

# L'EXPERTISE AVEC L'INTUITION

---

**Rapport annuel 2024/25**  
Chiffres, faits et commentaires



**Bureaucratie**  
*Moins de contrôle,  
plus de confiance*

**Médecine hautement spécialisée**  
*Trois recommandations  
d'action pour une réforme*

**Tarifs**  
*Tardoc – un grand  
pas en avant*



# EN UN COUP D'ŒIL

Comme les années précédentes, la SSCV s'est également engagée de manière variée durant l'exercice 2024/25 - un engagement qui se reflète de manière impressionnante dans le présent rapport annuel. Les nombreux projets, initiatives et événements illustrent l'étendue et la diversité des activités de la SSCV.

Les contributions des membres du comité ainsi que des auteurs et autrices invité-e-s donnent un aperçu des évolutions clés, des défis et des réussites de l'année écoulée. Le rapport annuel invite à repasser en revue les étapes et thèmes principaux - et se veut aussi source d'inspiration pour relever les défis futurs.

Le comité de la SSCV vous souhaite une lecture stimulante et enrichissante.

4

*SSCV : un nom qui en dit long*

6

*Éditorial : Prof. Dr méd. Markus K. Müller*

10

*Voici le comité de la SSCV*

14

*Thème principal : Lutte contre la bureaucratie*

24

*Bourses d'observation*

28

*Prix Felix-Largiadèr*

30

*Meilleur Visual Abstract*

32

*Médecine hautement spécialisée (MHS)*

36

*Focus sur la chirurgie viscérale*

38

*ISFM : Entretien avec Jörg Gröbli*

42

*Tarifs*

44

*Groupes d'intérêt*

48

*Mot de la fin : Dre méd. Yvonne Gilli*

## Mentions légales

Conception, rédaction et graphisme : Markus K. Müller, Antonio Nocito, Britta Bräutigam, Omar Gisler, Tanja Martin  
Traduction : Raffaele Rosso | Photos : Karl-Heinz Hug  
Impression : Häflinger Druck, Wettingen (Kromer Print AG)  
Tirage : 150 exemplaires | Date de clôture : juillet 2025

# SSCV – UN NOM QUI EN DIT LONG

---

**La Société Suisse de Chirurgie Viscérale (SSCV) est une société de formation approfondie dédiée à la promotion et au développement de la chirurgie viscérale en Suisse. En tant qu'organisation indépendante, elle défend les intérêts des chirurgiennes et chirurgiens viscéraux et contribue de manière décisive à l'assurance qualité dans ce domaine médical.**



Informations complémentaires :  
[www.viszeralchirurgie.ch](http://www.viszeralchirurgie.ch)

## **Historique et évolution**

La SSCV a été fondée le 19 mars 1993 en tant qu'association indépendante selon les articles 60 et suivants du Code civil suisse. L'objectif était de renforcer la chirurgie viscérale au sein de la Société Suisse de Chirurgie (SSC) et de lui donner une structure organisationnelle claire. Le manifeste fondateur stipule :

*« La création d'une Société Suisse de Chirurgie Viscérale est l'expression de la diversification croissante de la chirurgie. Les connaissances et compétences exigées dans ce domaine ont atteint un niveau tel qu'un seul individu ne peut plus les maîtriser intégralement. (...) Une des principales missions de la nouvelle société est donc de soutenir les efforts de la Société Suisse de Chirurgie en matière de réglementation de la formation post graduée, tout en intégrant les préoccupations spécifiques à la chirurgie viscérale. »*

Depuis, la SSCV s'est imposée comme un acteur central du paysage chirurgical en Suisse. Elle est une organisation de base du Swiss College of Surgeons (SCS), fondé en 2017 dans le but de regrouper les sociétés spécialisées en chirurgie sous un même toit et de coordonner la formation post graduée.

## **Objectifs et missions**

Selon ses statuts, la SSCV poursuit les objectifs principaux suivants :

- Promotion de la chirurgie viscérale en collaboration avec la SSC.
- Traitement des questions de politique de santé et de politique professionnelle, y compris la formation, le perfectionnement et les titres.
- Représentation des intérêts de la chirurgie viscérale auprès des organisations professionnelles et lors des négociations tarifaires.
- Collaboration avec des sociétés européennes poursuivant des objectifs similaires.

*« Bureaucratie, tarifs insuffisants et pénurie de personnel qualifié constituent de grands défis. »*

La SSCV s'investit activement dans la formation et le perfectionnement de ses membres, participe régulièrement à l'organisation de congrès et d'événements.

ments, et collabore étroitement avec des sociétés spécialisées européennes. Par ces activités, elle contribue à l'évolution continue de la chirurgie viscérale et défend les intérêts de ses membres sur les plans national et international.

#### Structure des membres

La SSCV compte actuellement plus de 500 membres. L'adhésion est ouverte aux médecins spécialistes en chirurgie ayant un titre de formation approfondie en chirurgie viscérale. Il existe différentes catégories de membres, notamment : membres ordinaires, membres juniors en formation post graduée, membres associés.

#### Défis

Un sondage mené auprès des membres de la SSCV à l'été 2024 a révélé qu'environ 90 % des chirurgiennes et chirurgiens viscéraux craignent une détérioration de leurs conditions de travail. Les règlements bureaucratiques et les tarifs insuffisants sont perçus comme particulièrement contraignants. En outre, il existe une inquiétude concernant la relève : plus de la moitié des personnes interrogées doutent que suffisamment de jeunes médecins choisissent la chirurgie viscérale comme spécialité dans les années à venir.

---

503

membres compte la SSCV au 30 avril 2025. La composition est la suivante :

319 membres ordinaires  
81 membres libres  
13 membres d'honneur  
89 membres associés  
1 membre junior

---

24

nouveaux membres ont rejoint la SSCV au cours de l'exercice 2024/25. Bienvenue à toutes et à tous !

---

13

membres d'honneur sont actuellement reconnus par la SSCV. Lors de l'assemblée générale 2024, Dr méd. Stefan Birrer a été nommé nouveau membre d'honneur. Nous le félicitons chaleureusement pour cette distinction.

# LUTTE CONTRE LA SUREGLEMENTATION : MOINS, C'EST MIEUX



**Prof. Dr méd. Markus K. Müller**  
Président SSCV  
Chief Medical Officer (CMO), Thurmed AG  
Directeur de la chirurgie, Spital Thurgau

« Plus de paperasse,  
moins de temps pour  
les patients. »

Bien intentionné ne signifie pas toujours bien fait. Cela se manifeste nulle part aussi clairement que dans le domaine de la santé - et tout particulièrement en chirurgie (viscérale). L'intention des autorités de promouvoir la qualité et la sécurité est sans doute louable. Mais ce qui semble raisonnable en théorie entraîne souvent dans la pratique des effets secondaires considérables : une bureaucratie galopante qui complique de plus en plus notre quotidien professionnel. L'origine de ce problème est presque toujours la même : au lieu de faire confiance aux compétences et à la responsabilité médicales, les réglementations s'alignent sur quelques exceptions négatives - les célèbres « brebis galeuses ». Cela véhicule un soupçon général profondément blessant. Partir du principe que nous ne faisons du bon travail que sous surveillance est non seulement irréaliste, mais aussi une offense à notre éthique professionnelle.

Nous, chirurgiennes et chirurgiens, donnons chaque jour le meilleur de nous-mêmes pour aider nos patient-e-s - souvent sous pression extrême, avec pour seul objectif leur bien-être. Nous souffrons avec eux lorsque nous ne pouvons les aider ou lorsque des complications surgissent. Je ne connais aucun-e collègue qui opère par intérêt personnel. Chacun-e réfléchit soigneusement à la meilleure prise en charge possible et réfère, si nécessaire, à un centre spécialisé. Ce sens du devoir, ancré depuis des

siècles dans le serment d'Hippocrate, s'oppose à une politique et une administration qui croient qu'un surplus de formulaires améliorerait les résultats médicaux. En réalité, nous sommes confrontés à une inflation de prescriptions qui alourdissent notre travail sans améliorer la qualité des soins. Tandis que le temps dédié aux patient-e-s diminue, les tâches administratives sans valeur ajoutée se multiplient - en particulier depuis l'entrée en vigueur de la modification de la LAMal du 1er avril 2021, censée renforcer la qualité et l'efficacité, mais qui s'est révélée être un cauchemar bureaucratique.

Il est donc grand temps de faire tourner la roue du temps... en arrière ! Quelles sont les réglementations récentes que les chirurgien-ne-s aboliraient en priorité ? Un sondage réalisé auprès des collègues du comité de la SSCV a livré des réponses claires : statistiques de mortalité, limitation du temps de travail, certifications, Swissnoso ou AQC figurent en tête de liste des prescriptions qu'ils aimeraient voir disparaître dans les oubliettes de l'histoire. En effet, il existe toute une série d'exigences réglementaires dont le sens et la finalité méritent d'être sérieusement remis en question :

### **Statistiques de mortalité**

Un exemple emblématique de mesure superflue est représenté par les statistiques de mortalité de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), qui est transmises aux hôpitaux avec deux ans

de retard. Ces données ne prennent en compte que le sexe et l'âge comme critères discriminants, en ignorant des facteurs décisifs tels que les comorbidités ou l'histoire médicale des patient-e-s. Il en résulte des conclusions du type : « la mortalité pour un certain diagnostic dépasse la référence » - une analyse peu pertinente, notamment parce que de nombreux cas concernent des patient-e-s en phase palliative ou ne relevant plus d'un traitement intensif raisonnable. Un clinicien compétent analyse régulièrement ses complications et décès lors de conférences internes. Une statistique externe, transmise avec des années de retard, est non seulement inutile, mais aussi déconnectée de la réalité clinique.

#### **Limitation du temps de travail**

Autre sujet de frustration : la limitation du temps de travail dans la formation chirurgicale. Il est certes possible, dans le système actuel, de former un-e spécialiste en chirurgie en six ans avec une semaine de 42+4 heures. Toutefois, au terme de cette période, cette personne ne sera pas encore en mesure de réaliser de manière autonome des interventions complexes. Celles et ceux qui se satisfont de ce système trouveront sans doute toujours des postes de formation. Mais de nombreux jeunes collègues, qui revendiquent une réglementation stricte des horaires, ne réalisent pas qu'ils ne disposeront pas plus tard de la marge de manœuvre dont bénéficient aujourd'hui les médecins

cadres. Ils exerceront comme chirurgien-ne-s « standards », vivant d'interventions comme des cures de hernies ou des cholécystectomies à faible risque. Ce sont des professionnel-le-s dont nous aurons toujours besoin, et que nous continuerons à former.

En parallèle, les responsables de centres de formation souhaitent promouvoir activement les talents qui vivent la chirurgie comme une vocation et sont prêts à s'y engager au-delà d'un simple emploi salarié. Le fait qu'il ne soit plus possible aujourd'hui de soutenir ces profils hors du cadre strict des 42+4 heures sans violer la loi sur le travail traduit une logique en contradiction avec l'idéal de performance de la chirurgie. Qui, à l'avenir, dirigera une clinique et réalisera des interventions complexes, si nos leaders actuels ont acquis leur expérience en travaillant bien au-delà de 42 heures par semaine, et ce, dans un environnement administratif nettement moins contraignant ?

La revendication d'une réduction de la bureaucratie est légitime, mais elle ne permettra pas à elle seule d'augmenter l'exposition pratique dans le cadre des 42 heures hebdomadaires. Dans d'autres domaines professionnels également, les futurs cadres ne sont pas liés à des horaires syndiqués. Lorsqu'un patient requiert une intervention chirurgicale, il souhaite être pris en charge par un-e chirurgien-ne qui considère sa profession comme une vocation ►

*« Il s'agit de promouvoir les talents qui considèrent la chirurgie comme une vocation. »*

« La statistique Swissnoso sur la prévalence des infections est un exemple troublant d'une collecte de données inutile. »

---

et s'engage au-delà des 42 heures hebdomadaires. Ce sont précisément ces profils dont nous avons besoin pour les postes de cadre de demain et la direction des institutions de formation. Or, les défenseur-e-s d'une régulation stricte du temps de travail proviennent souvent de milieux peu sensibles à la culture de la performance propre à la chirurgie.

#### **Saisie dans les registres**

Les saisies de données de plus en plus volumineuses dans différents registres – tels que AQC, Swissnoso ou le registre du cancer – illustrent une autre facette de la bureaucratie excessive. Ces collectes génèrent d'immenses champs de données non structurées, difficiles à exploiter de manière rigoureuse. Particulièrement problématique est la statistique Swissnoso sur la prévalence des infections postopératoires, où apparaissent des incohérences flagrantes : par exemple, de nombreux centres signalent un taux d'infection de 0 % pour les appendicectomies – une donnée manifestement irréaliste. Ces distorsions ont pour effet que les hôpitaux fournissant des chiffres honnêtes se retrouvent désavantagés dans les comparaisons de performance.

#### **MHS : focalisation sur le nombre de cas**

La Médecine Hautement Spécialisée (MHS) a vu naître un nouveau monstre bureaucratique. En chirurgie viscé-

rale, on se base désormais uniquement sur des seuils minimaux de cas comme indicateurs de qualité – sans tenir compte de la réelle qualité des soins. Cette approche provoque de graves perturbations dans les chaînes de soins régionales, car les interventions spécialisées sont de plus en plus centralisées dans quelques hôpitaux universitaires. Et ce, malgré nos appels répétés à introduire des critères de ré-intégration (« re-entry ») pour garantir une couverture régionale équitable. La politique reste pourtant inactive à ce sujet (plus d'informations à partir de la page 33).

#### **Audits : l'obsession du certificat**

Partout, on court après les certificats : dans la gestion des ressources humaines, l'industrie alimentaire, le tourisme – et désormais dans les établissements hospitaliers. Cette « certificatite aiguë » constitue un autre exemple frappant de bureaucratie excessive dans le système de santé. Il ne s'agit bien souvent pas d'amélioration réelle de la qualité, mais plutôt de documenter des processus existants et de présenter des audits réalisés par des organismes externes. Un phénomène particulièrement discutable est le choix volontaire de nombreuses cliniques chirurgicales de se faire auditer par des organismes de certification étrangers. Le résultat : un poste de chef de clinique est mobilisé pendant des mois pour piloter le projet, des classeurs se

remplissent à perte de vue, et des ressources considérables sont absorbées par la gestion des données et la documentation. Ce processus pèse lourdement sur les budgets déjà limités des établissements hospitaliers.

La situation devient encore plus problématique lorsque des cabinets de conseil sont sollicités, renchérissant encore le processus et collaborant parfois dans une forme d'alliance peu vertueuse avec les organismes certificateurs. On finit alors par discuter de détails comme l'affichage adéquat d'une salle de soins pour stomies ou pansements, plutôt que de se concentrer sur ce qui compte vraiment. Pourtant, il suffirait souvent que les équipes de soins s'accordent sur des standards uniformes fondés sur des preuves, cultivent une culture de l'erreur ouverte et assument la gestion de la qualité de manière autonome. Il devrait s'agir de qualité vécue au quotidien, et non d'un certificat accroché à l'entrée de l'hôpital, que peu de patient-e-s remarquent - et encore moins valident.

Ce que recherchent en priorité nos patientes et patients, c'est une relation de confiance avec les professionnel-le-s qui les traitent. Le phénomène de la « certificatite » ne traduit-il pas en réalité une peur irrationnelle de « manquer quelque chose » (Fear of missing out), et de perdre un jour le lien avec les tendances du moment ?

### **Conclusion : Moins, c'est mieux**

L'intervention réglementaire des autorités a atteint ces dernières années un niveau inacceptable, sans qu'aucune preuve concrète n'ait été apportée de l'efficacité réelle des mesures imposées. Compte tenu de la pénurie de personnel qualifié, du temps de formation limité et de l'explosion des connaissances médicales, il est urgent de faire une pause et de ne plus introduire de nouvelles réglementations. Nous serions déjà satisfaits si la charge bureaucratique cessait simplement de croître - et si nous retrouvions, en contrepartie, plus de confiance et de responsabilité individuelle parmi les actrices et acteurs de la chirurgie.

Car les personnes qui exercent cette profession possèdent une haute éthique de travail. Se fonder uniquement sur quelques mauvais exemples pour imposer des règles à tou-te-s les autres mine la confiance dans un système de santé efficient, centré sur les patient-e-s et performant. Fidèle à la devise « Moins, c'est mieux », la lutte contre la surréglementation demeure une mission centrale de notre société.

« Fidèle à la devise "Moins, c'est mieux", la lutte contre la surréglementation demeure une mission centrale de notre société. »



Prof. Dr méd. Markus K. Müller  
*Président SSCV, Chief Medical Officer (CMO),  
Thurmed AG, Directeur de la chirurgie, Spital  
Thurgau*

# LE COMITÉ

Le comité de la SSCV compte onze membres avec droit de vote. S'y ajoutent trois représentant-e-s de groupes d'intérêts, qui ne disposent toutefois pas du droit de vote. La photo de groupe du comité a été prise à l'occasion d'une retraite en février 2024.



Dr Andrea Donadini

Dre Valentine Luzuy-Guarnero

Prof. Dr Dieter Hahnloser

Prof. Dr Maurice Matter

Prof. Dr Beat Schnüriger

PD Dre Diana Vetter



Prof. Dr Markus K. Müller

Prof. Dr Guido Beldi

Prof. Dr Frédéric Ris

Dre Fariba Abbassi

Britta Bräutigam

Prof. Dr Antonio Nocito

Prof. Dr Markus Weber

Prof. Dr Ralph Peterli

Dr Diego De Lorenzi

# LES ACTIVITÉS DU COMITÉ

---

213'726

francs représentaient les dépenses totales de l'année 2024, auxquelles faisaient face des recettes de CHF 206'044.

---

7682

francs, c'était le résultat d'une perte nette.

---

616.50

heures de travail le secrétariat a consacré en 2024, réparties comme suit :

- Administration générale : **126.75h**
- Réunions du comité et assemblée des membres : **121h**
- Finances et site internet/communication : **49.25h**
- Commission d'examen et organisation des examens de spécialité : **119.75h**
- Commission de formation et traitement des demandes de titre : **100h**
- Commission de recours et traitement des recours : **2.25h**
- Demandes de centres de formation et organisation des visites : **22.50h**
- Mise en place de l'autonomisation et outil en ligne : **75h**

---

# 4

fois, le comité s'est réuni depuis l'assemblée générale ordinaire du 12 septembre 2024. À cette occasion, il a notamment traité les points suivants :

- Admission de nouveaux membres
- Positionnement et clarification de notre relation statutaire avec le Swiss College of Surgeons (SCS) et la Société Suisse de Chirurgie (SSC)
- Organisation des sessions scientifiques et des communications libres pour le SCS Annual Meeting ainsi que pour le congrès SSG-SSCV-SASL
- Organisation des examens de formation approfondie
- Tâches administratives et organisationnelles relatives à l'octroi de la formation approfondie en chirurgie viscérale (indépendance structurelle)
- Nouvelles demandes de centres de formation et visites d'évaluation dans des cliniques ou institutions en vue de l'accréditation en chirurgie viscérale
- Bourse d'observation 2025
- Questions tarifaires
- Communication, site web & réseaux sociaux



# LA BUREAUCRATIE AU CENTRE : MOINS, C'EST MIEUX

---

*Là où les prescriptions prolifèrent, elles étouffent souvent l'essentiel. La bureaucratie, autrefois créée pour instaurer de l'ordre, perd son équilibre lorsqu'elle entrave l'action au lieu de la faciliter. C'est pourquoi la SSCV s'engage pour un recentrage sur l'essentiel : pour des structures qui servent – et non qui dominent. Car la véritable qualité naît là où liberté et responsabilité se rencontrent.*

Mais par où commencer concrètement ? Nous avons demandé aux membres du comité de la SSCV quelles sont, selon eux, les trois réglementations introduites depuis 2010 qui sont superflues et devraient être immédiatement supprimées.

Nos auteur-e-s ont rassemblé des exemples qui montrent que la bureaucratie paralyse la pratique clinique dans divers domaines. La palette va des tumor boards à la recherche, en passant par la gestion du personnel.

Lisez dans les pages suivantes les réflexions et expériences de nos collègues du comité de Suisse alémanique, de Romandie et du Tessin.

## Management Summary

---

Cinq constats essentiels contre la prolifération bureaucratique :

### **1. Une bureaucratie excessive pèse sur les soins**

L'augmentation massive des tâches administratives (p. ex. dossiers électroniques, obligations de documentation) nuit à la proximité avec les patients et à la qualité des soins.

### **2. La réglementation est souvent déconnectée de la réalité**

Des règles telles que la loi sur la recherche sur l'être humain, l'assignation HSM ou les règles rigides sur le temps de travail ignorent les réalités cliniques et freinent l'efficacité, la formation et l'innovation.

### **3. La numérisation échoue à cause de sa mise en œuvre**

Des systèmes comme le dossier électronique du patient sont techniquement lourds, mal intégrés et apportent plus de travail que de bénéfices dans la pratique.

### **4. La confiance dans les compétences diminue**

La responsabilité médicale est affaiblie par un contrôle excessif, des directives rigides et des règles infantilisantes – à rebours des principes de la médecine personnalisée.

### **5. La gouvernance par les données crée une fausse précision**

Statistiques et registres qualité (p. ex. taux de mortalité, Swissnoso, classe-

ments d'hôpitaux) sont souvent méthodologiquement imprécis, biaisés et incitent à de mauvais comportements.

### **Conclusion**

De nombreuses prescriptions, initialement pensées comme instruments de qualité et de pilotage, sont devenues un fardeau. Si le système de santé veut rester performant et attractif, il faut un changement de paradigme : moins de contrôle, plus de confiance – et surtout le courage de simplifier. La SSCV s'engage en ce sens.

# MOINS DE CONTRÔLE, PLUS DE CONFIANCE



**Dr méd. Andrea Donadini**  
CEO Swiss Surgical Practice, Lugano

« Trop d'acteurs  
externes interviennent  
dans les processus  
médicaux. »

---

**« Less is more » : Cette idée avait autrefois du poids. Elle était synonyme de clarté, d'efficacité et de confiance dans le fait que moins de règles, moins de contrôle et moins de complexité pouvaient permettre plus de liberté, plus de responsabilité et, en fin de compte, plus de qualité.**

Dans le domaine de la santé, la devise « moins, c'est plus » sonne de plus en plus comme une formule vide. En dépit (ou à cause) de nombreuses réformes et innovations numériques, le quotidien n'est ni plus simple ni plus efficace. Bien au contraire : la bureaucratie se renforce, les processus deviennent opaques, la charge de travail augmente. Je travaille depuis de nombreuses années dans le système de santé suisse - un environnement qui exige professionnalisme, réflexion et responsabilité. Mais travailler dans le calme, en se concentrant sur l'essentiel, devient de plus en plus difficile. Trop d'acteurs externes interfèrent dans les processus médicaux. Des systèmes censés décharger créent de nouveaux obstacles. La confiance dans la compétence professionnelle est remplacée par des obsessions de contrôle.

Ce ne sont pas seulement des mesures individuelles qui posent problèmes. C'est tout le système qui s'éloigne de ses propres valeurs fondamentales. Trois thèmes illustrent particulièrement cette perte progressive de contrôle :

## **1. Bureaucratie paralysante**

La charge administrative dans les hôpitaux et cabinets atteint un niveau qui remplace progressivement les tâches médicales fondamentales. Les dossiers électroniques sont souvent plus compliqués que leurs versions papier. Les obligations de documentation deviennent envahissantes, et même des interventions de routine exigent une avalanche de formulaires. Chaque action semble devoir être préalablement justifiée, comme si elle devait être défendue devant un tribunal. Cela coûte du temps, de l'énergie et, au final, la proximité avec le patient.

## **2. Le pouvoir silencieux des acteurs externes**

Les assurances, les autorités de régulation et les instances de gestion imposent des standards souvent déconnectés de la réalité clinique. Ce qui compte, ce sont les chiffres-clés, pas la qualité au sens propre. Les indicateurs mesurent ce qui est mesurable - mais pas ce qui est pertinent : la relation de confiance entre médecin

« On ne nous fait plus confiance pour exercer notre profession de manière autonome et responsable. »

et patient, l'expérience au chevet, la décision médicale réfléchie au cas par cas. Conséquence : le rôle médical est réduit à une exécution opérationnelle.

### 3. Perte de confiance dans la compétence professionnelle

La surréglementation envoie un message clair : on ne nous fait plus confiance pour exercer notre métier de manière autonome et responsable. Les lignes directrices, conçues à l'origine comme repères, deviennent des prescriptions rigides qui étouffent la marge de manœuvre individuelle et le jugement clinique. Il en résulte une contradiction insoluble : alors que la médecine personnalisée est promue, nous devons décider selon des schémas figés.

#### Que faire maintenant

Si le système veut redevenir viable et centré sur l'humain, il ne faut pas plus de contrôle, mais plus de courage pour simplifier :

- **Réduction des niveaux de décision** : le leadership clinique doit être renforcé, les superpositions bureaucratiques réduites.
- **Numérisation avec discernement** : des systèmes comme le dossier électronique du patient ne doivent pas devenir une fin en soi.

- **Réglementations avec contrôle d'efficacité** : chaque nouvelle règle doit répondre à la question : améliore-t-elle les soins ou vise-t-elle seulement la sécurisation ?
- **Redonner confiance aux professionnels** : qui a suivi une formation médicale de longue durée mérite l'autonomie, pas la méfiance.

« Moins, c'est plus » ne doit pas devenir une formule marketing. Cela doit redevenir une attitude – un principe sincère qui redonne leur professionnalisme aux personnes qui font vivre ce système.

« Le rôle médical est dégradé en simple exécution opératoire. »

# UNE DÉRIVE QUI PEUT ÊTRE CORRIGÉE



**Prof. Dr méd. Frédéric Ris**  
Vice-directeur du Centre du cancer aux  
Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)

« Ce qui était censé être un instrument de pilotage devient de plus en plus un obstacle bureaucratique. »

*Depuis plus d'une décennie, nous sommes confrontés dans le système de santé suisse à une augmentation constante des exigences réglementaires. Beaucoup de ces prescriptions poursuivent des objectifs tout à fait légitimes - comme une plus grande transparence ou la sécurité des patient-e-s.*

Mais la réalité montre que la charge administrative croît de manière disproportionnée et nuit de plus en plus à la prise en charge directe des patient-e-s. Voici trois réglementations particulièrement contraignantes, qui devraient être révisées, simplifiées ou supprimées en priorité :

### **1. Loi sur la recherche sur l'être humain**

La garantie éthique de la recherche est - et reste - primordiale. Néanmoins, les obstacles administratifs à l'autorisation d'études, y compris pour des projets purement observationnels à faible risque, sont beaucoup trop élevés. En particulier, les médecins installés et les petits hôpitaux renoncent de plus en plus à faire de la recherche propre. Conséquence : la recherche clinique indépendante en souffre. Une approche basée sur le risque et hiérarchisée des procédures d'autorisation serait ici bien plus judicieuse.

### **2. Obligation d'autorisation pour l'activité à charge de l'AOS**

Depuis la révision de la LAMal, les

cantons peuvent limiter l'accès à une activité à charge de l'assurance de base, sur la base de critères de planification médicale. Ce qui était censé être un instrument de régulation devient un obstacle bureaucratique : la liberté d'installation est restreinte, l'accès à l'activité médicale est freiné. Pour les jeunes spécialistes, cela a un effet démotivant - et pourrait, à moyen terme, mettre en péril l'offre médicale.

### **3. Dossier électronique du patient (DEP)**

En théorie, un progrès. En pratique, un casse-tête : la mise en œuvre du DEP est, surtout pour les médecins indépendants, techniquement complexe, coûteuse et peu adaptée au quotidien. Les doubles saisies, l'absence d'intégration dans les systèmes existants et la faible utilisation par les patient-e-s font que le potentiel du DEP reste pour l'instant largement théorique. Une évaluation critique orientée vers les besoins cliniques est grandement nécessaire.

### **La bureaucratie n'est pas une fatalité - elle peut être corrigée.**

La bureaucratisation croissante de la médecine n'est pas un processus inévitable. Elle peut être corrigée - par le bon sens, une évaluation pragmatique des véritables effets des nouvelles prescriptions, et surtout : par une collaboration réelle avec les praticien-ne-s. C'est la seule manière de garantir un système de santé performant, humain - et ouvert à l'innovation.

# UNE BUREAUCRATIE DONT PERSONNE N'A BESOIN



**PD Dre méd. Diana Vetter**  
Cheffe de service, Clinique de chirurgie viscérale et de transplantation, Universitätsspital, Zurich

« Les doubles saisies mobilisent du personnel qualifié sans générer de valeur ajoutée. »

*Toutes les règles n'améliorent pas les soins. Certaines entravent simplement le travail. Trois exemples tirés du quotidien clinique montrent comment des exigences bien intentionnées – des formulaires d'évaluation à la documentation des tumeurs – ne correspondent pas à la réalité de la pratique chirurgicale :*

### **1. Formulaires d'évaluation du personnel**

Ces évaluations standardisées entraînent une charge administrative considérable, sans qu'une réelle plus-value pour l'amélioration de la qualité soit perceptible. Dans la pratique, elles sont souvent perçues comme une obligation purement formelle – ou, dans le pire des cas, comme un outil pour justifier a posteriori certaines décisions de gestion du personnel. Par exemple, lorsqu'une évaluation très positive devrait en principe conduire à une promotion qui, pour des raisons structurelles, n'est pas possible, une pression s'installe pour « corriger » la note vers le bas. L'évaluation médicale – en particulier à partir du grade de médecin cadre – devrait être une tâche interne, fondée sur des critères professionnels. Un retour écrit du supérieur hiérarchique direct, documenté en interne et reproductible si nécessaire, serait plus efficace et plus honnête. L'analyse externe coûteuse via les ressources humaines et des outils standardisés est superflue – surtout si elle ne conduit ni à un développement systématique, ni à une reconnaissance sincère.

### **2. Bureaux « open space »**

La suppression des postes de travail individuels sous le label « environnement de travail moderne » est totalement inadaptée à la réalité chirurgicale. Un bureau partagé avec postes de travail tournants, casiers extérieurs et absence d'espaces de repli ne répond ni aux exigences d'un travail concentré et responsable, ni à celles des entretiens confidentiels. L'activité opératoire exige une régénération physique et mentale – cela inclut aussi un espace personnel permettant de se préparer, de documenter ou simplement de respirer. La mise en œuvre de cette mesure semble peu réaliste, peu fondée sur des données et est souvent vécue par les personnes concernées comme une dévalorisation de leur travail.

### **3. Surcharge de documentation dans les tumor boards**

La documentation des tumeurs est sans aucun doute essentielle – mais sa mise en œuvre actuelle est souvent disproportionnée. Surtout dans les hôpitaux qui utilisent encore des systèmes basés sur des PDF, les données doivent être rassemblées manuellement à partir de plusieurs sources. Ces saisies multiples mobilisent du personnel qualifié, sans générer de valeur ajoutée au-delà de la documentation obligatoire. Ce dont nous avons besoin, ce sont des solutions numériques capables de lire et structurer automatiquement les informations pertinentes – de manière intelligente, connectée et conviviale. D'ici là, un principe s'impose : moins de travail en double, plus d'analyse ciblée.

# ENTRE RÉGLEMENTATION ET RÉALITÉ - LÀ OÙ LE SYSTÈME COINCE



**Prof. Dr méd. Dieter Hahnloser**

*Médecin-chef et responsable de l'unité Côlon, Rectum et Proctologie au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne*

*« Pendant la phase de recours, l'incertitude de planification peut durer des années. »*

---

*Actuellement, deux domaines soulèvent des questions fondamentales concernant la surréglementation : la mise en œuvre de la médecine hautement spécialisée (MHS) et la réglementation légale du temps de travail dans le quotidien hospitalier en chirurgie. Dans les deux cas, on voit de manière exemplaire à quel point le système de santé peut s'enliser dans des réglementations qui ne suivent plus la réalité médicale.*

## **1. Médecine hautement spécialisée - un concept aux failles structurelles**

L'introduction de la MHS en 2014 poursuivait un objectif pertinent : les prestations médicales complexes ne devaient être réalisées que dans des centres disposant de l'expertise et de l'infrastructure nécessaires. Mais dans la pratique, la mise en œuvre reste insatisfaisante à ce jour, pour plusieurs raisons :

- **Système à deux vitesses** : La réglementation ne s'applique qu'à l'assurance de base obligatoire. Les patient-e-s privé-e-s peuvent continuer à subir des interventions presque n'importe où - indépendamment du niveau d'expertise attesté. Cela conduit à un affaiblissement du système.

- **Lenteur des voies juridiques** : Les recours contre les décisions d'attribution sont examinés par le tribunal administratif - ce qui prend parfois cinq à six ans. Pendant cette période, c'est l'incertitude de planification qui prévaut - pour les cliniques, les services spécialisés et, bien sûr, pour les patient-e-s.
- **Lacunes de compétence lors des réattributions** : Lors de la réattribution d'indications, il ne doit pas y avoir de phase transitoire pendant laquelle aucun centre n'est officiellement compétent. Ces lacunes créent de l'instabilité dans le système. La Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) est ici appelée à agir de manière plus rapide et plus fiable.
- **Absence de critères de réintégration (re-entry)** : Les centres ayant perdu leur mandat de prestations n'ont aucun moyen de postuler de nouveau, même en cas d'amélioration démontrée de la qualité. Une telle exclusion va à l'encontre de toute logique d'amélioration continue de la qualité.

## 2. Réglementation du temps de travail – déconnectée de la réalité chirurgicale

La législation actuelle sur le temps de travail ne tient pas suffisamment compte des spécificités des disciplines chirurgicales – avec des conséquences concrètes sur les soins, la formation et la satisfaction au travail :

- **Une réglementation à contre-courant de la réalité :** En chirurgie, environ 50 % des interventions d'urgence ont lieu la nuit – le fonctionnement 24h/24, 7j/7 n'est pas une exception, mais une réalité quotidienne. Les exigences légales strictes ne correspondent pas à la nature de cette spécialité.
- **Volonté médicale de faire preuve de flexibilité:** De nombreuses assistantes et assistants, ainsi que des médecins-chef-fe-s de clinique, souhaiteraient travailler plus longtemps d'un seul tenant, à condition de pouvoir compenser ensuite leurs heures avec des jours de congé flexibles. Mais c'est précisément cette compensation flexible qui devient pratiquement impossible à cause des prescriptions actuelles. Les gardes de nuit sont autorisées à durer « seulement » quatre nuits, et doivent être compensées par trois jours de congé.

## La réglementation doit laisser place à la raison

Il ne s'agit pas de supprimer les mécanismes de protection. Il s'agit de les concevoir de manière à ce qu'ils correspondent à la réalité du quotidien clinique. La MHS et la réglementation du temps de travail illustrent clairement ceci : Même les meilleurs concepts perdent leur efficacité s'ils ne sont pas mis en œuvre de manière intelligente et dynamique. Ce dont nous avons besoin, ce n'est pas un nouveau catalogue de règles, mais un système qui permette à nouveau la proximité avec la pratique – et la flexibilité.

*« La flexibilité devient impossible à cause de prescriptions rigides. »*

# UNE BUREAUCRATIE QUI EMPÊCHE LA MÉDECINE



**Prof. Dr. méd. Dr. h.c. Markus Weber**

Directeur du Département de chirurgie  
et membre de la direction de l'hôpital,  
Stadtspital Zurich

*Qui veut soigner ne devrait pas échouer à cause de formulaires. Et pourtant, c'est exactement ce qui se passe : trois obstacles bureaucratiques – de l'autorisation d'exercer jusqu'au numéro RCC – entravent la mobilité, empêchent l'exercice en cabinet et gaspillent des ressources. Il faut enfin plus de système, moins de systématique, en particulier dans les domaines suivants :*

### **1. Autorisation d'exercer (BAB) : coûteuse et non harmonisée**

L'autorisation d'exercer (BAB) est perçue par beaucoup comme superflue et contraignante. Les différences cantonales sont particulièrement frustrantes : ainsi, la BAB peut coûter jusqu'à 800 francs dans le canton de Zurich – et n'est pas valable dans d'autres cantons. Cette absence d'harmonisation freine la mobilité des spécialistes et entraîne une surcharge administrative inutile.

### **2. Numéro RCC : un obstacle au passage en cabinet**

Les spécialistes qui souhaitent passer de l'hôpital à une activité indépendante sont confronté-e-s à un problème sérieux : Si l'hôpital ne facture pas à leur nom, ils perdent leur numéro RCC. Cela peut entraîner un refus d'autorisation d'exercer en cabinet dans certains

cantons – parfois de façon définitive, par exemple en raison d'un « moratoire sur les médecins » en vigueur. Les disciplines spécialisées comme l'angiologie sont particulièrement touchées. Ce système freine l'évolution professionnelle et entrave le passage vers les soins ambulatoires.

### **3. Assurance qualité : trop de données redondantes**

L'obligation de participer à de nombreux registres de qualité engendre une charge de travail importante, sans réelle valeur ajoutée. Un exemple : les cancers du rectum doivent actuellement être documentés en parallèle pour la MHS, la DKG, Swissnoso et les registres cantonaux du côlon. Cette redondance accapare des ressources précieuses, sans amélioration tangible de la qualité des soins.

*« Plus de système, moins de systématique : les différences cantonales dans la BAB suscitent de la frustration. »*

# DES CHIFFRES, S'IL VOUS PLAÎT !

---

*La bureaucratie dans le système de santé ne cesse d'augmenter. Jusqu'à 27 % du temps de travail est consacré à des tâches administratives, et le nombre de prescriptions ne cesse de croître. Mais que se cache-t-il derrière cette évolution ? Voici quelques faits et chiffres clés.*

**Sources :** FMH, Medinside, NZZ, Swissinfo, FMH, smf.swisshealthweb.ch, moneyland.ch, voicepoint.ch

---

112

minutes par jour, soit environ vingt pour cent de leur temps de travail, sont consacrées par les spécialistes en soins aigus à la documentation des dossiers patients. En 2011, ce chiffre était encore de 86 minutes par jour.

---

68

des médecins citent la charge administrative comme l'un des principaux problèmes de leur quotidien professionnel.

---

3

milliards de francs c'est ce que les hôpitaux suisses dépensent chaque année uniquement pour les tâches administratives - soit environ 20 % de leurs coûts d'exploitation.

---

90

de la communication entre médecins, hôpitaux et assureurs se fait encore par courrier, fax ou e-mail PDF.

---

1.72

milliard CHF ont été dépensés en 2023 pour l'administration de l'assurance-maladie obligatoire.



# SAUVEMENT GENIAL : LA BOURSE D'OBSERVATION DE LA SSCV

---

En 2024, la SSCV a décerné deux bourses d'observation. Sema Simões de Almeida et Hugo Teixeira sont enthousiastes à propos de ce programme de soutien, qui leur a permis d'acquérir des connaissances précieuses en chirurgie endocrine et colorectale. Leur conclusion unanime : cet échange en valait la peine.

---

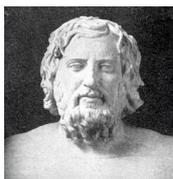
3

membres ont reçu de la SSCV une bourse d'observation pour l'année 2025 :



**Dr méd. Marion Anker**  
*Lindenhofspital Berne*

Observation au  
Kantonsspital Winterthour  
Domaine : Chirurgie  
hépatobiliaire et haute GI



**Dr méd. Xenophon Papazarkadas**  
*Hôpital de Sion*

Observation au Inselspital, Berne  
Domaine : Chirurgie  
hépatobilio-pancréatique



**Dre méd. Charlotte Pradella**  
*Kantonsspital Baselland Liestal*

Observation au  
Universitätsspital Zurich  
Domaine : Chirurgie colorectale

---

2000

francs suisses, c'est le montant maximal de l'indemnité accordée pour une bourse d'observation. La SSCV souhaite, par ce programme de fellowship, soutenir les jeunes chirurgiennes et chirurgiens viscéraux dans leur formation et leur mise en réseau à l'échelle nationale. Les personnes intéressées peuvent envoyer leur candidature par e-mail à [sguc@meister-concept.ch](mailto:sguc@meister-concept.ch). Le délai de candidature pour une bourse d'observation en 2026 court jusqu'au 31 décembre 2025.

# « CET ECHANGE A ELARGI MES HORIZONS. »



**Dr méd. Hugo Teixeira**

*Médecin cadre en chirurgie, Spital Thurgau AG*

*Bourse d'observation du 5 au 23 août 2024*

*Domaine : Chirurgie endocrine*

*Encadré par : Prof. Dr méd. Reto Kaderli,  
Inselspital, Berne*

*« Outre les bénéfices professionnels, l'échange personnel avec les collègues a été particulièrement précieux. »*

« Grâce à la bourse d'observation, j'ai eu l'opportunité unique de passer trois semaines à la Clinique de chirurgie endocrinienne du Inselspital à Berne, sous la direction du Prof. Dr méd. Reto Kaderli. Dès ma formation en chirurgie, la chirurgie endocrinienne avait suscité un intérêt particulier chez moi - j'étais donc d'autant plus motivé à approfondir mes connaissances dans ce domaine et à développer mes compétences pratiques.

Dès le premier jour, j'ai été chaleureusement intégré à l'équipe. Ce qui m'a particulièrement impressionné, c'est l'approche rigoureusement structurée face aux tableaux cliniques complexes de pathologies endocriniennes. Le diagnostic et le traitement suivent ici un algorithme clair, fondé sur une collaboration interdisciplinaire remarquablement étroite - une véritable plus-value dans le quotidien clinique.

Au fil de mon séjour, j'ai été activement impliqué dans les interventions chirurgicales et j'ai eu la possibilité d'assister aux opérations. Un moment fort a été l'utilisation de techniques d'imagerie peropératoire de pointe, comme l'auto-fluorescence en proche infrarouge lors d'interventions sur la thyroïde et les glandes parathyroïdes. Cette technologie contribue de manière significative à éviter l'ablation accidentelle des glandes parathyroïdes et permet ainsi de réduire le risque d'hypocalcémie postopératoire. La thyroïdectomie assistée par thoracoscopie en cas de goitre volumineux a également constitué pour moi une expérience particulièrement marquante.

Outre l'activité opératoire, j'ai pu participer aux visites quotidiennes et aux discussions de cas interdisciplinaires. Les réunions hebdomadaires de concertation oncologique (tumor board) ont été particulièrement enrichissantes - des chirurgien-ne-s, endocrinologues, radiologues et pathologistes y discutent ensemble de cas complexes. Les échanges scientifiques, notamment sur des pathologies rares, ont été extrêmement formateurs et ont considérablement élargi ma compréhension de la discipline.

Même en consultation, la collaboration étroite entre disciplines était tangible - et j'en ai retiré de nombreux enseignements. J'ai également pu jeter un œil sur le travail d'autres équipes chirurgicales, ce qui a encore enrichi cette période d'observation.

Au-delà des bénéfices scientifiques, l'échange personnel avec les collègues a été particulièrement précieux. Le respect mutuel, l'atmosphère ouverte et la volonté de transmettre le savoir ont créé un environnement d'apprentissage entièrement positif.

Je remercie chaleureusement toute l'équipe du Inselspital à Berne pour leur accueil bienveillant et leur accompagnement engagé. Les trois semaines de cette bourse d'observation ont été pour moi une expérience profondément inspirante et marquante, qui influencera durablement mon parcours professionnel - et, au final, profitera aussi à mes patientes et patients. »

# « PROFESSIONNELLEMENT ET HUMAINEMENT EXTRÊMEMENT ENRICHISSANT »



**Méd. pract. Sema Simões de Almeida**

*Cheffe de clinique en chirurgie,  
Kantonsspital Baden*

*Bourse d'observation du 19 au  
24 novembre 2024*

*Domaine : Coloproctologie*

*Encadrée par : PD Dre méd. Seraina Faes,  
Stadtspital Triemli, Zurich*

*« Je recommande  
plus que vivement  
la bourse d'obser-  
vation. »*

« Souhaitant élargir mes horizons professionnels, j'ai postulé pour la bourse d'observation de la SSCV - et en 2024, j'ai eu la joie de recevoir la confirmation par écrit. À ce moment-là, je venais de terminer sept années comme cheffe de clinique au Kantonsspital de Zoug et traversais une phase de réorientation professionnelle. En quête d'un poste dans un hôpital de type A, j'ai eu la chance de trouver au Kantonsspital Baden (KSB) en la personne du Prof. Nocito un chef qui m'a permis de participer à ce stage malgré la planification à court terme.

En juin 2024, j'ai commencé mon nouveau poste au KSB, et en novembre de la même année, j'ai utilisé des jours de récupération de garde et des congés pour passer deux semaines à me familiariser plus étroitement avec le travail principalement proctologique d'un hôpital de soins tertiaires. L'organisation préalable a été simple - la PD Dre Faes et moi nous sommes retrouvées le premier jour au Stadtspital Triemli, où nous avons établi ensemble une ébauche du programme.

Un moment fort a été, dès le début, ma participation à la toute première « Visceral Surgery Masterclass » du Prof. Weber - une expérience très enrichissante. Au cours des jours suivants, j'ai été activement impliquée dans les consultations proctologiques, ce qui m'a permis d'observer de près des pathologies typiques telles que le sinus pilonidal, les fistules simples et complexes, les hémorroïdes et le prolapsus rectal. Ce qui m'a particulièrement impressionnée, c'est la gestion structurée de l'imagerie radiologique : Au Triemli, tous les IRM pelviens sont, à la demande des

chirurgien-ne-s, interprétés par le même radiologue selon un schéma standardisé - avec en plus un croquis graphique à des fins d'illustration. Cela facilite énormément la communication interdisciplinaire. La PD Dre Faes a également pris beaucoup de temps pour discuter avec moi de chaque imagerie, y intégrer les recommandations actuelles et me référer à des sources de littérature.

Sur le plan opératoire également, j'ai pu recueillir de nombreuses impressions. Au cours des deux semaines, j'ai accompagné un cadre différent chaque fois au bloc opératoire ambulatoire de l'Euroaalée - une structure à fort volume d'activité avec une prise en charge des patients étonnamment efficace. Il était aussi passionnant de voir à quel point les approches chirurgicales varient selon le chirurgien ou la chirurgienne. J'ai trouvé particulièrement intéressant l'usage du laser dans le traitement des fistules, que j'ai pu observer de très près chez deux patient-e-s.

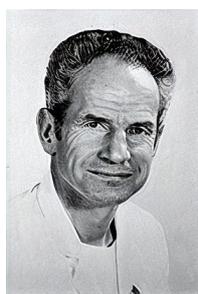
Malgré le temps limité, ce stage a été extrêmement précieux pour moi - tant sur le plan professionnel que personnel. Je me suis sentie chaleureusement accueillie par toute l'équipe et j'ai pu non seulement découvrir de nouvelles approches, mais aussi constater que mon propre style de travail ressemble beaucoup à celui de la PD Dre Faes ou du Dr Dinçler.

Mon bilan : je recommande sans réserve la bourse d'observation de la SSCV - non seulement pour découvrir de nouvelles perspectives, mais aussi comme une précieuse opportunité d'échange collégial et de réseautage. »

# PRIX FELIX-LARGIADÈR : HONNEUR A QUI HONNEUR EST DÛ

---

*Avec le Prix Felix-Largiadèr, la SSCV récompense chaque année des travaux scientifiques et projets de recherche remarquables dans le domaine de la chirurgie viscérale. En 2024, le prix a été décerné à une chercheuse de Suisse romande : PD Dre méd. Styliani Mantziari, cheffe de la chirurgie bariatrique au CHUV. Elle a été récompensée pour son étude intitulée : « The Impact of Clinical Parameters and Neoadjuvant Treatment on the Tumor Microenvironment of Esophageal Cancer ». Le Prix Felix-Largiadèr est doté de 5000 francs suisses.*



---

## **Pionnier de la chirurgie moderne**

Décédé en juillet 2018 à l'âge de 88 ans, Felix Anton Largiadèr fut l'un des chirurgiens les plus renommés de Suisse. En 1973, ce natif de Flawil réalisa la première transplantation clinique du pancréas en Europe. Il a également fortement contribué au développement de la transplantation rénale. « Il a ainsi posé des jalons importants dans la médecine académique et le système de santé suisse », a écrit le Universitätsspital Zurich, où Largiadèr dirigea la Clinique de chirurgie viscérale de 1985 à 1998, dans son avis de décès. En 1992, il fut l'un des pères fondateurs de la SSCV. En son honneur, la société remet chaque année le Prix Largiadèr pour récompenser des travaux scientifiques et des études cliniques exceptionnels.

---

## **Lauréates et lauréats des dernières années**

- 2024 Styliani Mantziari, Lausanne
- 2023 Inge Herrmann, Zurich
- 2022 Fariba Abbassi, Zurich
- 2021 Suna Erdem, San Diego / États-Unis
- 2020 Marco von Strauss und Torney, Bâle

# « NOTRE EQUIPE D'ONCOLOGIE DEVRAIT ENGAGER DES CHIRURGIENS SUISSES. »

« Mon équipe et moi sommes fiers de contribuer, par notre recherche, au développement de thérapies personnalisées pour nos patient-e-s. »

## **Félicitations pour le Prix Felix-Largiadèr, Madame Mantziari. Pouvez-vous résumer les résultats de votre étude en trois phrases ?**

Dans cette étude, nous avons examiné des échantillons tumoraux de 68 patient-e-s atteint-e-s d'un cancer de l'œsophage afin de mieux comprendre le microenvironnement tumoral, c'est-à-dire l'environnement des cellules cancéreuses. Nous avons constaté que le tabagisme et le type de tumeur influençaient certaines cellules immunitaires (les macrophages M2). En outre, un traitement néoadjuvant préalable modifiait considérablement la composition du microenvironnement tumoral - en particulier la répartition des macrophages ainsi que l'expression de PD-1 / PD-L1 et HER-2 sur les cellules tumorales.

## **Quelles pourraient être les implications de vos résultats pour les thérapies futures ?**

Le microenvironnement tumoral initial et ses modifications après un traitement

préalable pourraient influencer le succès de certaines immunothérapies. Une analyse plus fine de ce microenvironnement pourrait permettre de sélectionner des traitements plus ciblés pour les patients atteints de cancers gastro-intestinaux - et ainsi améliorer leur efficacité.

## **Que signifie pour vous personnellement cette distinction ?**

Cette reconnaissance a été particulièrement importante pour moi, car le projet repose sur un travail d'équipe interdisciplinaire conséquent - de la planification à l'analyse. Mon équipe et moi sommes fiers de contribuer, par notre recherche, au développement de thérapies personnalisées pour nos patient-e-s.

## **Et enfin : quelle a été la réaction la plus drôle à cette distinction ?**

Lorsque j'ai présenté notre travail à un congrès international, un collègue britannique a plaisanté : « Notre équipe d'oncologie devrait engager des chirurgiens suisses. »

Honneur à qui honneur est dû : les membres du comité Guido Beldi (à g.) et Antonio Nocito félicitent Styliani Mantziari pour le Prix Felix-Largiadèr.



# JEUNES TALENTS EN RECHERCHE

393 abstracts ont été soumis pour le congrès annuel du Swiss College of Surgeons en mai 2025 à Lausanne. 173 d'entre eux avaient un lien avec la chirurgie viscérale. Le prix de la SSCV, doté de 2500 francs suisses, pour le meilleur poster, a été décerné à Melissa Lagger de Fribourg / Villars-sur-Glâne.

Elle a été récompensée pour son travail intitulé « Retromuscular Prophylactic Mesh Reinforcement After Elective and Emergency Laparotomy: a systematic review and meta-analysis ». En résumé :

**Thème :**

Prévention des hernies incisionnelles après laparotomie

**Méthode :**

Revue systématique et méta-analyse

**Technique :**

Renforcement prophylactique rétromusculaire par filet (PMR)

**Résultats :**

- Réduction significative des hernies incisionnelles avec la PMR
- Meilleurs résultats pour les interventions électives
- Une seule étude concernant les urgences

**Conclusion :**

- La PMR est efficace et sûre pour les opérations planifiées
- Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour les urgences

Nous remercions chaleureusement notre sponsor Johnson & Johnson pour son soutien à ce prix. Nos remerciements particuliers vont également à toutes les autrices et tous les auteurs des Visual Abstracts pour leur remarquable engagement. La recherche est un moteur indispensable du progrès et de l'innovation en chirurgie viscérale - son importance ne saurait être surestimée.





Jeunes talents en recherche : 133 visual abstracts ont été soumis. Le prix du meilleur poster a été remporté par la dame en jaune : Melissa Lager. Félicitations !



# LIBERER LA MHS DE SON CORSET



**Prof. Dr méd. Antonio Nocito**  
Past-Président SSCV  
Directeur du Département de chirurgie,  
Kantonsspital Baden

« Pour ne pas perdre de vue l'objectif visé, une correction de trajectoire est nécessaire. »

« Sois inflexible sur l'objectif, mais souple dans la manière d'y parvenir ! » - Ce principe, souvent présenté comme recette du succès dans les séminaires de management, pourrait bien être la clé pour faire évoluer les mandats de prestations en Médecine Hautement Spécialisée (MHS). L'objectif de la MHS ne fait aucun doute : les patientes et patients doivent bénéficier des meilleurs soins possibles, même en cas d'interventions complexes. Cette ambition est portée notamment par des sociétés professionnelles telles que la Société Suisse de Chirurgie (SSC) ou la Société Suisse de Chirurgie Viscérale (SSCV), qui considèrent l'assurance qualité comme l'une de leurs missions centrales. Mais les avis divergent quant à la question de savoir quel chemin mène le plus efficacement à cet objectif.

Actuellement, les critères d'attribution des mandats MHS ressemblent à un corset bien trop serré : agréable à regarder de l'extérieur, mais tout sauf confortable, pratique ou sain pour ceux qui doivent le porter. Sur le site officiel, le « processus de planification MHS » est certes qualifié de « dynamique ». Mais à y regarder de plus près, on ne peut s'empêcher de constater qu'il s'agit en réalité d'un système parfois lent et plutôt rigide, où ce sont avant tout les volumes minimaux de cas qui décident de l'être ou ne pas être.

Un profond mécontentement règne dans les milieux chirurgicaux face au fait qu'il n'existe aucune règle clairement définie pour récupérer un mandat MHS : une fois dehors, toujours dehors - la MHS

comme société fermée ! À cela s'ajoute le fait que la politique se focalise presque exclusivement sur des paramètres chirurgicaux, en ignorant largement d'autres domaines qui jouent également un rôle important dans le traitement des tumeurs. Enfin, les progrès médicaux ne sont pas intégrés en temps utile dans le système MHS, ce qui crée un risque réel : que des chirurgiens s'accrochent à des procédures standard pour des raisons « politiques », alors qu'il existerait désormais des alternatives plus efficaces pour les patient·e·s. Ce qui revient à vider complètement la MHS de son sens.

Une correction de cap est donc nécessaire pour ne pas perdre de vue l'objectif principal : garantir aux patientes et patients la meilleure prise en charge possible. Au sein de la SSCV, nous avons élaboré trois recommandations concrètes à cet effet :

## **1. Définir des règles claires de réintégration**

C'est en forgeant qu'on devient forgeron - ce principe était déjà bien connu du virtuose du violon Niccolò Paganini. Il disait : « Si je ne m'exerce pas pendant un jour, je sens une baisse de qualité. Si je ne m'exerce pas pendant deux jours, le public le remarque aussi. ». Il en va de même pour la qualité en médecine : seule une pratique régulière permet de garantir durablement les plus hauts standards. De nombreuses cliniques ont perdu leur mandat MHS parce qu'elles n'ont pas atteint les volumes de cas requis - avec parfois des conséquences considérables. La perte du mandat entraîne une perte

« Les hôpitaux perdent de leur attrait en tant que lieux de formation. »

---

d'attractivité comme lieu de formation et comme employeur, ce qui peut poser des problèmes de relève et provoquer des pénuries de personnel. Les dommages économiques pour l'établissement concerné sont eux aussi difficiles à chiffrer. Mais ce qui est encore plus problématique : une réintégration dans le système MHS n'est actuellement pas prévue. Il n'existe aucun mécanisme clairement défini permettant de regagner un mandat – donc aucune voie officielle pour redevenir prestataire MHS.

**Notre recommandation : les cliniques doivent pouvoir démontrer à nouveau leur compétence en MHS, même si elles ont perdu leur mandat entre-temps – par exemple en recrutant du personnel qualifié ou en coopérant avec d'autres établissements. Cela suppose toutefois que des critères de réadmission transparents et contraignants soient mis en place.**

## **2. Prendre en compte les avancées médicales**

Le cancer du rectum est un exemple emblématique de la manière dont les progrès médicaux transforment les approches thérapeutiques. Alors que le traitement chirurgical était longtemps considéré comme la norme, un nombre croissant de patientes et patients bénéficient aujourd'hui de la stratégie dite du « Watch-and-Wait ». Cela signifie que, si la réponse à un traitement néoadjuvant est complète, l'on renonce à une résection chirurgicale.

Dans le domaine du cancer du rectum, on observe une évolution marquée

du nombre de cas opérés en première intention. Selon la Deutsche Krebsgesellschaft (DKG), le rapport entre les cas opératoires initiaux et l'ensemble des cas est passé de 0,87 en 2017 à 0,80 en 2022. Parallèlement, la part des patient·e·s traité·e·s selon la stratégie « Watch-and-Wait » a augmenté, passant de 1,16 % à 3,5 %. Cette évolution a entraîné une baisse significative du nombre d'interventions chirurgicales : d'après la DKG, le nombre moyen de cas opérés pour cancer du rectum a diminué de plus de 13 % entre 2017 et 2022 dans les centres certifiés.

Cela a un impact direct sur les chiffres de cas dans les centres : en 2022, 58 établissements (environ 20 % de tous les centres certifiés) n'ont pas atteint le seuil requis de 20 résections rectales par an. De plus, 80 centres (27,7 %) n'ont réalisé que 20 à 22 interventions. Ces évolutions soulèvent des questions fondamentales : faut-il adapter les seuils minimaux de cas opératoires ? Ou serait-il judicieux d'envisager une certification distincte pour les cancers du côlon et du rectum, dans le cadre d'un centre d'oncologie organo-spécifique ?

Il convient également d'intégrer la distinction entre « ambulatoire » et « stationnaire » dans cette réflexion. Les patient·e·s traité·e·s selon le principe « Watch-and-Wait » – une approche généralement réalisée en ambulatoire – ne sont actuellement pas comptabilisé·e·s dans les cas MHS. Selon les directives actuelles de la MHS, seuls les traitements stationnaires sont pris en compte pour

atteindre les seuils minimaux de cas. Autrement dit : même si des traitements conservateurs ou ambulatoires sont utilisés à visée curative, ils ne sont pas considérés – car la structure MHS ne prend en compte que les prestations stationnaires.

**Notre recommandation : les exigences en matière de volumes minimaux de cas doivent être adaptées, à intervalles raisonnables, en fonction des évolutions médicales actuelles. Il est notamment essentiel de tenir compte de la baisse des cas opératoires liée à l'émergence de nouvelles méthodes de traitement.**

### 3. Faire preuve de plus de flexibilité

Lors du traitement d'une tumeur, l'intervention chirurgicale joue un rôle clé. Mais d'autres disciplines médicales participent également à la prise en charge, notamment la radiologie, l'oncologie, la radiothérapie, la gastroentérologie ou la radiologie interventionnelle. Pourtant, dans le cadre de l'attribution des mandats MHS, ce sont principalement des critères chirurgicaux qui sont pris en compte. C'est un peu comme si l'on attribuait les étoiles d'un hôtel uniquement en se basant sur la qualité du matelas et de l'oreiller... À notre avis, une approche globale et interdisciplinaire de l'offre de prestations dans le cadre de la MHS est indispensable – comme c'est déjà le cas dans les processus de certification de centres spécialisés, par exemple ceux menés par la DKG.

Cela permettrait également de mieux prendre en compte les progrès médicaux

évoqués précédemment. Si l'on maintient des seuils chirurgicaux rigides, on court le risque que les hôpitaux s'enferment dans des procédures classiques, et ne proposent plus aux patientes et patients la meilleure prise en charge possible. Car quel chirurgien adopterait la stratégie du « Watch-and-Wait » pour le rectum, s'il est évalué uniquement selon le nombre de cas opérés ?

Les hôpitaux qui, en raison de progrès médicaux (ou de fluctuations temporaires), n'atteignent pas leurs volumes minimaux devraient avoir la possibilité de conserver ou de regagner leur mandat en prouvant des améliorations qualitatives, ou en recrutant du personnel spécialisé. Comme mentionné plus haut, la DKG permet dans certains cas une prolongation de certification malgré un léger dépassement des seuils, à condition que d'autres critères de qualité soient remplis. Une approche similaire, fondée sur des critères clairement définis et transparents, pourrait être utile en Suisse également, afin de renforcer la dynamique du système MHS tout en garantissant la qualité.

**Notre recommandation : comme le traitement de tumeurs telles que le cancer du rectum implique souvent plusieurs disciplines, les certifications devraient refléter l'ensemble de la chaîne de soins. Des écarts temporaires par rapport aux seuils de cas pourraient être compensés par d'autres critères de qualité, comme l'intégration de thérapies innovantes ou un haut niveau de satisfaction des patient·e·s.**

### Conclusion : encourager l'innovation

Des mesures sont nécessaires dans le domaine de la MHS. La réflexion du XIXe siècle du célèbre historien britannique Henry Thomas Buckle résume bien la situation : « Le plus grand ennemi du progrès n'est pas l'erreur, mais l'inertie. » Il est donc essentiel que le système MHS – souvent lent et rigide – s'adapte aux évolutions dynamiques de la médecine. Des règles claires et transparentes pour le rétablissement de mandats, ainsi qu'une révision régulière et rapide des seuils minimaux de cas, sont des mesures clés à cet égard.

« L'avenir de la MHS repose sur un système qui encourage aussi l'innovation et l'adaptation. »

L'avenir de la MHS repose sur un système qui ne définit pas la qualité uniquement par les chiffres, mais qui promeut également la capacité d'innovation et d'adaptation. Ce n'est qu'à ces conditions que la Suisse pourra garantir que sa médecine hautement spécialisée reste une référence mondiale – tant en matière d'excellence des soins que de préparation face aux défis de la médecine moderne. ■

# EXAMENS ET FORMATION APPROFONDIE EN CHIRURGIE VISCÉRALE

---

36

titres de la formation approfondie en chirurgie viscérale, la SSCV a délivré depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2024 :

- dont 20 selon la procédure ordinaire
- et 16 selon les dispositions transitoires

---

9

examens de formation approfondie étaient en cours d'organisation au 30 avril 2025.

---

12

fois, la commission de formation s'est réunie.



Informations complémentaires :  
[www.viszeralchirurgie.ch](http://www.viszeralchirurgie.ch)

► **Re-certification : Bon à savoir**

La spécialisation en chirurgie viscérale doit désormais être re-certifiée au plus tard tous les cinq ans - pour la première fois d'ici le 30 juin 2029. La demande doit être déposée par la ou le titulaire du titre elle- / lui-même. En l'absence de re-certification, le titre de formation approfondie est radié des registres. Les personnes titulaires d'un diplôme de formation continue de la SSC sont automatiquement re-certifiées pour la formation approfondie en chirurgie viscérale. Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2024, la gestion administrative du titre de formation approfondie n'est plus assurée par l'ISFM, mais par le secrétariat de la SSCV.

---

20

examens de formation approfondie ont été organisés depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2024, dont 18 candidates et candidats ont réussi l'épreuve avec succès. Cela a impliqué un grand nombre d'examinatrices et examinateurs, ainsi que Britta Bräutigam du secrétariat de la SSCV (responsable de l'organisation), engagée jusqu'au 30 avril 2025 (liste par ordre alphabétique) :

*Adamina Michel, Banz Vanessa, Basilicata Giacinto, Beldi Guido, Bolli Martin, Breitenstein Stefan, De Lorenzi Diego, Donadini Andrea, Faes Seraina, Fasolini Fabrizio, Gass Jörn-Markus, Gelpke Hans, Goldmann Andrea, Grieder Felix, Gutknecht Stefan, Hahnloser Dieter, Hauswirth Fabian, Hetzer Franc, Keerl Andreas, Lehmann Kuno, Matter Maurice, Mattiello Diana, Metzger Jürg, Michel Jean-Marie, Müller Markus, Nebiker Christian, Nocito Antonio, Ochsner Alex, Peterli Ralph, Petrowsky Henrik, Ris Frédéric, Šandera Peter, Sauvain Marc-Olivier, Scheiwiler Andreas, Schlüchter Roger, Schmid Roger, Schmied Bruno, Schnüriger Beat, Teufelberger Gerfried, Toso Christian, Turina Matthias, Vetter Diana, Viehl Carsten, Weber Markus, Wildi Stefan, Zingg Urs.*

Le travail requis pour ces examens est considérable, et demande un fort engagement, notamment de la part des membres du comité, puisque la commission d'examen est présidée à chaque fois par un membre du comité. Un grand merci à toutes les personnes impliquées pour leur engagement !

# « LA COMPLEXITE DES TÂCHES EST ENORME. »



**Jörg Gröbli**

Directeur de l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM)

**Monsieur Gröbli, vous êtes directeur de l'ISFM depuis un an et demi. Qu'est-ce qui vous a motivé à reprendre cette fonction ?**

Après de nombreuses années dans le conseil en entreprise, j'ai ressenti le désir de mettre à profit mon expérience en gestion, stratégie et développement organisationnel dans un environnement entrepreneurial porteur de sens. Lors d'un mandat intérimaire de trois mois à la tête de l'ISFM, j'ai pu acquérir une connaissance approfondie des missions et défis de l'institut. Lorsque l'opportunité s'est présentée d'assumer la direction de manière permanente, je n'ai pas hésité. La diversité des thématiques et l'importance sociale de la formation médicale post graduée ont été déterminantes pour moi.

« Une réorganisation de cette envergure est un véritable tour de force. »

**Quel est votre premier bilan ?**

La complexité des tâches est immense – et les exigences sont élevées. L'ISFM évolue dans un champ de tensions entre des groupes d'intérêt très variés, des attentes politiques et une réalité opérationnelle. Cela reste toutefois une mission passionnante et pleine de sens, que j'accomplis avec beaucoup d'enga-

gement. Les plus grands défis actuels concernent les ressources humaines et la coordination d'intérêts très hétérogènes.

**Début 2025, vous avez présenté au comité de la SSCV les objectifs et la stratégie de l'ISFM. Quelles réactions vous ont particulièrement marqué ?**

Ce n'est pas une déclaration en particulier, mais plutôt l'attitude d'ouverture et la volonté de dialogue qui m'ont laissé une impression très positive. L'échange a été constructif et animé par un intérêt commun : faire évoluer la formation médicale post graduée en Suisse de manière prospective.

**La réorganisation de l'ISFM est un chantier considérable. Quelles évolutions vous réjouissent actuellement ?**

Une réorganisation de cette ampleur est toujours un défi – pour la direction, mais surtout pour les collaborateurs. Nous visons non seulement un ajustement structurel, mais aussi un véritable changement culturel et organisationnel. Cela requiert du temps, de la confiance et une volonté de transformation. Je suis particulièrement heureux de constater combien de collaboratrices et collaborateurs s'engagent et accompagnent ce processus – j'en suis très fier.

**Et qu'est-ce qui vous inquiète ?**

Le domaine de l'attribution des titres. C'est là que se produisent les plus grands changements – sous une pres-

sion d'attente et de temps très forte. Cela complique la constitution, la stabilisation et le développement de la nouvelle équipe. Cette pression est ressentie non seulement par les personnes directement concernées, mais par l'ensemble de l'ISFM.

**L'ISFM s'est fixé pour objectif d'« optimiser ses processus et structures et de les adapter encore mieux aux besoins de ses parties prenantes ». Pouvez-vous donner un exemple concret pour les chirurgiennes et chirurgiens viscéraux ?**

Notre objectif est d'ancrer le principe de l'« excellence de service » - ce qui ne signifie pas la perfection, mais des prestations fiables, compréhensibles et efficaces. Cela passe par des processus transparents, des responsabilités claires et une communication cohérente.

**Concrètement ?**

Concrètement, pour la chirurgie viscérale - comme pour les autres disciplines -, cela signifie que nous structurons nos services de manière à ce qu'ils soient fiables, efficaces et de qualité. Cela inclut aussi les programmes et les règlements de formation post graduée, que nous souhaitons simplifier et standardiser davantage en concertation avec les sociétés de discipline. Notre ambition : moins de complexité, plus de fiabilité - pour toutes les parties prenantes.

**Comment l'intelligence artificielle va-t-elle modifier les activités de l'ISFM dans les années à venir ?**

L'intelligence artificielle est déjà utilisée dans certains processus internes à l'ISFM. Les premières applications montrent comment l'IA peut aider à automatiser des tâches répétitives et à rationaliser les processus internes. L'objectif est clair : accroître l'efficacité. Grâce à l'utilisation ciblée de nouvelles technologies, nous libérons des ressources pour des tâches à valeur ajoutée et réduisons les charges administratives. Nous suivons aussi attentivement l'évolution des technologies afin d'identifier à temps leur potentiel et les intégrer intelligemment. Une utilisation consciente et pragmatique de l'IA est pour nous un levier essentiel pour assurer durablement la performance et l'orientation future de l'ISFM.

**Lenteur dans le traitement des demandes de titres - jusqu'à six mois d'attente : une amélioration est-elle en vue ?**

Il est vrai que les délais actuels de traitement des demandes de titres de spécialiste peuvent atteindre six mois. Ces retards dans l'attribution des titres sont dus principalement à la réorganisation d'envergure lancée fin 2024 et à un renouvellement quasi complet du personnel. En parallèle, un nouveau concept de formation a dû être introduit, les processus optimisés et des outils numériques - notamment à base d'IA - mis en œuvre. Nous avons aussi enregistré une hausse des demandes (+15 % par rapport à l'année précédente) ainsi qu'une qualité globalement plus faible des dossiers soumis, ce qui accroît encore la charge administrative.

**Les mesures prises portent-elles déjà leurs fruits ?**

Oui. Depuis avril 2025, une amélioration se dessine. Nous espérons pouvoir continuer à augmenter notre capacité de traitement. Notre objectif est de ramener à moyen terme le délai moyen à 90 jours. D'ici là, il faut toutefois encore compter avec une attente d'au moins six mois.

*« Depuis avril 2025, une évolution positive se dessine. »*

**Quelle est votre position sur l'autonomisation des titres de formation approfondie ? Quels sont les avantages et risques ?**

La discussion sur une éventuelle autonomisation de certains titres de formation approfondie est actuellement très vive à l'ISFM. En principe, nous comprenons que certains domaines souhaitent renforcer leur autonomie - pour des raisons scientifiques, stratégiques ou professionnelles. Une autonomie peut paraître pertinente, notamment si le domaine est déjà structuré comme une discipline indépendante avec des contenus, structures et modalités d'examen bien définis.

**Pour les chirurgiennes et chirurgiens... ?**

... cela pourrait signifier plus de visibilité, des perspectives de carrière plus

« Jusqu'à nouvel ordre, aucun transfert des titres de formation approfondie ne sera effectué. »

---

claires et des parcours de formation plus spécifiques. Mais cela comporte aussi des risques : une fragmentation accrue, qui complique la collaboration interdisciplinaire et les rotations, notamment dans les petits hôpitaux avec une offre limitée. Les exigences administratives et de coordination augmenteraient également.

**Et quelle est la position de l'ISFM ?**

Chaque projet d'autonomisation fait l'objet d'un examen rigoureux quant à ses répercussions sur l'ensemble du système de formation post graduée et de reconnaissance. Outre les aspects de contenu, les cadres organisationnels et juridiques sont déterminants. Actuellement, un moratoire est en vigueur - aucune autonomisation de titres n'est prévue avant le troisième trimestre 2025, date à laquelle une décision définitive sera prise.

**Les mots-clés « eLogbook » et « numérisation » suscitent régulièrement des émotions - pas toujours positives - chez les membres de la SSCV. Quelles mesures d'optimisation sont prévues ?**

Le mécontentement est compréhensible - la numérisation n'a pas reçu la priorité qu'elle méritait ces dernières années. Nous en avons pris conscience et l'avons érigée en priorité dans notre stratégie 2025-2030. Actuellement, nous élaborons une stratégie de numérisation globale pour l'ISFM, afin d'améliorer les systèmes existants et de proposer de nouvelles solutions numériques à nos parties prenantes.

**Quelles mesures concrètes ont déjà été prises ?**

Au premier trimestre 2025, des améliorations internes ont été mises en œuvre dans l'eLogbook, notamment pour un traitement plus efficace et une meilleure structuration des données. Pour le 4e trimestre 2025, des ajustements ciblés côté utilisateur (notamment pour les médecins-assistant-e-s) sont prévus - en termes d'ergonomie et de lisibilité. Notre principe : seule une procédure bien définie peut être numérisée. C'est pourquoi nous commençons par revoir et simplifier les processus avant de développer pleinement les solutions digitales. Notre objectif est un eLogbook convivial, stable et tourné vers l'avenir, apportant une réelle valeur ajoutée à toutes et tous.

**La chirurgie tend vers toujours plus de spécialisation. Comment l'ISFM peut-il répondre à ce besoin ?**

L'avenir de toutes les disciplines réside, à notre avis, dans l'introduction de la formation basée sur les compétences. Cela implique non seulement de définir les compétences (connaissances, savoir-faire, attitudes), mais aussi d'en améliorer la transmission. Les simulations médicales devraient devenir une norme en chirurgie - notamment au regard des exigences croissantes en matière de sécurité des patients. Les simulations sont également excellentes pour développer les compétences en communication et en travail d'équipe.

Nous restons critiques face à la multiplication des titres privés (formations approfondies et attestations de compétences). La surspécialisation risque de complexifier la formation, de diluer la valeur du titre de spécialiste et de rallonger le temps nécessaire avant d'exercer de façon autonome.

**Qu'en est-il de l'introduction des EPAs ?**

La formation basée sur les compétences est une grande opportunité, en particulier pour les titres privés : ces référentiels axés sur les résultats permettront de se détacher progressivement des durées fixes, pour ne retenir que les compétences requises. Un atout surtout pour les médecins en poste fixe ou à responsabilité : ils pourront acquérir un titre complémentaire en cours d'activité, sans devoir changer de poste.

**L'ISFM est aussi chargé de l'agrément des établissements de formation. Y a-t-il des points critiques ?**

La Commission des établissements de formation (WBSK), en vertu de l'article 43, est compétente pour l'agrément et la classification des établissements de formation. Nous observons avec une certaine inquiétude que la formation des jeunes médecins est de plus en plus sous pression, en raison de contraintes économiques et administratives. Pour maintenir une prise en charge médicale de qualité, nous devons investir dans la relève – et leur garantir un encadrement de qualité, aussi au quotidien. Les responsables doivent pouvoir offrir un environnement formateur – et disposer

pour cela des ressources nécessaires en temps et en moyens financiers.

**Votre souhait à l'attention de la SSCV ?**

Il ne s'agit pas seulement de la SSCV, mais de toutes les sociétés de discipline. Dans le contexte actuel de l'attribution des titres, nous demandons de la compréhension et de la mesure. Nous savons exactement où sont les défis – et ce qu'il faut pour les surmonter. Mais nous avons besoin de temps et de confiance pour mettre en œuvre les mesures. Notre objectif est clair : faire de l'ISFM un partenaire fiable, orienté service, pour tout ce qui concerne la formation post graduée et continue des médecins. Et il est important de le dire clairement : l'ISFM, ce n'est pas uniquement l'attribution des titres.

**C'est-à-dire ?**

Dans les domaines des établissements de formation, de la formation continue, du travail en commissions, de l'administration, du droit et des relations internationales, nous fournissons depuis plus de 15 ans un travail de qualité, reconnu. Cela mérite d'être souligné. Par ailleurs, nous jouons un rôle pionnier au niveau européen dans la formation basée sur les compétences. Notre objectif : l'implanter de manière généralisée en Suisse d'ici 2030. Pour y parvenir, nous devons toutes et tous assumer notre part de responsabilité – et mener un dialogue constructif, pour un système de formation solide, au service des médecins et de la santé en Suisse.

*« Nous avons besoin de temps et de confiance pour mettre en œuvre les mesures de manière cohérente. »*

# NOUVEAUX TARIFS DÈS 2026 : TARDOC INTRODUIT DES FORFAITS AMBULATOIRES

**Pour la première fois depuis plus de 20 ans, les partenaires tarifaires sont parvenus à soumettre au Conseil fédéral une demande d'approbation tarifaire soutenue par toutes les parties. Conséquence : l'actuel tarif médical TARMED sera remplacé par le nouveau tarif TARDOC et environ 300 forfaits par cas. TARDOC entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2026.**

Selon le Conseil fédéral, cette réforme devra être globalement neutre en termes de coûts. En d'autres termes : tout franc supplémentaire alloué à un traitement devra être compensé par une réduction ailleurs. Ce principe rend la réforme politiquement sensible. L'idée centrale : les nouveaux tarifs doivent mieux refléter les coûts réels qu'actuellement. En vigueur depuis 2004, le TARMED est jugé dépassé depuis longtemps, notamment parce que les évolutions médicales et technologiques n'y sont pas intégrées, faute de mises à jour régulières.

À l'instar des forfaits actuels dans le domaine stationnaire, les nouveaux forfaits ambulatoires feront l'objet de révisions annuelles sur la base des dernières données. La nouvelle organisation tarifaire, composée de représentants des médecins, hôpitaux, assureurs et cantons, a déjà défini plusieurs priorités pour une première révision au début 2027.

13

milliards de francs seront redistribués avec TARDOC.

300

forfaits par cas formeront le cœur du TARDOC.

60

pour cent : taux de mise en œuvre des propositions soumises par la SSCV depuis 2012 pour faire évoluer les forfaits stationnaires.

# « UN GRAND PAS EN AVANT. »



**Prof. Dr méd. Guido Beldi**  
Chef du service de chirurgie viscérale,  
Inselspital Berne

« Les forfaits sont la clé d'une meilleure couverture des coûts. »

**De nombreuses disciplines comme l'ophtalmologie, la radiologie ou la pédiatrie ont vivement critiqué le nouveau TARDOC. Les chirurgiennes et chirurgiens viscéraux, en revanche, restent relativement discrets. Êtes-vous satisfait du nouveau système de rémunération ?**

Le forfait pour notre opération ambulatoire la plus fréquente – la cure de hernie inguinale – couvre désormais la prestation de manière nettement meilleure qu'auparavant. Pour cette raison, nous sommes globalement satisfaits jusqu'à présent. Nous espérons que les prochains forfaits prévus pour d'autres interventions fréquentes se rapprocheront eux aussi des coûts réels.

**Sur une échelle de 1 à 10, quelle note donneriez-vous au TARDOC ?**

Les analyses sont encore en cours, mais pour les forfaits, nous leur attribuons actuellement la note de 8, car ils couvrent mieux les coûts. Cependant, certains points faibles subsistent, comme la réduction de la durée des consultations ou le fait que les prestations liées à l'âge ou à une charge de traitement accrue ne seront plus facturables. Cela réduit la flexibilité pour répondre aux besoins réels des patientes et patients, et cela pourrait aussi nuire aux situations de formation (« teaching ») – d'où une note de 4 dans ce domaine. Il reste également à clarifier si les coûts de pathologie seront réellement couverts par les forfaits. Cela pourrait avoir un impact négatif sur le dépistage précoce des maladies. La rémunération des implants se fera aussi, sauf rares exceptions, sur une base forfaitaire, ce qui pourrait entraîner une baisse de la qualité.

**Quel sera le principal changement pour les chirurgiennes et chirurgiens viscéraux à partir de 2026 ?**

Clairement, l'introduction des forfaits. Comme mentionné, ils sont la clé pour une meilleure couverture des coûts. Notre principal défi sera de veiller à ce que les prestations fournies soient correctement attribuées au bon forfait.

**Où voyez-vous les premiers ajustements ?**

D'autres forfaits sont en cours d'élaboration – c'est essentiel pour nous. Les forfaits ambulatoires et le TARDOC formeront, comme SwissDRG, un « système tarifaire apprenant ». Cela signifie que la structure sera revue et adaptée chaque année sur la base des données rétrospectives de coûts et de prestations. Si ces données sont correctement saisies dès 2026, on verra vite où des ajustements s'imposent. Je pense notamment que certains forfaits ambulatoires devront être affinés, afin de mieux couvrir les cas complexes, multimorbides ou à forte consommation de ressources (comme en cas d'hémorragie peropératoire).

**Vous suivez le dossier « Tarifs » au sein du comité de la SSCV depuis des années. Quel est votre bilan après toutes ces discussions et négociations ?**

La SSCV se bat depuis 2012 pour des forfaits couvrant réellement les coûts. Aujourd'hui, on constate que, pour des opérations comme la cure de hernie inguinale, les recettes seront bientôt presque doublées. C'est un grand pas en avant. Cela dit, du point de vue des hôpitaux, les défis restent considérables pour offrir des soins de qualité de manière économiquement viable.



# SAUF SI ON LE FAIT ...

---

*La spécialisation croissante en médecine se reflète clairement dans la diversité des groupes d'intérêt affiliés à la SSCV. Jusqu'à présent, il existait sept de ces groupes - aujourd'hui, deux nouveaux viennent compléter la communauté : la Swiss Hepato-Pancreato-Biliary Asso-*

*ciation (SHPBA) et le groupe de travail Swiss Upper GI. Ces deux nouvelles sociétés spécialisées viennent enrichir le réseau existant et renforcent les échanges interdisciplinaires au sein de la SSCV. Vous trouverez ci-après un aperçu des activités, des objectifs et des visions de ces*

*différentes organisations. Cela illustre comment chaque groupe contribue, dans son domaine de spécialité, au développement de la prise en charge médicale en Suisse et à la collaboration entre disciplines.*

---

## Groupe de travail en chirurgie endocrinienne (AGEC)

### **Précision en chirurgie endocrinienne**

Le groupe de travail en chirurgie endocrinienne (AGEC) réunit expertise et engagement pour les normes les plus élevées lors d'interventions sur les organes producteurs d'hormones. Il soutient la formation initiale et continue, participe à des projets de registres nationaux et renforce l'échange interdisciplinaire dans le domaine de la chirurgie endocrinienne.



Informations complémentaires :  
[www.eurocrine.eu](http://www.eurocrine.eu)

---

## Swiss Association for Trauma & Acute Care Surgery (swissacs)

### **Patients polytraumatisés entre de bonnes mains**

La Swiss Association for Trauma & Acute Care Surgery (SwissACS) est la société centrale en Suisse pour la chirurgie traumatologique et aiguë. Elle promeut des standards élevés grâce à des recommandations fondées sur des preuves, des centres de traumatologie certifiés et des formations pratiques. Ses membres sont issus de la chirurgie et de disciplines connexes avec un objectif commun : améliorer en permanence la qualité, la formation et la recherche.



Informations complémentaires :  
[www.swissacs.ch](http://www.swissacs.ch)

# « UNE COMPLEXITE CROISSANTE EXIGE DES STANDARDS CLAIRS. »



**PD Dr méd. Emmanuel Melloul**  
Co-directeur du Centre du foie et du pancréas,  
CHUV Lausanne

« L'échange international est une priorité centrale. »

*Avec la Swiss Hepato Pancreato Biliary Association (Swiss HPBA), une nouvelle organisation a vu le jour, répondant à la complexité croissante de cette spécialité. Le PD Dr Emmanuel Melloul, co-directeur du Centre du foie et du pancréas du CHUV, explique le rôle, les objectifs et les missions du groupe d'intérêt qu'il préside.*

## **Le rôle de la Swiss HPBA**

La Swiss HPBA a été fondée dans le but de structurer et de promouvoir de manière ciblée la chirurgie hépatopancreatobiliaire (HPB) en Suisse. La complexité croissante dans ce domaine exige des standards clairs, une collaboration interdisciplinaire ainsi qu'une spécialisation précise. En tant que société scientifique nationale, la Swiss HPBA adopte une approche intégrative pour le développement de la chirurgie HPB en matière de recherche, de formation et de pratique clinique.

## **Réseautage international et transfert de connaissances**

L'un des objectifs centraux de la Swiss HPBA est l'échange avec les sociétés scientifiques internationales. L'alignement sur des standards établis à l'échelle internationale favorise le transfert de savoirs et permet de mettre efficacement en œuvre les connaissances scientifiques et cliniques en Suisse. Cet échange constitue une base solide pour des soins de qualité et renforce la position de la chirurgie HPB suisse à l'échelle mondiale.

## **Recherche et formation**

Les priorités de la Swiss HPBA sont la promotion de la recherche translationnelle, la formation continue et l'optimisation de la pratique clinique. L'objectif est d'intégrer plus rapidement les innovations dans la pratique quotidienne et d'améliorer durablement les résultats thérapeutiques. La promotion ciblée de la relève chirurgicale par le mentorat, la participation à la recherche et les offres de formation spécialisées constitue à cet égard un pilier stratégique essentiel.

## **Promotion de la relève et pérennisation de la spécialité**

La Swiss HPBA se donne pour mission de soutenir de manière ciblée la prochaine génération de chirurgiennes et chirurgiens HPB. Grâce à des programmes structurés pour les jeunes médecins, leur participation active à la société scientifique est encouragée – que ce soit à travers des projets de recherche, des formations cliniques ou le développement de leur réseau professionnel. Ainsi, l'expertise comme l'engagement dans la chirurgie HPB sont assurés à long terme.

## **Engagement en politique de santé**

Enfin, la Swiss HPBA souhaite également s'engager activement dans les débats de politique de santé. L'élaboration de lignes directrices cliniques, la définition de standards de prise en charge et la promotion de modèles de soins interdisciplinaires font partie de ses objectifs déclarés. La société se positionne comme un organe spécialisé, apportant des contributions fondées sur des preuves scientifiques et centrées sur les patientes à l'évolution du système de santé dans le domaine de la médecine HPB.

---

## Swiss Minimally Invasive Surgery (SWISS-MIS)

### **Doux dans l'intervention, fort dans l'impact**

La Swiss-MIS est la plateforme dédiée à la chirurgie viscérale mini-invasive. Elle encourage les échanges professionnels, organise des formations nationales et internationales, et soutient la recherche pour des procédures innovantes et peu invasives. L'accent est mis à la fois sur la qualité et l'évolution technologique.



Informations complémentaires :  
[www.swiss-mis.ch](http://www.swiss-mis.ch)

---

## Swiss Peritoneal Cancer Group (SPCG)

### **Contre les carcinomes péritoneaux : Interdisciplinarité**

La SPCG (Swiss Peritoneal Cancer Group) regroupe des expertes et experts en chirurgie, oncologie et disciplines associées pour faire progresser le traitement de la carcinome péritonéale. Avec un accent sur des techniques comme la CRS et la HIPEC, la recherche contrôlée et des congrès spécialisés, ce groupe contribue activement à l'amélioration des soins.



Informations complémentaires :  
[www.spcg.ch](http://www.spcg.ch)

---

## Swiss Multidisciplinary Obesity Society (SMOB)

### **Engagés pour les patient-es avec obésité**

La SMOB (Swiss Multidisciplinary Obesity Society) est la société suisse spécialisée en chirurgie de l'obésité et métabolique. Elle développe des lignes directrices fondées sur les preuves, gère un registre national et organise des formations ciblées. Des spécialistes issus de diverses disciplines s'y engagent pour des soins globaux et de qualité.



Informations complémentaires :  
[www.smob.ch](http://www.smob.ch)

# « PLUS DE VISIBILITE ET DES COOPERATIONS FACILITEES. »



**Prof. Dr méd. Stefan Paul Mönig**  
Responsable de la chirurgie œsogastrique,  
Hôpitaux Universitaires de Genève

*Avec la fondation du groupe Swiss Upper GI, une nouvelle plateforme est créée lors de l'assemblée générale à Interlaken, destinée aux chirurgiennes et chirurgiens se spécialisant dans la chirurgie de l'estomac et de l'œsophage. Stefan Mönig, responsable de la chirurgie œsogastrique aux Hôpitaux universitaires de Genève, explique les origines, les objectifs et les avantages de ce nouveau groupe d'intérêt de la SSCV.*

- Coopération interdisciplinaire (oncologie, gastroentérologie, médecine interne, anesthésie, etc.)
- Participation à des études, projets et publications
- Collaboration avec des sociétés scientifiques internationales

### **Où se déroulent la première assemblée générale et le premier congrès public ?**

Le premier atelier a eu lieu en avril 2025 à Berne avec environ 40 participantes. La fondation officielle aura lieu le jeudi 11 septembre 2025, de 12h00 à 13h00 (salle Harder), lors du congrès commun SGC-SSCV-SASL à Interlaken.

### **Qui est à l'initiative du groupe Swiss Upper GI ?**

Le groupe a été initié par des membres de la SSCV ayant un intérêt particulier pour la chirurgie du haut appareil digestif, ainsi que par des cliniques pratiquant la chirurgie de l'œsophage dans le cadre de la MHS.

### **Comment le groupe s'organise-t-il, et quelle plus-value propose-t-il ?**

Le groupe Swiss Upper GI vise à offrir une plateforme aux chirurgiennes et chirurgiens suisses intéressés - à l'image de la Swiss Peritoneal Cancer Group. Un atelier annuel (janvier/février) est prévu, ainsi que divers cours de formation continue.

### **Quels sont les objectifs et les axes prioritaires ?**

- Participation active aux congrès de la SSC et de la SSCV
- Formation annuelle en janvier

### **Pourquoi un groupe de travail spécifique est-il nécessaire ?**

La spécialisation progresse au sein de la chirurgie viscérale - plusieurs pays européens disposent déjà de groupes spécialisés pour la chirurgie gastro-intestinale supérieure. L'introduction du titre F.E.B.S. dans ce domaine confirme également ce besoin. Le groupe renforce la visibilité, facilite la collaboration dans les études et approfondit la coopération interdisciplinaire en Suisse.

### **Quel est le public cible ?**

Tous les membres de la SSCV intéressés par la chirurgie œsophagienne et gastrique, qu'elle soit bénigne ou maligne. Environ 100 membres potentiels sont attendus.

« La fondation officielle du groupe Swiss Upper GI aura lieu le 11 septembre 2025 à Interlaken. »

---

## Association Suisse de la chirurgie de la hernie (SAHC)

### **Sûr, moderne, fondé sur des données probantes**

La SAHC s'engage pour le développement de la chirurgie des hernies en Suisse. Elle organise des formations pratiques, participe activement à des registres de qualité et met l'accent sur des techniques opératoires modernes, sûres et centrées sur les patient-es.



Informations complémentaires :  
[www.sahc.ch](http://www.sahc.ch)

---

## Groupe Suisse d'Etudes Coloproctologiques (SAKP)

### **Compétence autour du côlon et du rectum**

La SAKP constitue le réseau suisse des spécialistes en chirurgie colorectale. Elle soutient une formation approfondie, promeut des études scientifiques et œuvre pour des standards thérapeutiques modernes dans le traitement des maladies du côlon et du rectum.



Informations complémentaires :  
[www.coloproct.ch](http://www.coloproct.ch)

---

## Swiss Upper GI Group (SUGI)

### **Connectés pour l'œsophage et l'estomac**

Le Swiss Upper GI Group est une nouvelle plateforme pour les chirurgiennes et chirurgiens spécialisés dans l'œsophage et l'estomac. Son objectif : l'échange scientifique, la formation continue et la promotion de la collaboration interdisciplinaire. Au cœur de ses activités : réseautage international, participation à des études et amélioration de la qualité.



Informations complémentaires :  
[www.viszeralchirurgie.ch](http://www.viszeralchirurgie.ch)

---

## Swiss Hepato-Pancreato-Biliary Association (SHPBA)

### **L'excellence en chirurgie du foie, du pancréas et des voies biliaires**

La SHPBA s'engage pour des standards de traitement les plus élevés dans les maladies HPB complexes - à travers des recommandations fondées sur des preuves, des formations ciblées et des projets de recherche. Ses membres œuvrent de manière interdisciplinaire et en réseau pour l'innovation, la qualité et la sécurité des patient-es.



Informations complémentaires :  
[www.ihpba.org](http://www.ihpba.org)

# « NOTRE SOCIÉTÉ A BESOIN DES CHIRURGIENS ! »



**Dre méd. Yvonne Gilli**  
Spécialiste en médecine interne générale  
Présidente de la FMH

## **Madame Gilli, comment percevez-vous la SSCV ?**

En tant que non-chirurgienne, je perçois la chirurgie viscérale principalement du point de vue d'une médecin référente. En tant que présidente de la FMH, je considère les chirurgiennes et chirurgiens viscéraux comme des membres plutôt « calmes » de la profession – c'est-à-dire qu'ils ne s'expriment pas bruyamment à la moindre contrariété. En tant que profane en chirurgie, je vois surtout la complexité du domaine : particulièrement en chirurgie viscérale, l'évolution – des techniques ouverte vers la laparoscopie – génère une grande tension, notamment quant aux compétences requises à l'avenir.

*« Les chirurgiens viscéraux ne crient pas à la moindre contrariété. »*

## **La FMH que vous présidez défend les intérêts du corps médical. En quoi ceux des chirurgien-nes diffèrent-ils de ceux des autres sociétés de discipline ? Quelles particularités voyez-vous ?**

Au fond, ces différences peuvent être bien illustrées par une blague bien connue sur la chasse aux canards :

*Un chirurgien, un pathologiste, un interniste et un psychiatre partent ensemble à la chasse aux canards. Lorsqu'ils aperçoivent un vol de canards, l'interniste épaula, vise, réfléchit... et repose son arme. « Je n'étais pas sûr qu'il s'agissait réellement de canards », dit-il à ses compagnons. Peu après, un autre vol apparaît. Le psychiatre prend la visée, réfléchit... et repose lui aussi son fusil. « Je n'étais pas certain que tous les oiseaux se percevaient et s'identifiaient comme des canards », explique-t-il. Quand un troisième vol s'élève, le chirurgien n'hésite pas : il vise et tire plusieurs coups. Quand le silence revient, il ne reste aucun oiseau dans le ciel. Le chirurgien tape alors sur l'épaule du pathologiste et dit : « S'il te plaît, vérifie s'il y avait des canards. »*

Blague à part : ce qui nous unit tous, c'est que nous devons agir en présence d'une incertitude résiduelle – et que ces actions peuvent avoir des conséquences existentielles pour la patiente ou le patient. Cela marque profondément notre profession. Notre propension à l'action est en même temps notre point faible. Sur le plan politique (professionnel) ou pour assumer des fonctions de direction, c'est surtout une pensée stratégique qui est requise – et cela, nous l'avons peu appris.

**La demande de « moins de bureaucratie » est largement répandue chez les médecins. Où la FMH agit-elle pour dompter le monstre bureaucratique ?**

Les monstres bureaucratiques finissent par dévorer leurs propres enfants. Le premier de ces monstres, nous l'avons créé nous-mêmes par la fragmentation croissante de la formation post graduée – souvent motivée par la volonté de se distinguer des disciplines « voisines » ou par des intérêts financiers particuliers. Quant au monstre bureaucratique officiel, nous y contribuons également, en déléguant la résolution de problèmes à nos lobbyistes, qui les transmettent ensuite aux décideurs politiques. Mais ces derniers ne disposent que d'un seul outil : la législation – autrement dit, la régulation. En tant qu'organisation faïtière, la FMH assume dès lors surtout un rôle de limitation des dégâts lorsqu'une nouvelle régulation menace. Cela fonctionne souvent... mais la limitation des dégâts ne modifie pas les conditions initiales.

Pour l'avenir, cela signifie pour moi :

- Ne plus déléguer nos problèmes à la politique. Réglons nos défis nous-mêmes !
- Exiger de la politique une dérégulation ! Ce n'est possible qu'ensemble, et non par une seule société de discipline.

- Les médecins cadres dans les institutions portent une coresponsabilité pour la bureaucratisation croissante, par exemple à travers des systèmes informatiques dysfonctionnels. Il est temps ici de prendre part à la conception !

**Quelles sont, selon vous, les trois raisons pour lesquelles il vaudra encore la peine dans dix ans de choisir la chirurgie, ou plus précisément la chirurgie viscérale ?**

Ce sera toujours la motivation intrinsèque qui poussera à faire des études de médecine : le désir d'aider les autres, des talents manuels, ainsi qu'un intérêt pour les sciences naturelles et les technologies. Et notre société a tout simplement besoin des chirurgiennes et chirurgiens – sans eux, il n'y aurait pas de prise en charge chirurgicale de la population.

**Vos souhaits à la SSCV, respectivement à ses membres ?**

Vous êtes les expertes et experts de vos conditions de travail. Utilisez cette compétence pour façonner activement votre avenir professionnel, là où vous travaillez actuellement, et de manière solidaire dans votre société cantonale et professionnelle. Ensemble, nous sommes forts et efficaces !

« Ne plus déléguer nos problèmes à la politique. Réglons nos défis nous-mêmes ! »



**Société Suisse de  
Chirurgie Viscérale SSCV**

Secrétariat Britta Bräutigam  
c/o Meister ConCept GmbH  
Bahnhofstrasse 55  
CH-5001 Aarau 1

T +41 62 836 20 84

[sgvc@meister-concept.ch](mailto:sgvc@meister-concept.ch)