur les disponibilités dans la journée ou le lendemain. Selon elle, plutôt que d'instaurer des incitatifs financiers, déjà coûteux et qui pourraient surcharger l'assuré avec un point TARDOC supplémentaire, il vaut mieux exploiter et améliorer les ressources existantes. Elle souligne l'importance de mesures économiques, efficaces et qui soulagent à la fois le patient et le professionnel.

M. Nicollier note que chaque fois qu'on évite qu'un patient se rende aux urgences ou à l'hôpital, cela permet de réaliser d'importantes économies.

S : estime que l'on peut atteindre ce résultat sans incitatif financier, car il reste beaucoup à améliorer sur la coordination et la communication.

M. Nicollier conclut que cela coûte donc moins cher. Il faut maintenant déterminer si l'offre existante est suffisante pour absorber ces besoins. L'idée de ce projet est de faciliter l'accès à cette offre tout en générant des économies.

LJS : ajoute qu'il serait utile d'obtenir un retour de l'AMGe et du DSM concernant les urgences, et éventuellement des pédiatres, qui ont été fortement impactés.

Audition de M. Antonio Pizzoferrato, secrétaire général de l'Association des médecins du canton de Genève (AMGe)

M. Pizzoferrato commence par trois remarques concernant le texte de la motion. Concernant la valeur du point, elle n'a en réalité pas été baissée, mais confirmée à 0,96 par M. Maudet. Ce sont les assureurs qui contestent cette décision devant le Tribunal administratif fédéral. Entre-temps, et conformément à une pratique constante du TAF, le tribunal a retenu une valeur de 0,94 à titre provisoire. Sur le fond, le tribunal confirme toutefois la valeur de 0,96.

Il poursuit en indiquant que la deuxième remarque porte sur les taxes pressantes. S'il y a une volonté des assureurs de ne plus rembourser cette taxe, l'AMGe a également entrepris des procédures contre des décisions d'assureurs requérant le remboursement de montants importants de la part de certains médecins. Les procédures sont en cours et leur issue reste à déterminer.

Il attire l'attention sur le fait que les conditions d'application de cette taxe pressante ont changé entre le moment où la motion a été rédigée et aujourd'hui,

notamment avec le passage du TARMED au TARDOC. Le législateur a simplifié certaines conditions. Aujourd'hui, il suffit que le patient soit vu dans les deux heures pour que la taxe pressante puisse s'appliquer, ce qui ne signifie pas pour autant que les assureurs la rembourseront, même si cette condition est remplie.

Il mentionne également la numérisation des dossiers médicaux. Il a réalisé un sondage auprès des membres de l'AMGe, qui compte plus de 3000 médecins. Une écrasante majorité utilise un dossier électronique, mais pas celui attendu par l'Etat, à savoir CARA. Ce n'est pas tant la numérisation qui est centrale, mais la possibilité d'y accéder avec l'accord du patient. Un autre enjeu concerne la rapidité de recherche de l'information, car un des problèmes rencontrés avec CARA et d'autres systèmes est qu'ils classent les documents de manière historique plutôt que systémique.

Concernant la question de la garde, le canton a entrepris une réflexion plus large que la seule organisation de la garde, englobant l'ensemble du réseau d'urgences genevois, notamment les HUG. C'est dans ce cadre que la garde pourrait trouver sa place, des réflexions étant en cours pour orienter les médecins participant à la garde vers ces centres RUG. L'objectif principal est de désengorger dans un premier temps les urgences des HUG et, à moyen terme, d'inscrire cette démarche dans une approche plus géographique de l'offre de soins du canton de Genève.

Dans ce cadre, l'AMGe, les HUG, l'Etat de Genève et la CeSaGe – Centrale Santé Genève – sont actuellement en discussion. Le dispositif actuellement à l'étude consiste d'abord à définir les besoins de la population. A cet égard, la CeSaGe constitue un outil pertinent, la population s'habituant progressivement à utiliser ce numéro, avec environ 5400 appels enregistrés en moins de six mois. Selon ses chiffres, environ 50% des appelants pourraient être redirigés vers ces structures de garde. Cette activité concernerait principalement une partie de la médecine générale, notamment les médecins nouvellement installés, sans que la durée exacte de cette qualification (2, 3 ou 5 ans) soit encore définie. Ces médecins intégreraient des structures existantes, permettant de réduire les coûts.

L'AMGe avait mis en place une organisation de garde cet hiver au sein de centres dédiés, construits spécifiquement pour ces besoins. Il est toutefois apparu rapidement que les coûts de fonctionnement étaient disproportionnés par rapport aux besoins. En revanche, l'utilisation de locaux existants avec un plateau technique adéquat, une infrastructure et du personnel formé aurait davantage de sens.

Cette organisation permettrait également d'améliorer la visibilité et la communication autour de la garde. Il serait nécessaire d'habituer la population à se rendre dans ces centres. La mise en place de cinq centres répartis sur le canton serait plus efficace que la recherche d'un médecin de garde en cabinet. L'idée serait d'organiser des plannings de médecins sur l'année et de prévoir une phase test de deux ans afin de permettre à la population de s'adapter. L'AMGe assurerait la gestion administrative et la planification des médecins. Avec les HUG, l'objectif est également d'assurer une transparence sur cette activité, notamment sur les plans quantitatif et financier, afin d'harmoniser les honoraires et la facturation et d'éviter des écarts importants entre structures.

Questions des députées et députés

PLR : demande quelle est la position concernant la taxe pressante. M. Pizzoferrato ayant mentionné qu'elle était intégrée dans le TARDOC, il relève qu'elle ne peut être facturée que deux fois par jour par médecin ou par institution, et demande si ce système est suffisant pour permettre aux structures de fonctionner de manière viable et pour inciter les médecins à participer aux gardes en dehors de leurs horaires habituels.

M. Pizzoferrato indique que cette restriction a été introduite afin d'éviter que la prise en charge pressante ne devienne une activité purement commerciale. Sous le TARMED, l'une des conditions était que le patient soit vu en dehors des heures habituelles du médecin, traduisant un effort particulier de celui-ci.

Il distingue cela de certaines structures qui ont été créées spécifiquement pour accueillir des patients après 17h. Dans ces cas, le législateur n'a pas souhaité que la taxe pressante s'applique, considérant que ces structures sont précisément organisées pour fonctionner sur ces plages horaires. Il précise qu'il ne s'agit pas de la même chose que la taxe d'urgence. Les gardes évoquées relèvent soit de l'urgence, lorsque les conditions sont remplies et que des forfaits spécifiques s'appliquent, soit d'un service rendu à la population lorsque le patient doit être vu dans la journée. Selon lui, il n'existe pas d'urgences de niveaux 3 ou 4 dans l'échelle tarifaire. Selon la situation du patient, soit le forfait d'urgence s'applique, soit il ne s'applique pas.

La taxe pressante, quant à elle, concerne la situation où un médecin traitant, habituellement disponible jusqu'à 18h-19h, accepte de prolonger sa journée pour recevoir un patient en fin de journée.

PLR : demande si l'offre de garde a évolué ces dernières années.

M. Pizzoferrato estime qu'elle est globalement stable. Environ une centaine de médecins de l'AMGe participent régulièrement à des gardes et

intègrent les réseaux RUG. Il observe toutefois une dimension qualitative importante : chacun travaille aujourd'hui de manière relativement isolée, sans véritable coordination. Il estime que cette coordination pourrait s'améliorer avec la mise en œuvre du projet. Actuellement, le dispositif RUG comprend cinq établissements, avec des difficultés de personnel à certains moments. La CeSaGe ne peut pas être sollicitée pour augmenter le nombre de patients, alors que ces derniers seraient nécessaires à l'équilibre économique des structures.

Selon lui, la garde pourrait représenter une solution permettant de répondre à plusieurs enjeux simultanément. Les statistiques de la CeSaGe indiquent qu'environ la moitié des appels pourraient être redirigés vers ces structures, soit environ 30 cas par jour sur 64 à 65 appels susceptibles d'être réorientés.

PLR : demande si un incitatif financier permettrait de faciliter le recrutement de médecins dans ces centres et de désengorger les structures d'urgence suréquipées.

M. Pizzoferrato confirme que, sans incitatif, il s'agirait d'une astreinte obligatoire. Il considère que les dispositifs fonctionnent mieux lorsqu'ils reposent sur le volontariat. La difficulté réside toutefois dans la définition concrète de ces incitatifs. Ceux-ci permettraient à certains médecins de se porter volontaires, compensant ainsi ceux qui seraient contraints d'y participer.

LJS : évoque la question d'une éventuelle astreinte obligatoire et demande si elle relèverait d'une base réglementaire du Conseil d'Etat.

M. Pizzoferrato répond que ce n'est pas nécessairement le cas.

LJS : demande ensuite comment cette astreinte serait financée et si une aide de l'Etat serait nécessaire pour la mettre en œuvre.

M. Pizzoferrato explique que, dans le projet actuel, la période de 24 mois constitue une phase test. Du côté des HUG et de la CeSaGe, l'hypothèse est qu'à moyen terme, une éducation de la population permettra d'orienter suffisamment de patients vers ces structures pour assurer leur autonomie financière. Ils estiment qu'il faut environ trois à quatre patients par heure pour garantir l'équilibre économique d'un médecin sur site de garde. Durant cette phase, une aide de l'Etat serait nécessaire si certaines mesures tardaient à être mises en place.

Il ajoute que, si les objectifs ne sont pas atteints, cela signifiera que l'analyse initiale des besoins était erronée, auquel cas le projet pourrait être arrêté au terme des deux ans, voire plus tôt si cela s'impose.

PLR : relève qu'en l'absence d'obligation, il est nécessaire de prévoir des incitatifs pour garantir la présence de personnel. Il souligne également que les structures hospitalières et d'urgence sont généralement plus coûteuses,

parfois jusqu'à quatre fois plus, et demande si cela pourrait constituer un argument auprès des assurances afin de réduire les coûts globaux tout en améliorant l'organisation du système.

M. Pizzoferrato indique qu'ils ont discuté avec les assurances et qu'il estime qu'il ne faut rien attendre de ces dernières. Elles sont aux antipodes de ce type de discussions. Tous les dossiers que l'AMGe traite aujourd'hui concernent des situations où les assureurs ont décidé de réduire la voilure. Cela vaut pour la valeur du point, mais également pour de nombreux autres aspects. Il observe un trend général où les assureurs cherchent à réduire la couverture assurantielle. Il ne pense pas qu'en discutant avec eux, ceux-ci accepteraient de céder 0,1 ou 0,2 point en faveur des médecins.

Il souligne que les médecins sont à peu près les seuls pour lesquels le travail en journée, en soirée, le week-end ou les jours fériés est rémunéré de la même manière. Dans toutes les autres professions, le travail effectué en soirée, le week-end ou les jours fériés fait l'objet d'une rémunération différenciée.

Verts : rebondit sur une donnée mentionnée par M. Pizzoferrato concernant la rentabilité des centres d'urgence sans incitatifs, à savoir 3 à 4 patients par heure. Elle estime ce chiffre très élevé.

M. Pizzoferrato explique qu'en règle générale, une consultation en urgence, lorsqu'elle ne nécessite pas de prise en charge ultérieure ni d'hospitalisation, dure environ 15 à 20 minutes par médecin. Aux urgences, indépendamment du temps d'attente, toutes les personnes présentes ne sont pas des médecins. Aujourd'hui, la moyenne de prise en charge d'un patient est inférieure à 20 minutes ; il précise que ce temps correspond à ce qui est nécessaire pour poser un diagnostic.

Verts : relève que la part administrative reste néanmoins importante.

M. Pizzoferrato confirme et ajoute que c'est précisément pour cette raison que l'investissement dans des locaux où du personnel est déjà présent pour d'autres tâches, y compris administratives, n'est pas une mauvaise idée. Il reste toutefois encore d'autres éléments à régler. Ces chiffres concernent l'activité de ces centres et des urgences RUG. Il estime qu'il serait utile d'entendre l'un ou l'autre des responsables des HUG.

LJS : mentionne ensuite le projet REFORMER et demande si l'AMGe, en tant que représentation des médecins installés, se considère comme partie prenante de la formation des médecins à la sortie, ou si ce projet est plutôt hospitalo-centré selon lui.

M. Pizzoferrato estime que les communications à ce sujet ne sont pas encore suffisantes. Lorsqu'elles existent, elles sont davantage de nature informelle qu'institutionnelle. Il est vrai que l'AMGe défend et représente les

intérêts des médecins installés ; on pourrait donc penser que la formation et l'organisation des parcours de formation ne relèvent pas directement de son champ d'action. La réalité est toutefois différente, car il est important de faire remonter les informations du terrain. Derrière les chiffres, notamment lorsqu'il est question de la clause du besoin, il existe souvent un écart important entre les données théoriques et la réalité du terrain, par exemple en fonction de l'âge des médecins ou des spécialités concernées.

Il mentionne enfin que l'AMGe a pris contact lundi dernier avec l'AMIG afin d'examiner l'opportunité de se rapprocher. L'AMIG est davantage, voire directement, concernée par ces questions, ce qui pourrait permettre de renforcer leur poids dans ce projet.

Audition de M. Pierre Maudet, conseiller d'Etat – DSM

M. Maudet se dit plutôt favorable à ce texte. C'est pour cela qu'en séance plénière il a indiqué ne pas avoir d'objection à son renvoi en commission. La motion repose sur des prémisses qu'il juge justes, mais les moyens proposés ne lui paraissent ni applicables ni conformes. Sur le fond et les constats, en revanche, ils convergent. Il estime que cette motion ne peut pas être simplement écartée, car elle mérite, en lien avec les avancées et une série d'éléments évoqués, de permettre de confirmer que les autorités ne restent pas inactives face aux problématiques soulevées. La difficulté principale réside dans une contrainte juridique et politique, déjà bien exposée par M. Pizzoferrato, qui concerne la possibilité d'intervenir unilatéralement sur la valeur du point.

Il rappelle avoir repris ce dossier en 2023 et avoir demandé aux assurances de lui laisser six mois pour parvenir à un accord. Constatant l'impossibilité d'un consensus, il a proposé au Conseil d'Etat de maintenir la valeur du point à 0,96, décision prise le 30 novembre, environ six mois après son entrée en fonction. Il estime qu'il existe très peu de marge de manœuvre pour une discussion à ce sujet.

Introduire une valeur unilatérale ou différenciée lui semble, sinon impossible, du moins extrêmement complexe. Cela pose également la question du bon levier pour améliorer la situation. Une augmentation de la valeur du point aurait un impact direct sur les coûts de la santé et, à terme, sur les primes d'assurance-maladie. Dans le contexte actuel, notamment avec l'introduction du TARDOC, il juge délicat d'intervenir de manière cantonale sur la valeur du point.

Le DSM partage en résumé les constats de la motion et souscrit pleinement à l'idée d'une meilleure efficacité du système de santé genevois. C'est dans ce

cadre que des discussions approfondies sont en cours sur les enjeux au cœur des réflexions. Il rappelle néanmoins que, pour les urgences au sens strict, la LAMal permet une prise en charge adaptée.

Il estime également que l'articulation des centres d'urgence peut encore être optimisée et que l'Etat peut contribuer à améliorer le dispositif. Il rectifie les chiffres mentionnés par M. Pizzoferrato : selon les éléments présentés mercredi, il ne s'agirait pas de 3 à 4 patients par heure, mais de 2 à 3, ce qui constitue une différence significative. La soutenabilité du modèle et son équilibre sont évalués sur cette base par l'AMGe et les centres de secours, ce qui lui paraît plus réaliste.

Il ajoute que le modèle idéal reste à affiner, notamment en termes de nombre de centres et de types d'activité. Les premiers éléments issus des structures de la CeSaGe sont encourageants, et un bilan est attendu la semaine prochaine. La Tribune de Genève a déjà partiellement relayé ces éléments, avec une tonalité jugée plutôt négative dans le titre, alors que le contenu de l'article comporte également des aspects positifs.

Il estime que le dispositif doit encore être affiné. Il se dit partisan de la persuasion plutôt que de la contrainte, et considère que le système d'astreinte présente plusieurs défauts qu'il ne souhaite pas reprendre. Il n'est pas convaincu qu'une généralisation de l'astreinte soit une solution pertinente et il estime qu'il faut également intégrer des médecins plus expérimentés dans le dispositif.

De manière générale, si l'objectif de la motion est de répondre principalement à la problématique de la valorisation des médecins de premier recours, essentiels dans le système d'urgence, il considère que la solution ne passe pas par une augmentation de la valeur du point. Dans un contexte déjà tendu avec les assurances et marqué par des litiges juridiques, le DSM propose plutôt de remercier la commission pour le travail effectué, tout en envisageant un classement vertical de la motion. Il indique que le DSM reviendra de toute manière sur les éléments relatifs aux urgences.

M. Giannakopoulos ajoute que ce qui a été présenté au sujet des urgences ne représente qu'une partie du dispositif. Il existe également des modes d'intervention dans la communauté, notamment à domicile, avant l'arrivée des patients dans les centres. Ces dispositifs impliquent déjà des intervenants, parfois financés.

Il précise que des réflexions avaient été engagées pour développer davantage les soins à domicile afin d'éviter les passages aux urgences. Toutefois, la mise en œuvre de ces dispositifs reste complexe. L'expérience de

la garde n'a pas été particulièrement concluante : parfois, des médecins étaient disponibles, mais aucun patient ne se présentait.

Les données montrent qu'au fil des années, les centres RUG prennent principalement en charge des urgences de niveau 3 et 4, tandis que le reste est absorbé par les HUG. On observe une augmentation importante de l'activité aux HUG, mais un plateau stable dans les centres RUG. Il estime qu'une analyse plus fine est nécessaire pour comprendre ces évolutions, qui ne relèvent pas uniquement de considérations financières, mais de l'organisation globale de la prise en charge des patients.

Questions des députées et députés

PLR : demande, en lien avec le système d'astreinte, s'il est pertinent de faire un parallèle avec le modèle espagnol, dans lequel un médecin formé doit des heures à la communauté tout au long de sa carrière. Il explique que, dans ce système, une part importante des revenus peut provenir du privé, mais que les médecins restent mobilisables dans le secteur public, permettant de disposer d'un large éventail de profils dans les structures de garde. Il demande si un modèle d'astreinte basé sur ce principe serait envisageable.

M. Maudet répond qu'il s'agit en quelque sorte d'une conception du médecin comme officier public ayant une forme de dette envers la collectivité, en contrepartie de la formation reçue. Cette approche a pu correspondre à certaines réflexions initiales, mais il a constaté qu'elle ne correspondait pas réellement à la vision partagée avec l'AMGe.

Il précise que dans certains cantons, comme Vaud, une forme d'astreinte existe déjà, mais que cela relève d'une culture différente. La situation genevoise est particulière et ne peut pas être comparée directement à celle d'autres cantons. A Genève, cette tradition n'existe pas, et il est peu probable qu'une astreinte imposée produise les effets attendus si elle ne correspond pas à la culture du terrain.

Le but d'un tel dispositif doit être de produire un résultat efficace et utile. Les discussions constructives avec l'AMGe ont conduit à privilégier un modèle basé sur le volontariat et le consentement. Selon eux, il est possible d'organiser des gardes sans recourir à une astreinte obligatoire.

Il reconnaît toutefois qu'au début du dispositif CeSaGe, la question de l'équilibre économique pourrait se poser. L'implication des médecins est difficile à garantir si le volume de patients n'est pas suffisant dès le départ.

Il relève également qu'un effet pervers pourrait apparaître pour certaines catégories de la population encore soumises à une franchise élevée, qui pourraient être incitées à consulter davantage leur médecin de premier recours,

ce qui pourrait entraîner des coûts supplémentaires. Cet aspect n'a toutefois pas encore été vérifié empiriquement.

Il conclut en rappelant que l'intérêt de l'Etat est avant tout de réduire la pression sur les urgences, ce qui constitue également le principal levier justifiant un soutien financier dans la phase de lancement du dispositif.

PLR : rappelle que le texte est parti d'articles de presse montrant que la prise en charge dans les centres hospitaliers de ces consultations est trois à quatre fois plus élevée que lorsqu'elle est assurée par un médecin de premier recours. Cela conduit donc à une économie lorsque certains patients sont redirigés vers une prise en charge plus simple en termes d'infrastructures et de personnel. L'objectif est ainsi de générer une économie et non une augmentation des coûts.

M. Maudet estime néanmoins que cela pourrait effectivement conduire à ce résultat.

PLR : demande ce qu'il pense de la proposition de travailler sur le TARDOC et la taxe pressante. Il s'agit d'un autre moyen d'atteindre un objectif similaire, sans passer par une augmentation générale de la valeur du point. Il demande si le canton serait favorable à ce type de solution, qui vise une réduction des coûts et, le cas échéant, s'il serait pertinent qu'une motion encourage le canton à s'engager dans cette direction.

LJS : élargit la discussion et demande si cette question a été abordée au sein de la Conférence sanitaire avec les autres cantons, également confrontés à des difficultés dans leurs systèmes d'urgences. Il s'interroge sur une éventuelle action concertée au niveau fédéral concernant la taxe pressante.

M. Maudet indique que le point de départ est de reconnaître que la compétence relève du niveau fédéral et non cantonal. En réponse au président, il précise que le canton peut certes développer une stratégie en coordination avec d'autres cantons, mais que l'enjeu principal se situe au niveau fédéral.

Il souligne que le contexte fédéral est actuellement particulièrement complexe, notamment en raison de l'introduction du TARDOC en début d'année, qui nécessite encore de nombreuses clarifications. L'objectif du TARDOC est à la fois d'apporter de la visibilité et de permettre une meilleure maîtrise des coûts, voire à terme une réduction de ceux-ci. Toutefois, la situation actuelle reste très incertaine, les institutions peinant encore à facturer correctement.

Il estime que la fixation des tarifs pour 2027 se fera dans une grande incertitude, notamment si elle se base sur les données de début 2026, qui ne refléteront pas encore la réalité stabilisée de la facturation. L'ensemble demeure donc particulièrement complexe. Il considère que la piste évoquée par

le président est pertinente et que c'est par ce canal qu'il convient d'agir, dans la logique du TARDOC, qui repose sur une logique de forfaitisation complétée par une valeur du point pouvant varier selon les régions, afin de définir plus clairement les prestations incluses.

Il souligne deux éléments qui, selon lui, perturbent actuellement le débat au niveau fédéral. Le premier concerne la complexité technique de la mise en œuvre du TARDOC. Le second est la proposition portée par le groupe PLR au niveau des Chambres fédérales visant à introduire une taxe pour les passages aux urgences hospitalières. Ce débat revient régulièrement et suscite des positions très divergentes selon les cantons. Certains, dont Genève, s'y opposent, tandis que d'autres estiment qu'une telle taxe permettrait de réduire la pression sur les urgences hospitalières, lesquelles sont sous forte tension dans toute la Suisse.

Il rappelle que la diminution du recours aux médecins de famille, liée notamment à leur nombre en baisse, ainsi que la renonciation aux soins en raison des franchises constituent des facteurs majeurs de cette pression.

Ces questions devraient, en principe, être traitées par les Chambres fédérales dans le courant de l'automne. Il précise par ailleurs qu'il a récemment rejoint le conseil d'administration de l'OTMA (Organisation tarifs médicaux ambulatoires), organisme fédéral chargé d'examiner les propositions des partenaires du système de santé et de formaliser les forfaits intégrés dans le TARDOC. Il n'avait pas participé à la phase préparatoire, mais il constate que ce conseil réunit deux représentants des cantons, deux des médecins, deux des hôpitaux et quatre des assureurs, ce qui reflète déjà un poids important de ces derniers.

Il observe que les discussions actuelles portent sur la première évaluation des forfaits du TARDOC, avec des positions très divergentes : les médecins cherchent notamment à sortir certains actes des forfaits, les pharmaciens, bien que non représentés à la table des négociations, souhaitent également en exclure les médicaments pour des raisons de soutenabilité financière, tandis que les assureurs tendent à intégrer un maximum d'éléments dans les forfaits afin de réduire les coûts.

Dans ce contexte, la question des urgences reste secondaire. Elle représente un enjeu financier marginal à l'échelle globale du TARDOC et ne constitue pas une priorité, y compris pour une partie du corps médical. Selon lui, toute stratégie en la matière se heurterait à une forte opposition des assureurs, tandis que les hôpitaux pourraient y être favorables, dans la mesure où une meilleure régulation via le TARDOC pourrait contribuer à réduire la pression sur leurs structures.

Il estime néanmoins qu'une telle évolution supposerait au préalable un alignement des médecins, notamment à travers l'AMGe et les sociétés de médecine des autres cantons, sur la volonté de travailler dans le cadre des principes du TARDOC, c'est-à-dire une forfaitisation intégrant la réalité de la prise en charge médicale.

En résumé, il considère que Genève devrait soutenir ou initier des démarches visant à intégrer la problématique des urgences dans le cadre du TARDOC au niveau fédéral.

PLR : juge la réponse encore très théorique et demande s'il serait possible de clarifier la position. Il souligne les problèmes liés à une systématisation de la taxe pressante, certains abus ayant été constatés par le passé. L'objectif n'est pas de reproduire ces effets, mais de trouver une solution plus globale à l'échelle suisse.

M. Maudet confirme que quelques scandales ont effectivement été observés en Suisse alémanique, notamment avec des entreprises ayant fait un usage abusif de la taxe pressante, ce qui a conduit à une intervention du Tribunal fédéral.

Il ajoute que EFAS (réforme pour le financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires) entrera en vigueur dans environ un an et demi et qu'il est fortement lié au TARDOC, dans la mesure où ces réformes accompagnent et amplifient la transition vers l'ambulatoire. Il estime enfin qu'il est totalement illusoire de penser que le TARDOC permettra à lui seul d'atteindre les objectifs fixés par la motion.

Discussions

S : remarque, concernant la discussion sur le service à la population dans le discours du PLR, qu'en exerçant leur métier les médecins ne rendent pas service à la population. Elle trouve problématique, lorsqu'on parle d'incitatifs, qu'on ne valorise pas en premier lieu le travail des médecins. La médecine de premier recours est, selon elle, celle qui rend le plus de service à la population.

Elle considère que, dans la manière d'organiser la garde et d'inciter les médecins, il manque une réflexion sur la nature réelle du travail médical et sur la valeur de celui-ci. Elle estime qu'il faut être attentif à ce type de discours.

PLR : précise qu'il ne l'entendait pas dans ce sens-là, mais plutôt dans l'idée de faciliter le système d'astreinte afin d'éviter toute sélection parmi les médecins. Il ne s'agit pas d'une remise en cause du service à la population. Il rappelle que la collectivité a financé une part importante de la formation des médecins et que, dans cette logique, ceux-ci rendent ensuite un certain nombre d'heures à la population au cours de leur activité.

Il ajoute que l'objectif n'était pas de dire que les médecins ne faisaient pas correctement leur travail, mais de souligner qu'il existe ailleurs des modèles fonctionnant sur une base où chaque médecin consacre quelques heures par semaine ou par mois au service public. Il insiste sur le fait qu'il n'y avait aucune intention de stigmatisation ou de sanction.

S : relève que, lorsqu'on parle de service rendu dans ce contexte, cela revient à instaurer une astreinte qui ne concernerait que les médecins de premier recours, alors que les autres spécialités n'y seraient pas soumises. Elle estime que, compte tenu des difficultés de recrutement et de relève dans la médecine de premier recours, il est important d'anticiper les effets de ce type de dispositif. Elle considère qu'il ne s'agit pas d'un incitatif dans ce cas.

Verts : partage les propos de la préopinante et estime que, s'il devait y avoir un système d'astreinte, il faudrait réfléchir à l'étendre à l'ensemble des spécialités afin de garantir une forme d'équité. Elle rappelle que la médecine de premier recours fait déjà partie des disciplines les moins favorisées.

Elle interroge ensuite le DSM sur les propos tenus concernant la fréquentation des urgences, qui continue d'augmenter. Elle comprend qu'au niveau fédéral des discussions sont en cours pour modifier la situation, et demande si, dans une perspective de six mois, il faut s'attendre à une hausse continue de la fréquentation des urgences des HUG ou à une stabilisation, ainsi qu'aux mesures qui devraient être mises en place.

M. Maudet répond que des mesures sont déjà mises en œuvre immédiatement. Le Conseil d'Etat a validé cette semaine une proposition accompagnée d'une importante campagne de communication visant à renforcer le rôle de la CeSaGe. Il indique que le chef des urgences, fin 2025, avait exprimé la crainte que la situation ne décolle trop fortement si la communication était trop intensive. Or, c'est précisément l'effet inverse qui s'est produit, ce qui conduit à renforcer l'action engagée.

Il précise que le gouvernement fonde des espoirs sur les effets de cette campagne de communication.

Verts : demande s'il existe une crainte que certains centres RUG doivent fermer faute de rentabilité, ce qui pourrait aggraver la situation du système.

M. Maudet répond par la négative. Il reconnaît qu'il s'agit d'une crainte exprimée, mais indique que les autorités entendent pousser le système afin d'en tester les limites. Si ces centres répondent à un besoin réel, même si celui-ci n'est pas strictement qualifiable d'urgence, et qu'il peut être pris en charge par un autre maillage, cela correspond à une évolution logique du système.

Il précise toutefois que cette évolution est conduite progressivement, avec un suivi attentif de l'ensemble des données. Il n'est pas question de fragiliser

les structures existantes. Il souligne qu'un partage transparent des chiffres et un suivi quasi mensuel sont assurés. Le risque est donc considéré comme limité, même si la crainte est légitime.

M. Giannakopoulos souligne que le risque principal serait une réduction des horaires d'ouverture des structures, plutôt qu'une suppression de celles-ci.

PLR : demande s'il existe donc une piste consistant à sortir une partie des cas des urgences hospitalières, plus coûteuses, afin de les orienter vers la médecine de ville, et quelles conditions doivent être réunies pour que cette dernière accepte de prendre en charge ces situations.

LJS : complète la question et demande s'il est envisageable, via la CeSaGe, que certaines consultations réorientées vers des médecins de ville ou des structures RUG, en dehors des horaires habituels et assurées par des médecins non employés par ces centres, puissent bénéficier d'un mécanisme de compensation financière, par exemple via une MIG dédiée. Il rappelle que le réflexe de la population reste de se rendre dans les centres d'urgences hospitaliers lorsqu'ils sont ouverts en continu.

M. Giannakopoulos répond que la principale difficulté réside dans la gestion de l'aval, c'est-à-dire ce qui se passe après la prise en charge initiale. Il faut disposer à la fois de la rapidité et de l'expertise permettant de réorienter les patients vers la communauté ou vers des structures moins coûteuses.

Il précise que la MIG (mission d'intérêt général) des HUG n'est pas figée. La véritable question est de déterminer ce qui coûte le moins et ce qui est le plus pertinent pour les patients.

M. Maudet ajoute que la bonne nouvelle est que les pédiatres concèdent à la CeSaGe le point d'entrée, ce qui constitue une évolution positive dans le dispositif.

Prises de positions des groupes

LJS : estime en effet qu'il existe une avancée par rapport à l'époque où ce texte avait été renvoyé à la commission. La CeSaGe n'était alors pas encore en activité et de nombreux éléments ont évolué de manière positive. Il considère que cette motion pourrait être revotée et que, si d'autres pistes d'action existent, elles devraient faire l'objet d'un autre projet.

PLR : estime que la motion, telle qu'elle est formulée, n'est plus très pertinente. Il demande toutefois s'il convient de conserver un rapport et les auditions, afin de pouvoir les réutiliser dans le cadre d'un éventuel futur point sur les urgences. Il juge qu'il serait dommage de retirer ce texte.

S : estime que la proposition principale de la motion n'est pas réalisable. Elle ne considère toutefois pas comme nécessaire de la retirer.

M. Maudet entend la volonté de la commission de disposer d'un rapport et d'être tenue informée, et partage cette appréciation. Il relève toutefois que la distance entre la situation actuelle et les invites de la motion est importante. Selon lui, si la commission vote ce soir, il voit difficilement comment la motion pourrait être acceptée. En cas de refus, il souligne qu'il n'y aurait pas de rapport du Conseil d'Etat. Il précise néanmoins que le département s'engage à venir présenter régulièrement un point de situation sur la clause du besoin ainsi que sur la CeSaGe.

Vote

Le président met aux voix la M 3113-A :

Oui : —

Non : 10 (3 S, 2 Ve, 2 MCG, 1 LC, 2 UDC)

Abstentions : 4 (3 PLR, 1 LJS)

La M 3113 A est refusée.