

Magazine en ligne de mfe Médecins de famille et de l'enfance Suisse

**mfe** Haus- und Kinderärzte Schweiz  
Médecins de famille et de l'enfance Suisse  
Medici di famiglia e dell'infanzia Svizzera

# ACTU

Édition 01/2026



# Contenu

Les mots ne suffisent plus – il faut passer aux actes

TARDOC : le nécessaire renforcement des soins de base est menacé

Programme d'allègement 27 – Places dans les études de médecine : la moitié est sauvée

Révision de la loi sur le DES – bonne direction ou impasse ?

Agenda Soins de base



## Les mots ne suffisent plus – il faut passer aux actes

**Le renforcement des soins de base fait l'objet d'un consensus politique depuis des années. Il est inscrit dans la Constitution fédérale, confirmé dans des messages, décrit dans des plans directeurs et confirmé dans d'innombrables interventions. Rares sont les dossiers de politique de la santé qui peuvent se passer de l'engagement en faveur de la médecine de famille et de l'enfance. Mais les convictions ne suffisent pas à garantir les soins.**

Avec TARDOC, une étape importante de la réforme a été franchie. Dans le même temps, on voit déjà à quel point la revalorisation des soins de base souhaitée par les politiques est fragile si elle n'est pas systématiquement protégée dans la mise en œuvre technique. En ce qui concerne le programme d'allègement 2027, les fonds nécessaires à la création de places supplémentaires dans les études de médecine risquent d'être supprimés, et ce, malgré des problèmes de relève largement reconnus. Quant à l'Agenda Soins de base, nous disposons d'un rapport élaboré avec engagement. Il s'agit maintenant de décider s'il en découlera des mesures contraignan-

tes avec un financement et un calendrier clair.

La volonté du peuple est claire. 88 % ont approuvé la base constitutionnelle pour la médecine de famille. Le Parlement a réaffirmé à plusieurs reprises la nécessité de renforcer les soins de base. Ce mandat politique est clair.

Nous avons maintenant besoin de politiciennes et de politiciens qui ne se contentent pas de citer ce mandat, mais qui l'imposent. Qui soient attentifs aux ordonnances, aux questions de financement et aux mécanismes de pilotage. Qui exigent que la neutralité

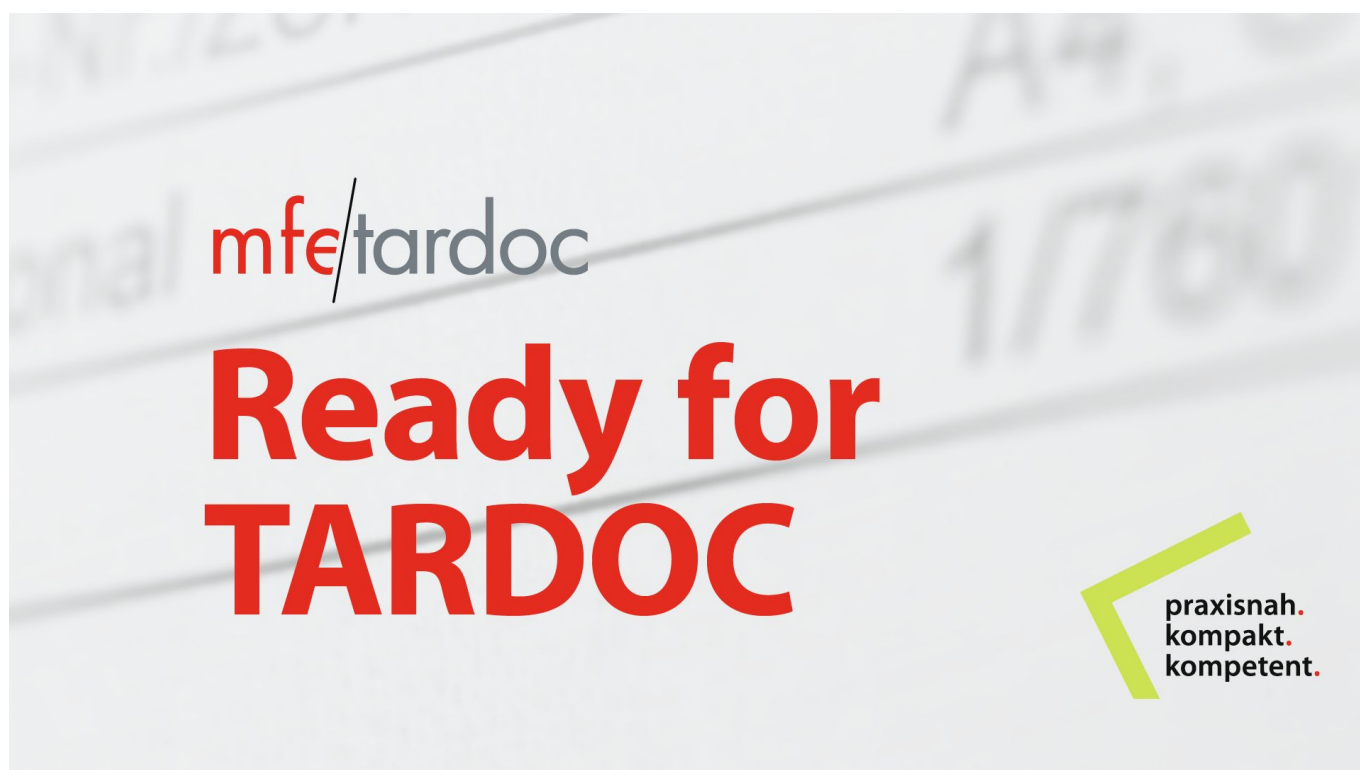
des coûts ne se transforme pas en neutralisation des objectifs politiques. Qui garantissent que les mesures d'encouragement décidées ne soient pas à nouveau noyées dans le prochain train de mesures d'économie. Et qui contrôlent la mise en œuvre – systématiquement et au-delà des législatures.

Les soins de base ne sont pas un sujet secondaire. Ils sont l'épine dorsale de notre système de santé et la condition sine qua non de la sécurité des soins, de la qualité et de l'efficacité. Ils résolvent plus de **90 %** des problèmes de santé au cabinet et ne repré-

sente pas **10 %** des coûts de santé. Pour les renforcer, il faut veiller à ce que les promesses politiques se traduisent par des mesures concrètes, efficaces et financées durablement.

Les bases sont posées. La volonté est formulée. Il s'agit maintenant de décider si cela deviendra réalité.

Monika Reber et Sébastien Jotterand  
Co-présidence mfe



## TARDOC : le nécessaire renforcement des soins de base est menacé

L'introduction du nouveau tarif médical ambulatoire TARDOC début 2026 a été une étape importante pour le système de santé suisse. Après des années de solutions transitoires et de débats politiques, le TARDOC crée une structure tarifaire moderne pour la rémunération des prestations médicales ambulatoires. Mais déjà peu après son introduction, un objectif central de la réforme se trouve menacé : le renforcement de la médecine de famille et de l'enfance.

Sans garanties solides, la revalorisation des soins de base risque d'être compromise par des corrections tarifaires techniques – alors même que cette revalorisation était explicitement voulue sur le plan politique.

### **Le TARDOC est juste et souhaité par les politiques**

La réforme du tarif ambulatoire était attendue depuis longtemps. Dès le départ, il était clair pour toutes les parties concernées que cette réforme devait aussi contribuer à renforcer les

soins médicaux de base et, en particulier, à améliorer la situation économique des médecins de famille et des pédiatres.

TARDOC était donc plus qu'une simple révision technique du tarif. Il s'inscrit également dans une stratégie globale de politique de santé visant à renforcer les soins de base. Sans stabilité économique dans ce domaine, d'autres initiatives – telles que l'« Agenda soins de base » du Conseil fédéral ou les efforts en faveur de l'ambulatoire – restent en fin de compte sans effet. Et sans perspectives at-

tractives, il n'est pas non plus possible d'encourager la relève qui devra assurer ces soins.

((Illustration politischer Wille bzw. alles als Kasten zusammenfassen))

Cette préoccupation centrale de la réforme tarifaire bénéficie d'un large soutien politique :

- L'initiative populaire « Oui à la médecine de famille » et le contre-projet direct (art. 117a Cst.) accepté dans les urnes avec 88 % de « oui » exigent une rémunération appropriée de la médecine de famille.

- Le « plan directeur pour la médecine de famille » du Conseil fédéral a inscrit comme objectif la revalorisation économique des cabinets de médecine de famille et de l'enfance. CPlusieurs interventions, dont la motion « Renforcer la couverture de base avec une meilleure offre de médecins de famille », demandent explicitement une meilleure rémunération des médecins de famille.
- Les interventions tarifaires du Conseil fédéral en 2014 et 2018 visent expressément à améliorer la situation économique des cabinets de médecine de famille et de l'enfance.
- En 2010 déjà, le Contrôle fédéral des finances avait constaté que ce tarif ne permettait pas d'atteindre la revalorisation des soins médicaux de base, et il a exigé des mesures correctives correspondantes.

### **Premiers signes d'une revalorisation minimale à l'égard**

Les premiers indices – qui ne sont pas encore définitivement confirmés – indiquent que le TARDOC ne permet d'obtenir qu'une très faible amélioration pour les médecins de famille, mais qu'elle sera probablement un peu plus élevée pour les pédiatres. L'évolution va donc dans la bonne direction. Elle est toutefois nettement en deçà de l'ampleur nécessaire – et reste extrêmement fragile.

Pour l'introduction de TARDOC (et des forfaits ambulatoires), le principe de la neutralité dynamique des coûts s'applique. Celui-ci vise à garantir que les coûts n'augmentent pas de manière excessive en raison du changement de tarif. Les coûts totaux dans le domaine ambulatoire ne peuvent évoluer que dans un corridor défini. Si celui-ci est dépassé, des mesures correctrices doivent impérativement être prises.

Et c'est précisément là que réside le problème. Le concept technique de pi-

lotage actuellement discuté pour la mise en œuvre technique des exigences de neutralité des coûts comporte le risque que de telles mesures correctrices puissent également conduire à des réductions des prestations de soins de base. . Cela s'explique par le fait qu'il prévoit un pilotage insuffisamment différencié. Ainsi, la revalorisation précisément voulue sur le plan politique pourrait être remise en cause.

### **Demandes des médecins de familles et des pédiatres**

Les médecins de famille et les pédiatres demandent que la revalorisation prévue avec TARDOC ne soit pas immédiatement annulée par des interventions tarifaires techniques. Pour cela, il faut des mécanismes de pilotage et de correction différenciés, qui garantissent le renforcement voulu des soins de base tout en respectant le principe de neutralité des coûts.

Il est donc essentiel de mettre en place un monitoring différencié ainsi que des mesures correctrices ciblées afin d'éviter des corrections inappropriées. Une telle garantie fait actuellement défaut. Les médecins de famille et les pédiatres ne représentent qu'une faible part des coûts de la santé. Il serait donc erroné et inefficace d'anéantir la revalorisation voulue et d'affaiblir ce secteur. Leur travail permet en effet souvent d'éviter des traitements nettement plus coûteux.

### **La garantie des soins de base est un mandat politique**

La solution est en principe déjà ar-rêtée. Dans l'accord d'accompagnement relatif à l'introduction de TARDOC, les partenaires tarifaires ont convenu que les soins de base devraient faire l'objet d'un pilotage séparé. Le Conseil fédéral a approuvé cette

différenciation et exige explicitement des corrections proportionnées à l'origine des coûts.

Cela signifie :

- L'amélioration de la situation économique des médecins de famille et des pédiatres qui se dessine depuis l'introduction de TARDOC ne doit pas être remise en cause par des mesures correctrices indifférenciées.
- Autrement dit : le renforcement des soins de base, voulu politiquement par l'ensemble des acteurs, ne doit pas être empêché par des mécanismes correcteurs techniques.

C'est précisément ici qu'il faut désormais une mise en œuvre à la fois rigoureuse et fidèle aux accords conclus ainsi qu'à la volonté politique exprimée.

### **Pas encore de consensus pour garantir les soins de base**

Au sein des partenaires tarifaires, il n'existe pour l'instant pas encore de consensus sur la manière de garantir concrètement la revalorisation des soins de base durant la phase de neutralité des coûts. Dans les concepts détaillés actuellement présentés pour la mise en œuvre des prescriptions de pilotage, ce problème n'est en tout cas pas encore résolu.

Si la revalorisation est reconnue dans son principe, de nombreux intérêts particuliers entrent en jeu simultanément. Et il apparaît de plus en plus clairement qu'en l'absence d'une pression extérieure, l'un des objectifs centraux de la révision tarifaire risque de se perdre.

### **Il faut maintenant une impulsion venant de l'extérieur**

Les partenaires tarifaires sont appelés à trouver une mise en œuvre technique qui garantisse le renforcement des soins de base voulu sur le plan politique. L'expérience des dernières années montre que, sans impulsions politiques, cela sera difficile à réaliser.

Sandra Hügli-Jost

Si l'on veut renforcer durablement les soins de base, il faut donc maintenant des signaux et un mouvement venant de l'extérieur, afin que les accords déjà conclus soient effectivement mis en œuvre de manière cohérente. Car une chose est évidente : il ne peut y avoir de système de santé fonctionnel et financièrement supportable sans des soins de base solides.

((Grafik))

### **Sans soins médicaux de base, le système de santé ne fonctionne pas**

Les soins médicaux de base constituent la colonne vertébrale du système de santé suisse. Les médecins de famille et les pédiatres assurent une prise en charge continue, coordonnée et fondée sur la relation avec les patientes et les patients. Ils veillent à ce que les patientes et les patients soient traités au bon moment et au bon endroit. Dans le même temps, ils ne représentent qu'environ 8,4 % des coûts de la santé.

C'est précisément ce rôle de coordination qui permet souvent d'éviter des traitements inappropriés coûteux, des consultations spécialisées inutiles ou des hospitalisations évitables. Si la base économique des soins de base continue de s'affaiblir, des pénuries de prise en charge pourraient apparaître à moyen terme – et, en fin de compte, entraîner une hausse des coûts pour l'ensemble du système.

((Kasten auf der Seite))

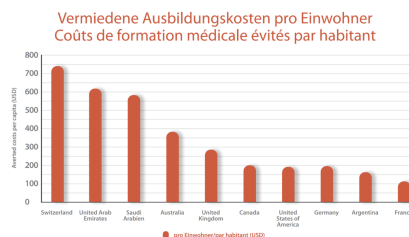


## Programme d'allègement 27 – Places dans les études de médecine : la moitié est sauvée

Avec le message du SEFRI (Secrétariat d'État à la formation, à la recherche et à l'innovation) pour les années 2025 à 2028, le Parlement a également adopté fin 2024 un crédit de 25 millions de francs destiné à soutenir la création de nouvelles places supplémentaires dans les études de médecine.

La joie n'a pas duré longtemps : quelques mois plus tard seulement, le Département des finances a déposé une demande de suppression de cette contribution dans le cadre du message sur le programme d'allègement 27.

La réaction de tous les milieux qui s'interrogent sur l'avenir des soins de santé dans ce pays a été claire : c'est un mauvais signal et une telle « mesure d'économie » nous coûtera bientôt cher.



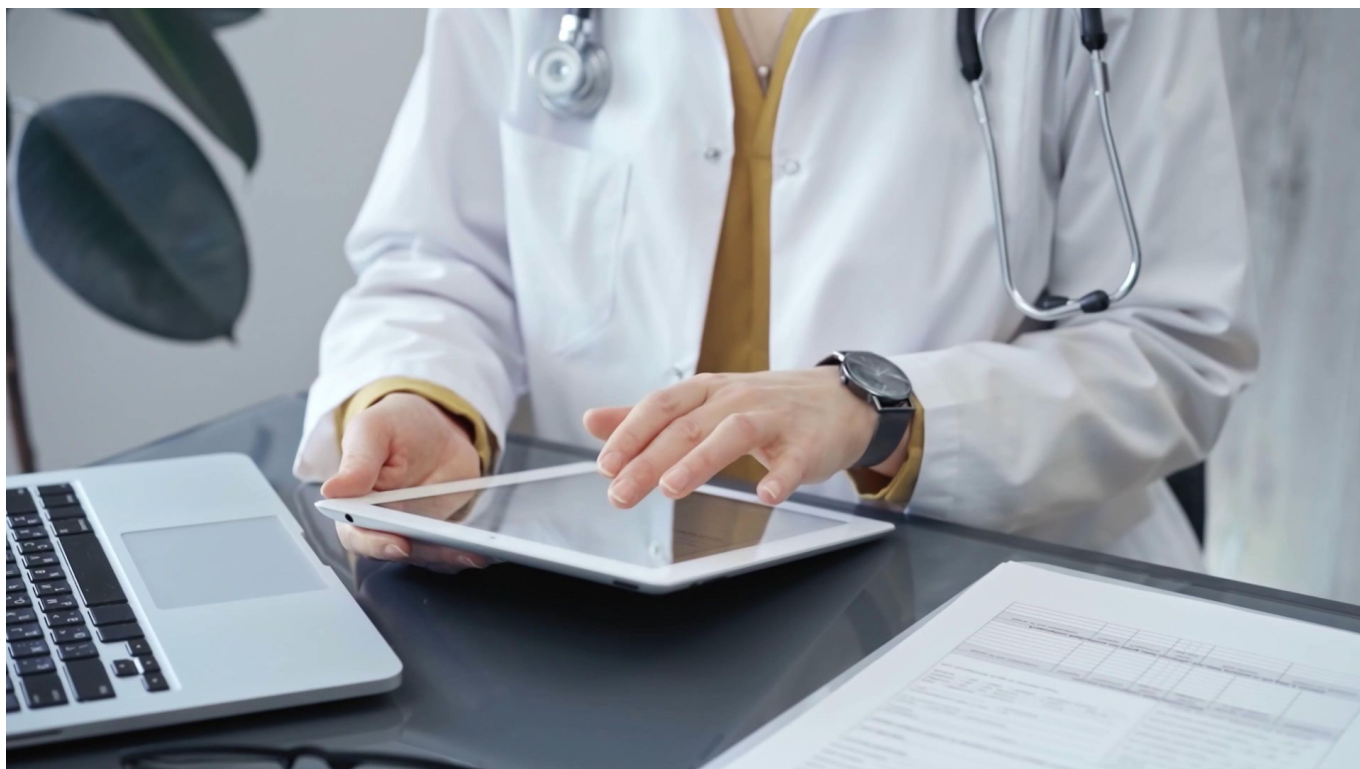
Certaines parties du Parlement l'ont reconnu et se sont donc prononcées contre cette mesure de suppression. Malheureusement, les deux commissions financières n'ont pas été très réceptives – les majorités ferment tout simplement les yeux sur la réalité. La **pénurie de médecins de famille et de**

**pédiatres est imminente, et chaque nouvelle année universitaire sans places supplémentaires en médecine met en péril le système de santé ! C'est pourquoi mfe s'est une nouvelle fois engagé avec véhémence en faveur du maintien de ces fonds lors de la session de printemps.**

Et voilà qu'avec deux motions individuelles, 12 des 25 millions de francs d'aides à l'investissement ont pu être sauvés les 4 (Wyss, CN) et 9 mars (Chassot, CE). Nous sommes reconnaissants de ce soutien et avons très

bien collaboré avec la FMH dans ce domaine. Nous espérons maintenant que cela portera ses fruits et que davantage de places d'études seront créées, de préférence pour la relève dans le domaine des soins médicaux de base !

Reto Wiesli



## Révision de la loi sur le DES – bonne direction ou impasse ?

**L'échec du dossier électronique du patient (DEP) est incontestable, avec plus ou moins de regrets selon les perspectives. Le projet de numérisation de plusieurs millions devait être sauvé par un financement transitoire et une obligation d'affiliation pour les hôpitaux et les médecins nouvellement admis. Mais la percée espérée n'a pas eu lieu : le DEP est peu utilisé, et son utilité pour le quotidien clinique est faible, voire inexistante.**

À l'automne, le Conseil fédéral a présenté la révision annoncée de la loi sur le DEP. Outre l'obligation d'affiliation élargie pour tous les fournisseurs de prestations qui facturent par le biais des assureurs, le projet prévoit quelques rebondissements surprenants. Il s'agit d'abandonner l'architecture décentralisée d'origine au profit d'une infrastructure centralisée, apparemment sur recommandation du Contrôle fédéral des finances, qui s'est prononcé en faveur de cette approche. En parallèle, les compétences et le financement entre la Confédération et les cantons doivent être clarifiés.

La question centrale reste toutefois floue: comment les données des fournisseurs de prestations parviendront-elles à l'avenir dans le «dossier électronique de santé» (DES) – comme doit s'appeler la nouvelle génération du DEP – et surtout, quelles données seront concernées? Les patientes et patients doivent toujours pouvoir décider qui peut accéder à quelles informations, mais le «comment» opérationnel reste inconnu.

DigiSanté, le grand programme de numérisation de l'OFSP et de l'OFS, est en cours parallèlement à la révision sur le DES. Son objectif est de sai-

sir numériquement et de mettre en réseau les processus du système de santé selon le principe «once-only». Dans le cadre de plus de 20 sous-projets, tous les domaines du système de santé sont numérisés. mfe s'y engage notamment dans les commissions «Swiss Health Data Space» (SHDS) et «Normes et interopérabilité». Les deux initiatives créent les bases techniques d'un échange de données standardisé, efficace et rentable.

Le Swiss Health Data Space suit une approche proche de la pratique: les données de santé doivent être mises à disposition numériquement directe-

ment à partir des systèmes primaires (logiciel pour cabinets médicaux, hôpitaux, établissements de soins, pharmacies) et permettre ainsi aux fournisseurs de prestations autorisés de consulter des données toujours à jour. Idéalement, les données peuvent également être reprises automatiquement dans les propres systèmes. Le DES prévu ne serait donc plus qu'un élément constitutif du SHDS – et non un projet parallèle.

DigiSanté offre ainsi une réelle opportunité de mettre en place un paysage de la santé numérique fonctionnel et interopérable. Au lieu de continuer à miser sur les affiliations d'office et les solutions isolées onéreuses, la priorité politique devrait clairement être accordée à DigiSanté et à la future loi fédérale sur l'espace numérique des données de santé (LEDS). Une révision partielle de la LDEP comporte le risque de réglementations contradictoires et d'un scepticisme croissant à l'égard des projets numériques, surtout dans un pays où la votation serrée sur l'e-ID est encore dans les mémoires.

L'avenir numérique du système de santé suisse exige de la confiance, des structures claires et une stratégie globale cohérente – et non la prochaine affiliation d'office.

*Michael Bagattini*



## Agenda Soins de base

**La successeure d'Alain Berset au DFI a fait part dès la première année de son intention de placer les soins de santé de base en Suisse au premier rang des priorités. En décembre 2024, Elisabeth Baume-Schneider a lancé le projet Agenda Soins de base lors d'une table ronde avec de nombreuses parties prenantes.**

Après un an de travail intensif et de collaboration engagée de mfe et des associations de médecins de premier recours, le projet a atteint un objectif intermédiaire avec un rapport spécialisé.

Après une brève consultation auprès des parties prenantes impliquées, le rapport est maintenant entre les mains de la Conseillère fédérale. C'est à elle et son département de répondre maintenant aux questions suivantes : quelles mesures prioritaires du rapport seront mises en œuvre, comment et quand ?

Les associations de médecins de premier recours mfe, pédiatrie Suisse, SSMIG, JHaS, safmed, Kinderärzte Schweiz et medswissnet exigent des

actes.

L'efficacité de l'Agenda dépend en grande partie de quatre facteurs :

### **1. Financement :**

Sans un financement important de la part de la Confédération, l'Agenda reste un exercice alibi. Les mesures ne peuvent être mises en œuvre qu'avec un cadre de financement clair et contraignant. Le DFI doit notamment assumer ses responsabilités à cet égard.

Si l'on veut que le principe « L'ambulatorio avant le stationnaire » souhaité en politique de la santé ait une chance d'aboutir et conduise à une plus gran-

de efficacité, il faut que les incitations structurelles inappropriées en faveur des traitements hospitaliers disparaissent dans le mode de financement actuel et qu'aucune nouvelle incitation inappropriée ne soit créée en favorisant les structures hospitalières ambulatoires par rapport aux cabinets indépendants. La neutralité des coûts dans le domaine ambulatoire n'est pas réaliste dans les conditions-cadres actuelles et avec les objectifs actuels.

### **2. Mesures contre la pénurie de professionnel-le-s de la médecine de premier recours :**

Les ressources dans les soins de base diminuent drastiquement ; la pénurie

est déjà aiguë. Elle ne concerne pas seulement les régions rurales, mais est aussi généralisée et perceptible dans toutes les tranches d'âge, avec des conséquences pour l'ensemble des soins médicaux.

Si des mesures correctives ne sont pas prises immédiatement, dans le domaine de la formation et en particulier celui de la formation postgraduée, la situation va empirer. Il est urgent d'établir un calendrier avec des objectifs clairs et définis pour la mise en œuvre des mesures.

### **3. Interprofessionnalité avec des responsabilités claires :**

La poursuite du développement de la collaboration interprofessionnelle est judicieuse, nécessaire et souhaitée, mais efficace, économique et adéquate uniquement si les rôles, les compétences et la coordination sont clairs. La plateforme Interprofessionnalité ((Link zur Webseite)) est actuellement la mieux adaptée pour entamer le travail de clarification. Les prestations de coordination et de mise en réseau doivent être indemnisées de manière à couvrir les coûts, en particulier pour les personnes présentant une grande vulnérabilité, une polymorbidité et des situations psychosociales complexes.

La formation initiale, postgraduée, continue et interprofessionnelle ainsi que la mise en réseau constituent des ressources importantes – le changement culturel doit commencer notamment par la formation.

### **4. Prise en compte particulière du domaine des enfants et adolescents :**

Les particularités de cette tranche d'âge exigent une attention particulière portée aux points communs, aux synergies possibles ainsi qu'aux différences dans les domaines de la pédi-

atrie et de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Reto Wiesli

# Concept du médecin de famille et de l'enfance mfe

**Nous, les médecins de famille et de l'enfance, sommes les acteurs par excellence de la médecine de base. Pour participer activement à la conception de notre rôle dans les soins médicaux, nous nous inspirons des principes ci-dessous.**

## Vision globale et diversifiée

Nous sommes les généralistes de la médecine de base et les spécialistes des cas complexes. Notre travail se caractérise par la diversité des personnes, des affections et des besoins que nous rencontrons au quotidien, sans tri préalable. La diversité et le caractère imprévu de nos activités rendent notre profession très riche et passionnante.

## De haute qualité

Notre prise en charge des patients et de leur entourage vise la santé, le bien-être et la qualité de vie. Elle est multidisciplinaire, efficace, s'appuie sur une large expérience et repose sur des preuves scientifiques. Ces compétences requièrent une formation prégraduée, postgraduée, continue et une recherche de haut niveau.

## Fiable et durable

Nous sommes le partenaire fiable et empathique pour le patient et son entourage.

Nous considérons le patient de manière globale et encourageons ses compétences en santé. Nous établissons une relation de confiance sur le long terme dans toutes les situations médicales, qu'elles soient préventives, aiguës, chroniques ou palliatives.

## Interprofessionnel et responsable

Selon les circonstances, nous travaillons seuls, en équipe interdisciplinaire ou interprofessionnelle. Nous collaborons avec nos partenaires de manière interprofessionnelle dans le respect des valeurs et objectifs communs. Les rôles, les responsabilités et les interfaces sont clairs. Nous veillons ensemble à éviter les prises en charge excessives, insuffisantes ou erronées.

## Autonome et indépendant

Nous choisissons librement notre modèle de travail et de cabinet médical. Nous déterminons de manière autonome notre forme d'organisation. La possibilité de travailler à temps partiel garantit la bonne compatibilité entre la vie professionnelle et la vie familiale. Dans le cadre de notre spécialité, nous fixons librement les priorités de notre travail.

## Soutenu et reconnu par le système

Tous les supports techniques ou organisationnels indispensables à l'accomplissement de nos missions sont disponibles selon nos besoins. Le système tarifaire nous garantit, ainsi qu'à notre équipe, une rémunération appropriée et une indépendance économique. Le système de santé garantit à la population un accès facile au médecin de famille et de l'enfance.

## En réseau et engagé

Nous disposons d'un large réseau et assumons notre responsabilité au sein de la collectivité. Nous cultivons des contacts réguliers avec les interlocuteurs privilégiés au sein des organes concernés par la santé. Ainsi, nous défendons les intérêts politiques de notre profession et nous valorisons la relève.

## Approche préventive et efficace

Notre vision intégrative tient compte du patient et de son environnement. Nous l'encourageons à mieux exploiter ses ressources pour prévenir les maladies et leurs complications.

## Estimé et attrayant

Notre métier est passionnant, stimulant et attrayant pour la relève. Nous bénéficions d'une grande reconnaissance de la population.

## MENTIONS LÉGALES

mfe Médecins de famille et de l'enfance Suisse

Secrétariat général:  
Effingerstr. 2  
3011 Berne  
Tél. 031 508 36 1  
Courriel : [sg@medecinsdefamille.ch](mailto:sg@medecinsdefamille.ch)  
[www.medecinsdefamille.ch](http://www.medecinsdefamille.ch)

Tirage total:  
3 - 4 x par année

Technique et design:  
[deinmagazin.ch](http://deinmagazin.ch)

Commission de rédaction:  
Dr Monika Reber  
Dr Sébastien Jotterand

Sandra Hügli-Jost (pilote)

Reto Wiesli  
Patricia Gsponer