



Doctors Unchained
FREE TO CARE

ANALYSE DE POSITION DU MOUVEMENT

LE PLAFONNEMENT DE LA PRESTATION MÉDICALE DANS LE **TARDOC**

Analyse selon les critères d'une bonne politique de santé.

Parties prenantes · Effets · Droit · Mise en œuvre · Alternatives

VERSION 4

Free to care — nous défendons nos patients en défendant notre profession.

SOMMAIRE

Synthèse

Les conséquences en un coup d'œil

1. Situation de départ
2. Les acteurs et leurs rôles
3. Quel objectif poursuit le plafonnement – et est-il atteint ?
4. Conséquences pour les parties prenantes
5. Évaluation en matière de politique de santé (système global)

6. Analyse juridique

7. Mise en œuvre pratique – les questions ouvertes
8. Conséquences non voulues
9. Alternatives – mieux atteindre l'objectif
10. Discours et narratifs
11. Qui se positionne comment

Annexe B : sources et références (sélection)

Table des matières

Synthèse **3**

Les conséquences en un coup d'œil **3**

1. Situation de départ **5**
 2. Les acteurs et leurs rôles **8**
 3. Quel objectif poursuit le plafonnement – et est-il atteint ? **10**
 4. Conséquences pour les parties prenantes **10**
 5. Évaluation en matière de politique de santé (système global) **14**
 6. Analyse juridique **15**
 7. Mise en œuvre pratique – les questions ouvertes **16**
 8. Conséquences non voulues **17**
 9. Alternatives – mieux atteindre l'objectif **18**
 10. Discours et narratifs **19**
 11. Qui se positionne comment **21**
- Annexe B · Sources et références (sélection) **22**

Synthèse

Thèse centrale : Le plafond de la prestation médicale (AL) prévu dans le TARDOC, de 1'577 points tarifaires en moyenne par jour de travail, ne plafonne pas un revenu, mais la quantité de médecine qui peut être fournie par médecin à la charge de l'assurance de base. Il pénalise l'efficacité, touche existentiellement les cabinets à forte composante AL sans prestations techniques, aggrave la pénurie de médecins et contredit la stratégie « ambulatoire avant stationnaire ». L'OFSP lui-même a mis en garde en 2024 contre exactement ces effets. Le plafond est en outre mal construit sur le plan du calcul : il érige un taux de coût moyen ($2.19 \text{ TP/min} \times 12 \text{ h}$) en limite supérieure et plafonne ainsi, par construction, environ la moitié du corps médical. La mesure manque son objectif de coûts (effets de report et de niveau de référence), constitue sur le plan de la politique réglementaire un précédent contre l'autonomie tarifaire et n'est, dans sa mise en œuvre, pas pensée jusqu'au bout. À cela s'ajoute que la FMH, en tant que représentation officielle de la profession, n'a ni informé ni consulté ses membres, les sociétés cantonales et les sociétés de discipline médicale, et que la construction « en partenariat tarifaire » soustrait largement le plafonnement au contrôle démocratique et judiciaire. Il doit être supprimé sans remplacement ; l'objectif légitime du contrôle des abus est atteignable de manière plus efficace et sans dommage collatéral au moyen d'instruments ciblés et fondés sur les données.

Les conséquences en un coup d'œil

Les principales conséquences à craindre du plafonnement de l'AL sous forme condensée – en guise d'aperçu avant l'analyse détaillée.

Conséquence négative	Pourquoi elle est à craindre
PATIENTES ET PATIENTS	
Accès restreint, temps d'attente plus longs	Le plafond limite la capacité de traitement par médecin – dans un contexte de pénurie médicale existante.
Les plus fragiles touchés en premier	Patients chroniques, cas complexes, régions rurales (forte part d'entretien / d'AL).
Écrémage	Incitation à privilégier les cas simples et à éviter les cas lourds.
Offre réduite de traitements à forte intensité d'AL	Les mesures à forte intensité d'AL sont fournies plus rarement au profit de mesures moins gourmandes en AL (afin de traiter le plus de patients possible dans le contingent) – celui qui a précisément besoin d'un tel traitement ne l'obtient éventuellement pas. Sont notamment concernées aussi les instances interdisciplinaires (p. ex. tumor boards), où plusieurs spécialistes discutent des cas complexes afin de trouver la meilleure thérapie.

Conséquence négative	Pourquoi elle est à craindre
Médecine à deux vitesses	Une fois la limite mensuelle atteinte, traitement uniquement contre paiement personnel (privé, hors AOS) – qui peut payer est traité ; tous les autres attendent.
Rupture des chaînes de traitement	Disciplines transversales plafonnées (anesthésie, radiologie, pathologie, médecine de laboratoire) – pas de planification opératoire, diagnostics retardés.
Budget global par la porte dérobée	Budget de volume / budget global de fait par médecin – alors que le pilotage des coûts fondé sur un budget a été rejeté dans les urnes.
CORPS MÉDICAL ET RELÈVE	
L'efficiencia est pénalisée	Qui travaille vite, bien et beaucoup atteint la limite en premier.
Menace existentielle pour les cabinets à forte composante AL	L'AL cofinance le personnel, le loyer et l'infrastructure.
Inégalité de traitement selon le canal de facturation	Seule l'AL dans le TARDOC (prestation individuelle) est plafonnée – pas les forfaits ambulatoires → incitation au report, arbitraire.
Inégalité de traitement des médecins à temps partiel (surtout des femmes)	Peu de jours de travail, densément remplis → guère de jours de compensation pour les pics → moyenne mensuelle dépassée plus tôt (Medical Women Switzerland, Medinside).
Peu attractif pour la relève	Rémunération plafonnée au niveau d'un artisan, à quoi s'ajoutent le gel des admissions et l'obligation de service d'urgence → immigration réduite, absence d'une relève intelligente et informée.
SYSTÈME ET COÛTS	
Aucun effet d'économie	Les volumes se déplacent ; report vers l'hôpital plus coûteux (à l'encontre d'« ambulatoire avant stationnaire »).
Effet de niveau de référence	La limite devient une valeur cible vers le haut (mise en garde de l'OFSP en 2024).
Frein à l'innovation	Les gains d'efficiencia sont confisqués → aucun investissement dans les appareils et l'IA.
Éviction du cabinet individuel	La limite s'applique par médecin : les grands cabinets répartissent les cas sur de nombreux médecins salariés, le cabinet individuel n'a qu'un seul contingent → crise de la relève, pénurie de médecins de famille.
CONSTRUCTION ET GOUVERNANCE	
La moyenne comme plafond	Plafonne par construction la moitié du corps médical, indépendamment de tout abus.
Points tarifaires ≠ temps de travail	Le « mythe des 12 heures ».

Conséquence négative	Pourquoi elle est à craindre
Même limite pour des disciplines inégales	Arbitraire au lieu d'égalité de traitement.
Porte d'entrée vers la budgétisation	« Adaptable » chaque année, donc abaissable chaque année.
Sans contrôle démocratique	Accord entre partenaires tarifaires, non attaquable ; sociétés de discipline médicale non entendues.

1. Situation de départ

Qu'est-ce qui est précisément plafonné ?

Le TARDOC remplace depuis le 1er janvier 2026 le TARMED comme tarif ambulatoire à la prestation. Chaque position tarifaire comporte deux composantes : la prestation médicale (AL) et la prestation d'infrastructure et de personnel (IPL). Le plafond prévu ne concerne que l'AL dans le domaine LAMal : la somme des points tarifaires AL facturés par une ou un médecin ne doit pas dépasser, en moyenne mensuelle, 1'577 points tarifaires par jour de travail (calculée sur tous les jours avec facturation d'AL à la charge de l'AOS). Des journées isolées au-dessus de la limite sont admises, tant que la moyenne mensuelle tient. Seul le forfait d'urgence ou de prise en charge urgente est excepté – **mais non les prestations médicales déclenchées lors d'une urgence** : la consultation, l'examen ou par exemple une échographie continuent de compter pleinement dans la limite. C'est incohérent – et cela crée une incitation fatale à plutôt renvoyer à l'hôpital les cas urgents en fin d'une journée chargée, au lieu de les traiter soi-même (ainsi également [Femmes Médecins Suisse / MWS](#)). Le forfait lui-même est en outre fixé bas et ne couvre de loin pas la charge réelle. Sont en outre exceptées certaines positions ; l'IPL n'est pas concernée. La limite repose sur l'hypothèse d'un temps de travail facturable de 12 heures par jour. Le traitement d'un dépassement et des questions centrales de mise en œuvre restent ouverts.

D'où vient le chiffre 1'577 ? Une erreur de construction statistique

Le plafond n'est pas dérivé empiriquement de données réelles de temps de travail ou de charge, mais construit de manière purement arithmétique à partir du taux de coût de l'AL. Ce taux de coût s'élève à 2.19 TP/min et représente les coûts de personnel médical calculés par minute – dérivé du revenu médical de référence, une valeur moyenne des salaires de chefs de clinique, de médecins adjoints et de médecins-chefs dans les hôpitaux. La limite résulte simplement de :

$$2.19 \text{ TP/min} \times 60 \text{ min} \times 12 \text{ h} = 1'576.8 \approx 1'577 \text{ TP AL / jour}$$

Le chiffre n'est donc pas un maximum de charge mesuré, mais le simple produit d'un taux de coût moyen et d'un temps de travail supposé de 12 heures.

La véritable erreur de raisonnement : Une valeur moyenne est érigée en plafond. Le revenu de référence représente le médecin moyen – par définition, environ la moitié de l'ensemble des médecins travaille au-dessus de cette moyenne. Quiconque fait d'une valeur moyenne une limite maximale plafonne, par construction, environ la moitié des membres de la profession, indépendamment du fait que leur prestation soit correcte et nécessaire. De plus, un benchmark de revenu (calibrage salarial) est détourné de sa fonction pour piloter les volumes. Un instrument censé détecter de véritables valeurs aberrantes devrait se placer à l'extrémité de la distribution – par exemple à la moyenne plus deux écarts-types (sous une distribution normale, environ 97.7 % des cas se situeraient en dessous), de sorte que seules les valeurs extrêmes statistiquement remarquables seraient saisies. Un plafond fixé à la moyenne n'est pas une barrière contre les abus, mais un contingentement des volumes pour l'ensemble du corps médical.

Imprécision terminologique dans le tarif : Le taux de coût est économiquement un montant en francs par minute (CHF/min), mais il est exprimé en points tarifaires (TP/min) – ce qui obscurcit davantage l'interprétation. Le débat public reprend cette construction sans esprit critique : la formule répandue « les médecins veulent facturer plus de douze heures par jour » (ainsi également la NZZ) assimile les 1'577 TP à un temps de travail réel et néglige le fait que la limite repose sur un taux de coût moyen, non sur un plafond de temps mesuré. Cet aspect est jusqu'ici resté largement inaperçu chez les partenaires tarifaires et dans la couverture médiatique.

Le plafond est arbitraire – y compris dans son champ d'application

Non seulement le niveau, mais aussi l'étendue de la limite est fixée de manière arbitraire. Les facturations via des forfaits ambulatoires ne sont pas concernées par le plafonnement ; les rapports médicaux facturables séparément non plus – or, dans des disciplines comme la radiologie, les rapports sont déjà intégrés dans la position d'examen et donc de fait également limités. Des activités identiques sont ainsi saisies inégalement selon leur représentation tarifaire.

S'y ajoute : la minute de consultation n'est pas rémunérée de la même manière chez tous les cliniciens. Chez les chirurgiennes et chirurgiens, l'AL par minute est parfois valorisée plus haut que chez les médecins de famille. La même limite de 1'577 TP est ainsi atteinte plus tôt pour les uns que pour les autres – les chirurgiens atteignent le plafond plus tôt à temps de travail égal et devraient par conséquent cesser plus tôt de parler avec les patientes et patients. Une limite uniforme de points tarifaires appliquée à des prestations valorisées inégalement engendre ainsi systématiquement des budgets de temps de traitement inégaux.

Comment le plafonnement est-il né ? (Chaîne de responsabilité)

La responsabilité se répartit sur trois niveaux – législateur, Conseil fédéral, partenaires tarifaires :

Niveau	Acteur	Contribution
1 · Loi	CSSS-E (commission de la santé du Conseil des États)	Proposition d'avril 2024 : mandat au Conseil fédéral de fixer un plafond pour le volume de points tarifaires facturable par jour de travail (dispositions transitoires ch. III al. 6 LAMal, 2e volet de mesures visant à freiner les coûts, objet 22.062). Les délibérations de commission sont confidentielles ; la paternité interne n'est pas publique. Le conseiller aux États Peter Hegglin (Le Centre) s'est exprimé à plusieurs reprises de manière très critique, dans les débats, sur les volumes de facturation TARMED extrêmement élevés de certains médecins. Il a déposé en 2024 l'interpellation 24.3379 et a déclaré au conseil que le problème des volumes journaliers excessifs était lié au TARMED obsolète. Il a à cette occasion parlé expressément d'un plafond des points tarifaires facturables par jour de travail et l'a mis en relation avec le passage rapide au TARDOC.
1 · Loi	Conseil des États	A soutenu la proposition de la commission lors de l'élimination des divergences.
1 · Loi	Conseil national	A d'abord rejeté la disposition ; ne l'a acceptée qu'à travers la proposition de la conférence de conciliation.
1 · Loi	Les deux conseils	Vote final sur l'ensemble du paquet le 21 mars 2025. Les résultats nominatifs (proposition de la conférence de conciliation et vote final) sont consultables dans la base de données des votes sur parlament.ch ; le vote final portait sur l'ensemble du paquet, non isolément sur le plafonnement.
2 · Mandat	Conseil fédéral / DFI (cheffe : CF Baume-Schneider) / OFSP	A invité les partenaires tarifaires à présenter un concept de mise en œuvre, plutôt que de réglementer lui-même par voie d'ordonnance. La décision d'approbation est en suspens – l'OFSP a signalé en juillet 2026 une certaine marge de manœuvre , la décision devrait tomber à l'automne. Entrée en vigueur au plus tôt le 1er janvier 2027.
3 · Mise en œuvre	FMH, H+, Prio.Swiss	Concept du 2 juin 2026 avec la limite concrète de 1'577 TP AL/jour en moyenne mensuelle. La FMH avait combattu la prescription légale au Parlement et justifie sa participation par la volonté d'empêcher une ordonnance rigide du Conseil fédéral. Les sociétés de discipline médicale concernées n'ont pas été entendues avant le dépôt – attesté dans le procès-verbal de l'Assemblée des délégués de la FMH du 1er juillet 2026 . Sur le plan opérationnel, c'est le conseil d'administration de la OAAT SA qui décide, où la FMH n'est qu'un partenaire tarifaire parmi d'autres ; une proposition propre de la FMH y a été « pour l'instant rejetée ».

Remarquable : L'OFSP lui-même a mis en garde en 2024, dans un rapport à la CSSS-E, contre la mesure : une fois la limite atteinte, il n'existe plus d'incitation à traiter d'autres patients, et le plafond pourrait devenir, pour les fournisseurs de prestations se situant en dessous, un niveau de référence à atteindre. Le législateur a adopté la disposition malgré cette mise en garde officielle – un point central pour l'argumentation politique.

2. Les acteurs et leurs rôles

Qui exerce quelle fonction dans ce conflit – pour orienter les lecteurs extérieurs au domaine tarifaire :

Acteur	Fonction	Position / degré de concernement
OFSP	Préparation et examen techniques	A elle-même mis en garde en 2024 contre la mesure – principal « témoin à charge » des critiques
Mouvements de base (Doctors Unchained, pétition, Alliance TARDOC)	Opposition extra-institutionnelle	Pétition à l'Assemblée fédérale avec plus de 36'000 signatures ; revendication : abandon sans remplacement. En outre, une votation générale de la FMH est en cours (VEMS/ Fairfond) : 2'500 signatures authentifiées nécessaires, délai au 24 août 2026.
Conseil fédéral / DFI	Instance d'approbation (art. 46 LAMal), compétence d'intervention subsidiaire	Destinataire de la question d'approbation ; peut renvoyer le concept
Sociétés de discipline médicale	Représentation professionnelle spécifique à la discipline	Concernées différemment selon la part d'AL ; certaines sociétés de discipline critiquent en outre des réductions linéaires du TARDOC (p. ex. dépistage par mammographie)
FMH	Représentation professionnelle officielle et partenaire tarifaire	A combattu la prescription légale, mais soutient le concept de mise en œuvre, sans informer ni consulter ses membres, les sociétés cantonales et les sociétés de discipline médicale ; d'où une perte de confiance interne massive de la base. Ne poursuit pas la lutte contre la mesure, bien qu'elle menace l'existence de nombreux médecins. Elle devrait se battre en première ligne pour ses membres.
H+	Association des hôpitaux, partenaire tarifaire	Cosignataire du concept ; concernée via le domaine ambulatoire hospitalier. Les membres étaient largement dans l'ignorance et prennent lentement la mesure de la portée.
Sociétés cantonales de médecine / VSAO	Trait d'union avec la base ou représentation des salariés	Porteurs potentiels d'une demande de convocation d'une Chambre médicale extraordinaire (art. 31 des statuts de la FMH). Jusqu'ici d'une fidélité sans esprit critique, au premier rang la Société de médecine de Zurich AGZ avec son président Tobias Burkhardt.

Acteur	Fonction	Position / degré de concernement
Cantons / GDK	Sécurité de l'approvisionnement, planification hospitalière	Supportent les effets de report de l'ambulatoire vers le stationnaire, sans avoir participé à la décision tarifaire.
mfe Médecins de famille et de l'enfance	Association des fournisseurs de soins de base	La promesse du TARDOC d'une meilleure valorisation est dévaluée par le plafonnement ; relativise publiquement les scénarios catastrophes
OAAT SA	Organisation tarifaire commune des partenaires tarifaires ; développe et entretient le TARDOC et les forfaits	Dispose déjà d'instruments de monitoring et de pilotage – argument central contre des limites rigides supplémentaires
Parlement (CSSS-E / CSSS-N)	Législateur	Paternité de la CSSS-E ; le Conseil national d'abord opposé ; levier pour des corrections (motions, initiatives parlementaires)
Organisations de patients	Non-partenaires tarifaires à forte légitimité	Partenaires d'alliance naturels sur l'argument de la prise en charge (cf. Ligue contre le cancer / Swiss Cancer Screening sur le thème du dépistage)
Prio.Swiss	Association des assureurs-maladie, partenaire tarifaire	Soutient publiquement la solution (« difficilement explicable si les médecins pouvaient facturer plus de douze heures par jour »), sans comprendre le tarif en profondeur ni se soucier des conséquences. Récemment, Prioswiss réinterprète le plafond comme une « <u>chance pour l'entretien des tarifs</u> » et reporte les corrections dans un long processus de données de l'OAAT – avec le fardeau de la preuve à la charge des cabinets concernés.

La représentation professionnelle défailante

Le point aveugle du conflit : La FMH est la représentation professionnelle officielle du corps médical – mais elle a omis d'informer ou de consulter ses membres, les sociétés cantonales de médecine et les sociétés de discipline médicale avant le dépôt du concept. C'est la continuation d'une politique associative timorée et sans résultat : par peur d'un tarif officiel fixé par l'État, on avale à la table de négociation avec les « partenaires tarifaires » trop de pilules amères – au détriment du corps médical.

Les conséquences sont lourdes. Premièrement, la médecine est systématiquement dévalorisée – de nombreuses prestations sont déjà aujourd'hui rémunérées de manière déficitaire. Deuxièmement, une véritable représentation professionnelle fait de fait défaut. Troisièmement – le plus grave sur le plan de la politique réglementaire – la construction « en partenariat tarifaire » soustrait le plafonnement au contrôle démocratique et judiciaire auquel un tarif étatique serait soumis (cf. chap. 6).

3. Quel objectif poursuit le plafonnement – et est-il atteint ?

Objectifs invoqués : contrôle des coûts, prévention de l'extension des volumes, lutte contre les abus (volumes de facturation invraisemblables de quelques cas aberrants), égalité de traitement, prévisibilité, effet de signal politique envers la population qui paie les primes. Non dit : un instrument de pression et de discipline tactique dans les négociations vis-à-vis du corps médical – la justification officielle était de donner au Conseil fédéral un instrument pour le cas de dérives après l'introduction du TARDOC.

Examen de l'atteinte des objectifs : contre les cas aberrants, il existe déjà des instruments (contrôles EAE selon les art. 32/56 LAMal, procédures d'économicité, monitoring de l'OAAT, neutralité dynamique des coûts avec un corridor de +1.5 %/–1 %). Une limite forfaitaire pour tous touche en revanche systématiquement les mauvaises personnes : les médecins efficaces qui traitent beaucoup, les cabinets à forte part d'AL, les régions en sous-dotation. L'OFSP a constaté en 2024 que les problèmes du tarif ne pouvaient pas être résolus de manière sensée par un simple plafond journalier. Conclusion : l'objectif partiel légitime (les abus) est mieux atteignable avec les moyens existants ; les autres objectifs sont manqués ou inversés (cf. chap. 8).

Aucun effet d'économie – mais un risque de qualité : Une limite par médecin ne contrôle pas les coûts totaux, elle ne fait que déplacer les volumes. Les cas qu'un médecin contingenté ne peut plus facturer migrent vers des collègues disposant encore de contingent – indépendamment du fait que ceux-ci soient l'adresse la plus appropriée. Ainsi, des patientes et patients peuvent se retrouver chez des prestataires de moindre qualité, ou des cas hautement spécialisés dans des cabinets où une telle discipline ne serait autrement viable qu'auprès d'une clinique universitaire. Les coûts totaux demeurent, la qualité de traitement baisse – une perte de qualité directe et non voulue.

4. Conséquences pour les parties prenantes

4.1 Patientes et patients

Question directrice : la prise en charge s'améliore-t-elle ou se détériore-t-elle ? Elle se détériore. Une fois la limite mensuelle d'un médecin atteinte, un arrêt du traitement menace de fait – dans un contexte de pénurie médicale persistante, cela signifie des temps d'attente plus longs, une continuité de traitement interrompue et un libre choix du médecin restreint. Sont touchés en premier les plus vulnérables : les malades chroniques et les patients complexes à forte part d'entretien et de coordination (temps d'AL pur), les régions rurales comptant peu de fournisseurs de prestations, les personnes socialement plus faibles sans possibilité de recourir au segment de la médecine privée. Un exemple de calcul issu du débat : un médecin de famille atteint la limite moyenne après environ 22 patients par jour – « Nous avons une pénurie de médecins de famille et ce plafonnement équivaut quasiment à une interdiction de travailler ». Dans les disciplines plus techniques, la limite est atteinte encore plus tôt : la [cardiologie \(SGK\)](#) compte encore six à sept patients par jour. Dans le même temps naît une incitation à sélectionner les cas simples et rapides (« écrémage »), tandis que les patients lourds sont évités.

« Les patients disposant de moyens peuvent se faire traiter à leurs propres frais par des médecins qui se sont récusés conformément à l'art. 44 al. 2 LAMal et qui pratiquent hors AOS. Pour tous les autres, une lacune de prise en charge de fait apparaît une fois la limite mensuelle atteinte, car les médecins au sein de l'AOS ne

peuvent, en raison de la protection tarifaire, proposer aucune facturation privée des mêmes prestations. De fait, une médecine à deux vitesses est donc introduite.

Le choix du médecin est perverti. Ce sont précisément les médecins les meilleurs et les plus demandés, au plus grand volume de travail, qui atteignent la limite en premier et ne peuvent alors plus traiter ; les moins sollicités disposent plutôt encore de capacités. Indépendamment de la qualité d'un médecin, ce ne sera plus à l'avenir l'expertise et la spécialisation qui décideront du choix du médecin, mais la simple question de savoir s'il a encore le droit de travailler. Un tri clair – quel patient relève de quel fournisseur de prestations – n'est ainsi plus possible.

Les disciplines transversales d'importance systémique en cascade. Cela devient particulièrement délicat – outre les médecins de famille – dans les disciplines transversales d'importance systémique comme la radiologie. Si des instituts ferment à 11 heures du matin parce que la limite est atteinte, des chaînes de traitement entières s'effondrent : sans imagerie actuelle, les consultations d'autres médecins ne peuvent plus être menées, les chirurgiens ne peuvent pas planifier d'opérations, les orthopédistes ne peuvent pas décider quelle intervention aidera le patient. Les tumeurs et les métastases sont découvertes avec retard, les contrôles thérapeutiques ne sont pas effectués à temps. Cela ne concerne pas seulement les cabinets médicaux, mais tout autant l'ensemble des hôpitaux : l'imagerie se déroule en ambulatoire et est facturée précisément via ces tarifs – indépendamment du fait qu'elle soit fournie à l'hôpital ou dans un cabinet.

4.2 Médecins

L'ensemble du corps médical

Le plafonnement pénalise l'efficience et le travail supplémentaire : qui travaille vite, de manière bien organisée et beaucoup, ne peut plus facturer la prestation fournie. C'est une atteinte à l'exercice d'une profession libérale (limite de chiffre d'affaires de fait par tête), qui démotive précisément les personnes performantes, augmente la bureaucratie (suivi de son propre solde de points tarifaires) et nuit à l'attractivité de la profession pour la relève – à une phase où chaque mesure aggrave la pénurie de médecins. À cela s'ajoute la perception d'un dénigrement public (narratif du « profiteur »), alors que rapports, comptes rendus et coordination sont souvent réalisés jusque tard le soir.

La relève médicale

Le plafonnement produit ses effets les plus lourds de conséquences sur la question de la relève. Il constitue un **plafond absolu** : quiconque épuise entièrement la limite atteint, via l'AL à la charge de l'assurance de base, au maximum ce revenu de référence sur lequel la limite est calibrée – soit environ **235'000 francs bruts par an** (chap. 1/10). Pour les médecins indépendants, ce n'est pas un revenu net : caisse de pension, AVS/AI/APG et autres cotisations sociales sont à leur charge sans part patronale, il n'y a ni vacances payées ni maintien du salaire, le risque entrepreneurial leur incombe – le gain net est nettement plus bas. Rapporté à 17 à 30 ans de formation jusqu'au (double) titre de spécialiste, le tarif horaire médical d'environ 130 francs est étonnamment bas. Un maître menuisier facture environ 151 francs, voire 188 francs pour des machines spéciales par heure ; un chef de secteur en sanitaire et chauffage environ 172, un maître en construction métallique jusqu'à 184 francs – chaque fois après seulement quatre à neuf ans de formation. L'heure de travail médicale est ainsi, malgré une durée de formation trois à cinq fois plus longue, la moins bien valorisée.

À cela l'État ajoute une triple intervention : il détermine **qui** a le droit de pratiquer (gel des admissions), **combien** peut être facturé (plafond de l'AL) et oblige les fournisseurs de soins de base au **service d'urgence**. Quelle jeune personne lucide et sachant compter choisit encore la médecine dans de telles conditions ? La question n'est pas rhétorique : la Suisse couvre déjà aujourd'hui ses besoins à environ 41 pour cent avec des médecins formés à l'étranger (moyenne de l'OCDE : 19 pour cent) – tendance à la hausse, avec un déficit pronostiqué de plusieurs milliers de médecins au cours des quinze prochaines années. Dans un marché de plus en plus disputé à l'échelle internationale, il est à courte vue d'offrir précisément à sa propre relève un plafond, un gel des admissions et une obligation de service comme perspective. Un système de santé qui a besoin des esprits les plus brillants doit leur donner une raison de rester.

Médecins de famille

Les fournisseurs de soins de base, avec de nombreux contacts brefs, la prise en charge de patients chroniques et des tâches de coordination, travaillent presque exclusivement dans l'AL. La promesse centrale du TARDOC – la meilleure valorisation des soins de base – est dévaluée par le plafonnement précisément là où elle devait être tenue. Dans le même temps, mfe appelle à la différenciation : la question de savoir si une activité conforme aux règles conduit même à des dépassements n'est pas encore attestée de manière généralisée – l'argumentation devrait donc se concentrer sur les constellations documentables (médecins traitant beaucoup dans les régions en pénurie, soins de base proches de l'urgence, cabinets à taux d'activité supérieur à la moyenne).

Médecins spécialistes (degré de concernement selon le profil de prestations)

La limite traite toutes les disciplines de la même manière, bien que les profils de prestations diffèrent fortement – une égalité de traitement d'éléments inégaux non justifiée sur le fond. Sont particulièrement exposées les disciplines à forte composante AL sans prestations techniques notables (p. ex. la psychiatrie, de nombreuses activités de consultation) : là, l'AL finance de fait l'ensemble du cabinet, et un plafond de l'AL a un effet immédiatement menaçant pour l'existence. Les disciplines transversales fondées sur l'adressage occupent une position structurelle particulière – elles sont traitées séparément ci-après.

Disciplines transversales sans indication propre : radiologie, pathologie et médecine de laboratoire (2e ligne)

Aucun levier de pilotage – mais un plafonnement intégral. La radiologie, la pathologie et la médecine de laboratoire sont des disciplines transversales de deuxième ligne : l'indication d'un examen n'est pas posée par la discipline qui l'exécute, mais par le fournisseur de soins de base ou le spécialiste qui adresse le patient. Le radiologue est l'organe exécutant – il réalise autant d'exams qu'il en est adressé, et ne peut ni générer ni réduire le volume. S'il faut beaucoup d'investigations, il en fait beaucoup ; s'il en faut peu, il en fait peu. Un plafond de l'AL agissant par tête touche ainsi précisément le fournisseur de prestations qui ne prend même pas la décision génératrice de coûts. Parce qu'il y a trop peu de radiologues pour redistribuer la demande adressée, un plafond conduit immédiatement à une sous-dotation généralisée de la population en imagerie.

Revendication : Les groupes de spécialistes qui agissent exclusivement sur mandat direct et sans indication propre – en particulier l'imagerie, la pathologie et la médecine de laboratoire – doivent être exemptés du plafonnement. Ce n'est qu'ainsi que la prise en charge diagnostique de la population reste garantie.

La qualité perd son effet de pilotage. Parce que la radiologie repose sur l'adressage, c'est aujourd'hui la qualité qui est en concurrence : l'institut offrant la meilleure prise en charge des patients et les comptes rendus les plus pertinents obtient les adressages. Sous une limite journalière, ce mécanisme s'inverse – les patientes et patients ne vont plus là où la qualité est la plus élevée, mais là où un rendez-vous est encore disponible. Ni la qualité ni le tri selon l'urgence ne pilotent alors encore l'accès.

Éviction dans le budget de points tarifaires – hautement antisocial. À l'intérieur d'un budget journalier rigide, les examens lourds évincent l'accès de nombreux autres : un CT corps entier correctement facturé pour un myélome multiple mobilise un multiple des points tarifaires AL d'un simple CT thoracique – selon l'ordre de grandeur évoqué dans le débat spécialisé, environ neuf fois plus. Un seul de ces cas complexes prive ainsi de fait environ neuf autres patientes et patients de l'accès à un examen urgent. La limite ne rationne pas selon l'urgence médicale, mais selon l'ordre aléatoire du calendrier.

Institutions à fort investissement et le malus d'efficience. Les établissements à fort engagement de capital – l'imagerie en tête – ne couvrent leurs coûts fixes que par un nombre de cas suffisant ; une limitation artificielle des volumes rend de fait impossible une exploitation couvrant les coûts et désavantage précisément les centres efficients et modernement organisés. Qui a investi dans la technologie et les processus ne peut plus valoriser économiquement cette efficience – ce qui freine l'innovation et allonge les temps d'attente.

4.3 Hôpitaux

La limite s'applique par médecin exécutant et saisit ainsi également le domaine ambulatoire hospitalier : planification du personnel (plus de têtes pour le même volume), modèles de plans de service et de rotations, prise en charge d'urgence et universitaire, formation postgraduée (prestations d'assistance sous la responsabilité de médecins-cadres) deviennent administrativement plus complexes et plus coûteux. Les hôpitaux supportent en outre le report de l'ambulatoire vers le stationnaire, qui va directement à l'encontre de la stratégie « ambulatoire avant stationnaire ».

4.4 Cabinets et formes de cabinet

Dans les cabinets à forte composante AL, l'AL cofinance de fait le personnel, le loyer, l'informatique, les assurances et d'autres coûts fixes ; une limitation rigide met en péril leur existence économique – réduction du personnel, arrêt des investissements et fermetures de cabinets sont des conséquences prévisibles. La limite a un effet distordant entre modèles d'affaires : les grands cabinets et les chaînes peuvent répartir le volume sur plusieurs médecins salariés, le cabinet individuel indépendant ne le peut pas – la mesure accélère la consolidation au détriment de la médecine dirigée par son propriétaire. De plus, la valeur de rendement des cabinets baisse, ce qui complique les successions et aggrave encore la pénurie de médecins de famille.

4.5 Assureurs-maladie

À court terme, les assureurs gagnent en prévisibilité et disposent d'un instrument de contrôle simple ; Prio.Swiss soutient la solution en conséquence publiquement. À moyen terme menacent toutefois des déplacements de coûts plutôt que des économies : report vers le domaine stationnaire et ambulatoire hospitalier plus coûteux, coûts consécutifs de diagnostics différés, volumes de contournement vers des positions non plafonnées. L'intérêt des assureurs pour le contrôle administratif ne coïncide pas avec l'intérêt des assurés à l'accès et à la stabilité des primes.

4.6 Conseil fédéral / OFSP

Le Conseil fédéral se trouve devant un dilemme d'approbation : il a le mandat légal de mettre en œuvre, mais son propre office spécialisé a documenté l'inaptitude de l'instrument. S'il approuve le concept inchangé, il porte la responsabilité des dommages de prise en charge annoncés ; c'est ici que réside la chance réaliste d'un retrait ou d'un désamorçage substantiel. La question centrale à laquelle il doit répondre : les partenaires tarifaires sont-ils allés, avec la conception concrète (1'577 TP), au-delà de l'intention du législateur ?

4.7 Parlement

Pour les conseillers nationaux et aux États comptent l'effet, la proportionnalité, la constitutionnalité, l'acceptation et les conséquences fédérales. La présidente de la FMH elle-même relève qu'il n'a « jamais été question, pour le Parlement, que des cabinets ferment à midi ou que des patients ne puissent plus être pris en charge » – ce qui fait de l'écart entre l'intention du législateur et l'effet réel un argument parlementaire de correction. Le Conseil national, qui avait initialement rejeté la disposition, est l'interlocuteur naturel pour des interventions.

4.8 Cantons

Les cantons portent la responsabilité de la prise en charge (planification hospitalière, soins d'urgence, pilotage des admissions) et les conséquences des effets de report – sans avoir participé à la décision tarifaire. Ce déséquilibre structurel (décision à la Confédération, dommage au canton) fait de la GDK et de certaines directions de la santé des alliés potentiels, en particulier dans les cantons à soins de base tendus et pour les programmes financés par les cantons (p. ex. le dépistage par mammographie).

5. Évaluation en matière de politique de santé (système global)

- **Prise en charge** : qualité, accessibilité et continuité se détériorent de manière prévisible ; la Suisse abandonne sans nécessité son avantage concurrentiel de courts temps d'attente – dans les pays voisins, des temps d'attente de plusieurs semaines sont la règle.
- **Économicité** : aucune économie nette attestée. Sont à attendre une substitution vers des positions non plafonnées, un report vers des settings plus coûteux, un surcroît de charge administrative pour le monitoring et les litiges, ainsi que l'effet de niveau de référence désigné par l'OFSP (la limite devient une valeur cible vers le haut).
- **Réforme du système (EFAS)** : le financement uniforme de l'ambulatoire et du stationnaire vise davantage de prise en charge ambulatoire – précisément spécialisée ; le plafond raréfie justement ces prestations et travaille à l'encontre de la réforme décidée par le peuple (cf. [rapport VEMS/Fair-fond](#)).
- **Concurrence** : distorsion systématique en faveur des grandes structures à division du travail et au détriment des cabinets individuels ainsi que des disciplines à forte composante AL ; incitation à la sélection des patients ; inégalité de traitement malgré des profils de prestations inégaux.

- **Innovation** : frein à l'investissement et à la numérisation – qui n'a pas le droit d'augmenter son volume facturable n'investit pas dans l'efficacité (appareils, processus assistés par l'IA, nouveaux procédés). Les gains d'efficacité sont confisqués au lieu d'être récompensés.
- **Personnel** : aggravation de la pénurie de personnel qualifié : baisse de l'attractivité de la profession, successions de cabinet compliquées, incitations à l'émigration (médecine privée, étranger, réduction du taux d'activité), personnes performantes démotivées.
- **Éthique** : une limite administrative s'interpose entre le médecin et le patient : rationnement implicite sans débat de priorisation démocratiquement légitimé. Qui est traité lorsque la limite approche n'est plus décidé par la seule urgence médicale.

6. Analyse juridique

Grille d'examen :

- **Liberté économique (art. 27 Cst.) et proportionnalité (art. 5 al. 2, 36 Cst.)** : une limitation forfaitaire des volumes pour tous n'est guère le moyen le plus modéré lorsque des instruments ciblés contre les abus (procédures EAE, monitoring) existent ; l'aptitude et la nécessité sont substantiellement contestables au vu des propres mises en garde de l'OFSP.
- **Égalité de droit (art. 8 Cst.)** : égalité de traitement de profils de prestations très inégaux (disciplines à forte composante AL vs. disciplines fondées sur la technique, cabinet individuel vs. cabinet de groupe) sans motif objectif.
- **Autonomie tarifaire (art. 43 ss LAMal)** : le mandat légal contraignant aux partenaires tarifaires vide l'autonomie contractuelle de sa substance ; la solution « en partenariat tarifaire » est née sous la menace d'une ordonnance – un précédent pour de futures interventions étatiques dans des ouvrages tarifaires approuvés.
- **Protection tarifaire et droit aux prestations** : tension entre le droit aux prestations AOS des assurés et la non-facturabilité de prestations obligatoires entièrement fournies ; questions de responsabilité et de droit professionnel en cas de refus de traitement pour cause d'atteinte de la limite.
- **Lacune de protection juridique de la construction en partenariat tarifaire** : les décisions des partenaires tarifaires ne sont de fait pas attaques ; les interpellations au Conseil fédéral sont régulièrement balayées par le renvoi au fait que les partenaires tarifaires en ont décidé ainsi. Un tarif officiel fixé par le gouvernement serait en revanche attaquant et exposé à l'influence politique. La solution « en partenariat tarifaire » soustrait ainsi précisément le plafonnement au contrôle démocratique et judiciaire (cf. chap. 2).
- **Les minutages sont des grandeurs tarifaires normatives, non un plafond de temps (avis de droit Kieser)** : l'[avis de la Fondation Fairfond/VEMS](#) s'appuie sur le professeur Ueli Kieser : le minutage dans le TARMED/TARDOC est une grandeur de calcul normative servant à déterminer les points tarifaires, non le reflet du temps effectivement consacré. Le plafond 1'577/12 heures est ainsi un calcul rétrograde à partir d'une grandeur de calcul – non à partir de temps de travail réels ni de la notion d'économicité (art. 32/56 LAMal). Les gains d'efficacité (plus rapides que le minutage tarifé) sont inhérents au système et admis sur le plan tarifaire ; ils ne prouvent pas un manque d'économi-

citée et ne constituent pas un motif de restitution. Une limite journalière construite à rebours à partir de minutages normatifs ne peut pas redéfinir l'économicité.

- **Voie de droit** : les possibilités de recours contre la décision d'approbation du Conseil fédéral et contre les sanctions dans le cas particulier sont à clarifier ; de même la question de savoir si la mise en œuvre (1'577 TP) est couverte par le mandat légal.

7. Mise en œuvre pratique – les questions ouvertes

Les questions de mise en œuvre sont, selon la FMH elle-même, encore ouvertes – une preuve que la mesure n'est pas pensée jusqu'au bout sur le plan technique :

- **Légalité, aptitude et conformité à la loi** : une limite de volume forfaitaire, calculée à rebours à partir d'une simple grandeur de calcul (minutage), est-elle même un instrument apte et admissible – compatible avec la notion d'économicité (art. 32/56 LAMal), l'autonomie tarifaire (art. 43 ss LAMal), le droit aux prestations des assurés ainsi qu'avec la liberté économique et l'égalité de droit (art. 8, 27 Cst.) ? Et la mise en œuvre concrète (1'577 TP) est-elle même couverte par le mandat légal ? (cf. chap. 6)
- Que se passe-t-il concrètement en cas de dépassement – restitution, réduction, sanction ? Qui contrôle, avec quelles données, selon quelle procédure ?
- Plusieurs employeurs / plusieurs numéros RCC : comment consolide-t-on par personne ? Comment sont traités les remplacements et les remplacements de vacances (volumes temporairement élevés) ?
- **Temps partiel et femmes médecins** : la moyenne journalière sur les jours de facturation désavantage les taux d'activité comprimés (peu de jours de travail, mais densément remplis) – et touche ainsi de manière disproportionnée les femmes médecins, qui travaillent plus souvent à temps partiel. L'absence de jours de compensation fait que des pics isolés se transforment plus rapidement en dépassement mensuel (cf. [Femmes Médecins Suisse / MWS](#)).
- Service de nuit, de week-end et d'urgence : délimitation des exceptions en pratique ; charge de documentation.
- Cliniques universitaires et formation postgraduée : imputation des prestations déléguées sous la responsabilité des cadres.
- Profils spécifiques aux disciplines : une limite pour tous ignore des intensités d'AL structurellement différentes.
- Adaptabilité annuelle « dans le cadre de l'entretien des tarifs » : porte d'entrée vers une logique d'abaissement de type cliquet (aujourd'hui 1'577, demain moins).

8. Conséquences non voulues

Effet secondaire	Mécanisme	Risque
Arrêt du traitement / temps d'attente	Limite atteinte → plus de facturation → l'attribution de rendez-vous est freinée	élevé
Sélection des patients	Les cas simples et rapides sont privilégiés ; les patients complexes évités	élevé
Perte de qualité par report de cas	Les cas migrent vers des médecins disposant de contingent libre – y compris vers des prestataires hors discipline ou de moindre qualité ; les coûts totaux demeurent	élevé
Report vers le stationnaire / l'ambulatoire hospitalier	Contredit « ambulatoire avant stationnaire » ; renchérit le système	élevé
Médecine à deux vitesses	Les patients disposant de moyens peuvent acheter des prestations médicales à titre privé auprès de médecins poussés à se récuser de l'AOS.	élevé
Effet de niveau de référence (mise en garde de l'OFSP)	La limite devient une valeur cible – les volumes augmentent chez ceux qui se situent en dessous	élevé
Contournement par les volumes	Substitution vers des positions et domaines tarifaires non plafonnés	moyen–élevé
Fermetures de cabinets / crise de la relève	Le plafond de chiffre d'affaires réduit les marges de couverture et la valeur des cabinets à forte composante AL	moyen–élevé
Consolidation / formation de chaînes	Les grandes structures peuvent répartir le volume, pas les cabinets individuels	moyen
Émigration / réduction du taux d'activité	Médecine privée hors AOS, étranger, temps partiel au lieu d'une prise en charge complète	moyen
Davantage de bureaucratie	Auto-monitorage des points tarifaires, procédures de litige et de contrôle	moyen
Moins de formation / de formation postgraduée	Les médecins-cadres rationnent les prestations encadrées	faible–moyen

9. Alternatives – mieux atteindre l'objectif

L'opposition n'est pas contre la responsabilité en matière de coûts, mais contre un instrument inapte. L'objectif légitime (détecter les cas aberrants et les abus) est atteignable de manière plus efficace par :

- **Évaluation avant réglementation** : évaluer les effets du TARDOC pendant au moins trois ans en utilisant les instruments de pilotage existants de l'OAAT, avant de décider de mesures supplémentaires.
- **Détection des anomalies fondée sur les données** : analyses statistiques des cas aberrants par discipline et par type de cabinet plutôt qu'une limite uniforme ; ensuite examen ciblé au cas par cas (procédure EAE selon les art. 32/56 LAMal).
- **Actionner le bon levier — corriger le TP plutôt que l'AL (Fairfond/Kieser)** : le TARMED et le TARDOC financent la prestation via le point tarifaire : $AL + TL = TP$, le TP étant la grandeur fixe correcte sur le plan de la gestion d'entreprise. Si la part d'AL n'est pas juste, c'est logiquement la part TL (technique/infrastructure) qu'il faut ajuster via l'entretien des tarifs – et non plafonner l'AL. Parce que l'AL cofinance de toute façon déjà aujourd'hui une partie de l'infrastructure (attesté par les données RoKo de l'Association des médecins d'Argovie), un plafond de l'AL ne touche pas des salaires excessifs, mais le financement de cabinets solidement gérés.
- **Si une limite est impérative : la fixer sur une base statistique fondée**. Si, en raison de la décision du Parlement, un plafond doit absolument exister, il ne doit pas se situer à la moyenne, mais à l'extrémité de la distribution – par exemple à la moyenne plus deux écarts-types. Ainsi, seules les véritables valeurs extrêmes statistiques sont saisies, tandis que les médecins traitant beaucoup mais travaillant conformément aux règles ne sont pas touchés par construction.
- **Protection des acquis pour les cabinets existants** : comme la limite construite sur la moyenne touche environ la moitié du corps médical, les cabinets existants travaillant conformément aux règles devraient rester exemptés du contingentement ; une limite ne pourrait s'appliquer tout au plus que de manière prospective – après un examen spécifique à la discipline – aux activités nouvellement entreprises.
- **Exempter les disciplines transversales fondées sur l'adressage** : les fournisseurs de prestations qui agissent exclusivement sur mandat direct et sans indication propre (imagerie, pathologie, médecine de laboratoire) ne peuvent pas piloter le volume ; ils doivent être exemptés du plafonnement afin de garantir la prise en charge diagnostique de la population.
- **Peer review et audits liés à l'indication** : contrôle spécialisé plutôt qu'administratif ; indicateurs de qualité plutôt que limites de temps et de volume.
- **Une neutralité des coûts réelle plutôt que gelée** : tenir compte de la démographie et de la morbidité d'une population croissante et vieillissante plutôt que de geler une année de base ; corriger les prestations dont il est prouvé qu'elles ne couvrent pas les coûts avant que des abaissements ne prennent effet. La révision des modèles de coûts et de l'indice d'efficacité tarifaire exigée par le Conseil fédéral est de toute façon encore en suspens selon le [procès-verbal de la FMH \(1.7.2026\)](#) – le plafond s'appuie sur des bases que les partenaires tarifaires eux-mêmes reconnaissent comme devant être révisées.

- **Transparence et vérifiabilité** : rendre publiques et vérifiables de l'extérieur la base de données, la méthodologie et les indices régionaux du monitoring.
- **Implication contraignante** : associer de manière contraignante les sociétés de discipline médicale et les organisations faïtières aux décisions de principe de politique tarifaire (revendication centrale de la pétition).

10. Discours et narratifs

Narratifs dominants des partisans – et leurs faiblesses

- **« Personne ne devrait pouvoir facturer plus de 12 heures par jour » (ainsi également la NZZ)** : reprend l'erreur de construction sans esprit critique (cf. chap. 1). Les 1'577 TP ne sont pas un maximum de temps mesuré, mais taux de coût moyen $\times$ 12 h. Le récit assimile une valeur moyenne à un plafond de temps de travail, confond les minutages AL facturés avec le temps de présence réel (délégation, processus parallèles, efficience) et passe sous silence qu'une moyenne posée comme plafond plafonne environ la moitié du corps médical. Une minute d'AL ne correspond pas à une minute de travail effective. Le manque d'entretien et l'incohérence de l'ouvrage tarifaire, sans implication des médecins spécialistes, ont conduit à une représentation au mieux très imprécise des processus de travail effectifs au quotidien.
- **« Le plafonnement limite le revenu des médecins » : pas seulement** – l'AL est le chiffre d'affaires du cabinet, non le salaire du médecin. Dans les cabinets à forte composante AL, elle cofinance le personnel, le loyer, l'infrastructure et l'informatique ; c'est le volume de prise en charge qui est plafonné, non un revenu.
- **« Explosion des coûts par extension des volumes »** : ignore la démographie, la morbidité et l'ambulatorisation voulue ; l'augmentation des volumes ambulatoires est en partie un succès de la stratégie « ambulatoire avant stationnaire », non son échec.
- **« Les médecins sont des profiteurs »** : narratif d'ambiance sans différenciation ; le CDF lui-même a par exemple constaté en radiologie une pose d'indication uniforme et consciencieuse et aucun indice de rétrocessions illicites.

Le discours se déplace : voix des sociétés de discipline médicale et des hôpitaux

En l'espace de quelques jours, un large front s'est formé contre le plafonnement (documenté sous « [Voix & mises en perspective](#) »). Il s'étend des sociétés de discipline chirurgicales (FMCH, environ 8000 médecins) à l'ophtalmologie (SOG), la cardiologie (SGK), la société d'ultrasons (SGUM), les fournisseurs de soins de base (mfe) et Femmes Médecins Suisse (MWS), jusqu'aux associations cantonales (AAV) et à deux grands groupes hospitaliers (Hirslanden, Swiss Medical Network) ; s'y ajoutent une lettre commune des associations et le rapport VEMS/Fairfond. Remarquable : un membre du comité de H+ – l'association des hôpitaux qui a cosigné le concept – argumente lui aussi publiquement contre la limite. Et les procès-verbaux de la FMH du 1er juillet 2026, entre-temps rendus publics, attestent que les sociétés de discipline concernées n'ont pas été entendues avant le dépôt. L'image « quelques profiteurs contre les payeurs de primes » ne tient pas dans ce contexte.

Au-delà de l'ampleur, les mêmes objections de fond reviennent dans ces prises de position :

- **La délégation est pénalisée, non l'abus (SOG)** : en ophtalmologie, la périmétrie, l'OCT ou le suivi des injections intravitréennes sont délégués, sous responsabilité médicale, à un personnel spécialisé. Une limite qui assimile les points tarifaires au temps médical personnel touche précisément ces modèles efficients – sans qu'il y ait abus.
- **Inégalité de traitement selon le canal de facturation (Cauzza, SMN/H+)** : seule l'AL dans le TARDOC à la charge de l'AOS est plafonnée – ni les forfaits ambulatoires, ni le stationnaire, ni les payeurs privés. Cela crée des incitations au report et inverse « ambulatoire avant stationnaire ».
- **La moyenne comme plafond (Cauzza)** : la limite repose sur un revenu de référence d'environ 235'000 francs ; qui érige une moyenne en plafond coupe la moitié supérieure légitime des membres de la profession.
- **Médecine à deux vitesses (SOG)** : si des prestations sont à l'avenir achetées à titre privé hors AOS, une médecine à deux vitesses apparaît au détriment des patientes et patients économiquement plus faibles.
- **Critique du processus et des données (FMCH)** : pas d'exécution sans base de données spécifique à la discipline et sans implication des sociétés de discipline médicale ; les corrections doivent intervenir avant le 1er janvier 2027, non après.

Le ton au sein du corps médical est également frappant : alors que de nombreuses voix critiquent vivement la FMH, la MWS met expressément en garde contre la division et le « FMH-bashing » et plaide pour l'unité. Le débat ne porte donc pas sur le fait de critiquer, mais sur ses destinataires et sa forme.

Les lacunes les plus graves

- 1 · Un plafond sur le travail est un plafond sur le traitement – une fois la limite atteinte, l'arrêt du traitement menace.
- 2 · La mesure pénalise l'efficiencia : qui travaille beaucoup et bien est limité ; qui travaille peu reçoit un niveau de référence vers le haut (mise en garde de l'OFSP).
- 3 · L'État résout un problème de cas aberrants avec un instrument généralisé – et touche les piliers de la prise en charge au lieu des cas aberrants.
- 4 · Le plafonnement n'économise rien : il déplace les coûts vers des settings plus coûteux et engendre une charge administrative.
- 5 · Même limite pour des disciplines inégales n'est pas une égalité de traitement, mais de l'arbitraire.
- 6 · Le plafond de l'AL est la porte d'entrée vers la budgétisation du travail médical – adaptable chaque année, donc abaissable chaque année.
- 7 · Le législateur a été mis en garde contre les conséquences – par son propre office fédéral – et a décidé malgré tout.

Contre-narratif (en une phrase)

« La médecine se mesure à l'aune de l'être humain, non d'un plafond de coûts – qui plafonne la prestation médicale plafonne le traitement des patientes et patients. »

11. Qui se positionne comment

Un aperçu des positions documentées sur le plafond journalier de l'AL dans le TARDOC — rassemblées à partir des contributions collectées sous « [Voix & mises en perspective](#) » (état juillet 2026).

Acteur	Position / revendication
RETRAIT, SUSPENSION OU REFUS DE PRINCIPE	
FMCH — sociétés de discipline chirurgicales (environ 8'000 médecins)	Abandon de l'exercice : demande au Conseil fédéral de ne pas approuver le plafond ; les instruments existants (monitorage, art. 47c/56 LAMal) suffiraient.
Hirslanden — plus grand groupe de cliniques privées	« Inacceptable » ; exige le retrait de la proposition et ne veut pas appliquer la règle. Le CEO Rufenacht met en garde contre une médecine à deux vitesses.
Swiss Medical Network — deuxième grand groupe hospitalier	Condamne vivement la proposition comme une « punition du travail ».
SGK — cardiologie	Prie le Conseil fédéral de rejeter la limite ; compte encore six à sept patients par jour.
SOG — ophtalmologie	Non formel à la conseillère fédérale.
SGUM — ultrasons en médecine	Note de protestation à la FMH ; exige la suspension et la transparence.
mfe — médecins de famille et de l'enfance	Critique ; l'AL serait plus que du temps médical, la promesse du TARDOC pour les soins de base serait dévaluée.
AAV — Association des médecins d'Argovie	Reporter l'introduction jusqu'après une évaluation du TARDOC ; démontre avec les données RoKo que l'AL cofinance l'infrastructure.
PULSUS — Suisse centrale	Juge la limite prévue « avec préoccupation » ; exige une évaluation soigneuse — de nombreux cabinets sont déjà à la limite.
MWS — Femmes Médecins Suisse	Contre le plafond (femmes médecins à temps partiel touchées de manière disproportionnée) — et contre une division du corps médical.
Fondation Fairfond / VEMS	Plafond juridiquement et économiquement inapte (avis Kieser sur le minutage) ; appelle à la votation générale de la FMH.
Jürg Schlup, ancien président de la FMH	Mauvaise priorisation : la rédaction de rapports aux autorités et aux assureurs reste non plafonnée, la prise en charge est plafonnée.

Acteur	Position / revendication
INSTRUMENT ACCEPTÉ, MAIS NIVEAU / CONCEPTION À MODIFIER	
VZI — internistes zurichois	1'577 points tarifaires « fixés trop bas » ; la limite ne devrait toucher que des cas aberrants manifestes.
AMGe — Association des médecins de Genève	Adaptation selon la discipline ; pour les disciplines fortement touchées, éventuellement un moratoire pour 2027.
SSIPM — médecine interventionnelle de la douleur	Nouvel examen ; la limite rigide ignorerait les particularités structurelles de la discipline.
PARTENAIRES TARIFAIRES : SOUTIENS ET DÉFENSEURS	
FMH — association faîtière, partenaire tarifaire	Change lentement de cap : ne freine ni n'apaise plus activement la résistance — la présidente Gilli qualifie désormais le modèle de « raté » et le juge non prêt pour 2027. Mais elle ne lutte pas contre le plafonnement, elle le gère et laisse entrevoir des « corrections ». L'impression : davantage de souci de la perte de contrôle vis-à-vis de la base qu'une opposition claire.
H+ — association des hôpitaux, cosignataire	La directrice Bütikofer défend la solution en partenariat tarifaire (« pas un souhait de H+, mais un mandat légal ») — tandis que les membres de H+ Hirslanden et SMN exigent le retrait.
prio.swiss — assureurs-maladie, cosignataire	Défend le plafond comme une « chance pour l'entretien des tarifs » ; les déséquilibres devraient être corrigés a posteriori dans le processus de données de l'OAAT.
LÉGISLATEUR ET AUTORITÉS	
Parlement (CSSS-E / CSSS-N)	Auteur du mandat légal (2e volet de mesures visant à freiner les coûts) ; le Conseil national a d'abord rejeté la disposition.
Conseil fédéral / DFI / OFSP	Instance d'approbation. L'OFSP a lui-même mis en garde en 2024 contre la mesure et a signalé une marge de manœuvre en juillet 2026 ; la décision est attendue à l'automne.

Annexe B : sources et références (sélection)

- Base légale : 2e volet de mesures visant à freiner les coûts de la LAMal (objet 22.062), dispositions transitoires ch. III al. 6 ; adopté le 21 mars 2025 ; proposition de la CSSS-E d'avril 2024 ; approbation des deux conseils après conférence de conciliation. Votes nominatifs : base de données des votes parlement.ch.
- Explications de la FMH sur le plafond (tarifeambulant.fmh.ch) : mécanique, champ d'application, historique de la procédure, adaptabilité annuelle.

- Concept FMH/H+/Prio.Swiss du 2 juin 2026 : 1'577 TP AL/jour de travail en moyenne mensuelle ; hypothèse de 12 heures/jour ; soumis au Conseil fédéral pour approbation ; entrée en vigueur au plus tôt le 1.1.2027.
- Rapport de l'OFSP à la CSSS-E (2024) : mise en garde contre l'incitation à l'arrêt du traitement et l'effet de niveau de référence ; constat qu'un plafond journalier ne résout pas les problèmes tarifaires.
- Pétition à l'Assemblée fédérale « Pas de plafond journalier de la prestation médicale dans le TARDOC » : plus de 36'000 signatures ; revendications incluant une évaluation de trois ans et l'implication contraignante des sociétés de discipline médicale.
- Votation générale de la FMH sur le plafond des prestations (VEMS/Fairfond) : 2'500 signatures authentifiées de membres de la FMH nécessaires, délai au 24 août 2026 ; liée sur la page « [Voix & mises en perspective](#) ».
- Prises de position de sociétés de discipline médicale, de groupes hospitaliers et d'associations (FMCH, SOG, SGK, SGUM, mfe, MWS, AAV, Hirslanden, Swiss Medical Network e.a.), rapports de presse (medinside, NZZ, Blick, SRF, CH Media) ainsi que le rapport VEMS/Fairfond et le procès-verbal de l'Assemblée des délégués de la FMH du 1er juillet 2026 – rassemblés et mis en perspective sous « [Voix & mises en perspective](#) ».
- Prise de position de l'OFSP (juillet 2026) : première position publique sur le plafond ; la décision d'approbation est attendue à l'automne.
- SGR-SSR : FAQ tarifs, prises de position (avis du CDF, soins de base), communiqué de presse sur le dépistage par mammographie (baisse tarifaire d'environ 60 %, mise en péril du programme).
- Doctors Unchained (doctorsunchained.ch) : manifeste avec huit revendications ; la revendication 1 exige la suppression sans remplacement du plafond de l'AL.
- Relève et salaires : durée de formation des titres de spécialiste ([SIWF](#)) ; tarifs de régie dans l'artisanat ([VSSM](#)) ; part de médecins formés à l'étranger (environ 41 %) : [statistique médicale de la FMH 2024](#).
- Statuts de la FMH (version du 19.5.2022) : art. 31 al. 1 (convocation d'une Chambre médicale extraordinaire : coalition qualifiée d'organisations ou un cinquième des délégués ayant le droit de vote = 40 sur 200 ; contraignant pour le comité central ; art. 64 al. 3 CC comme filet de sécurité).