

L'AVENIR DE LA CHIRURGIE VISCÉRALE AU CŒUR DES ENJEUX

Rapport annuel 2025/26

Chiffres, faits et commentaires

Beatrice Beck Schimmer
« La diversité renforce
la chirurgie. »

Reiner Eichenberger
« De meilleures incitations
renforcent les soins. »

Elisabeth Baume-Schneider
« La médecine a besoin
de personnes engagées. »



LES THÈMES EN UN COUP D'ŒIL

Au cours de l'exercice 2025/26 également, la SSCV s'est engagée de multiples façons – un engagement qui se reflète de manière éloquente dans le présent rapport annuel. Les nombreux projets, initiatives et manifestations illustrent la portée de son action ainsi que la diversité de ses activités.

Les contributions des membres du Comité ainsi que des autrices et auteurs invités offrent un aperçu des principales évolutions, des défis et des succès de l'exercice écoulé. Le présent rapport annuel invite à revenir sur les étapes et les thèmes majeurs de l'année écoulée, tout en proposant des pistes de réflexion pour relever les défis et accomplir les missions de demain.

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



Prof. Dr méd. Markus K. Müller
Président de la SSCV

4

SSCV : A propos de nous

6

Éditorial

8

Le comité

12

La SSCV et ses groupes d'intérêt

14

Thème principal : 10 questions, 10 perspectives

42

Bourses d'observation

46

Prix Felix-Largiadèr

48

SCS Annual Meeting

50

Médecine hautement spécialisée (MHS)

54

Formation approfondie en chirurgie viscérale

56

Interlaken : Il était une fois un congrès

60

Swiss Visceral Summit

62

Perspectives : Elisabeth Baume-Schneider

Mentions légales

Conception, rédaction et graphisme : Markus K. Müller, Antonio Nocito, Britta Bräutigam, Omar Gisler, Tanja Martin
Traduction : Raffaele Rosso | Photos : photos d'archives, images générées par IA | Impression : Häflinger Druck, Wettingen (Kromer Print AG) | Tirage : 150 exemplaires
Date de clôture : 1^{er} août 2026

SSCV – UN NOM QUI EN DIT LONG

La Société Suisse de Chirurgie Viscérale (SSCV) est une société de formation approfondie qui se consacre 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 déterminante à l'assurance de la qualité dans cette spécialité médicale.

Histoire et développement

La SSCV a été fondée le 19 mars 1993 en tant qu'association indépendante au sens de l'article 60 et suivants du Code civil suisse. Son 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 précise :

« La création d'une Société Suisse de Chirurgie Viscérale est l'expression de la diversification croissante de la chirurgie. Les connaissances et les compétences exigées en chirurgie ont atteint une ampleur telle qu'il est depuis longtemps impossible pour une seule personne de toutes les maîtriser. (...) L'une des principales missions de la nouvelle société consiste donc à soutenir les efforts de la Société Suisse de Chirurgie en faveur d'un règlement de formation postgraduée adapté à son époque, tout en y intégrant les préoccupations spécifiques de la chirurgie viscérale. »

Depuis lors, la SSCV est devenue un acteur central du paysage chirurgical suisse. Elle est une société de base du Swiss College of Surgeons (SCS), fondé en 2017 afin de réunir les sociétés chirurgicales de discipline sous une même structure et de coordonner la formation postgraduée.

Mission et activités

Conformément à ses statuts, la SSCV poursuit les objectifs principaux suivants :

- Promotion de la chirurgie viscérale en collaboration avec la Société Suisse de Chirurgie (SSC).
- Traitement des questions de politique de santé et de politique professionnelle, y compris la formation postgraduée, la formation continue et les titres de spécialiste.
- Représentation des intérêts de la chirurgie viscérale auprès des organisations professionnelles et dans le cadre des négociations tarifaires.
- Collaboration avec les sociétés scientifiques européennes poursuivant des objectifs identiques ou similaires.

« La bureaucratie, des tarifs insuffisants et la pénurie de personnel qualifié représentent des défis majeurs. »

La SSCV s'engage activement dans la formation postgraduée et la formation continue de ses membres, participe régulièrement à l'organisation de congrès et de manifestations et collabore étroitement avec les sociétés scientifiques européennes. Par ces activités, elle contri-

bue au développement de la chirurgie viscérale et défend les intérêts de ses membres tant au niveau national qu'international.

Structure des membres

La SSCV compte actuellement plus de 500 membres. L'adhésion est ouverte aux médecins spécialistes en chirurgie qui se sont spécialisés en chirurgie viscérale. Il existe différentes catégories de membres, notamment les membres ordinaires, les membres juniors en formation postgraduée ainsi que les membres associés.

Défis

Une enquête menée auprès des membres de la SSCV durant l'été 2024 a montré qu'environ 90 % des chirurgiennes et chirurgiens viscéraux craignent une détérioration de leurs conditions de travail. Les prescriptions bureaucratiques et les tarifs insuffisants sont considérés comme particulièrement contraignants. Par ailleurs, des inquiétudes subsistent quant à la relève, puisque plus de la moitié des personnes interrogées doutent qu'un nombre suffisant de jeunes médecins choisissent la chirurgie viscérale comme spécialité dans les années à venir.



Informations complémentaires :
www.viszeralchirurgie.ch

528

membres composent la SSCV au 30.06.2026. La répartition est la suivante :

316 membres ordinaires
90 membres libres
14 membres d'honneur
107 membres associés
1 membre junior

14

membres d'honneur font partie de la SSCV. Lors de l'Assemblée générale du 11 septembre 2025, le **Prof. Dr méd. Raffaele Rosso** a été nommé nouveau membre d'honneur. Nous le félicitons chaleureusement pour cette distinction.



28

nouveaux membres ont rejoint la SSCV au cours de l'exercice 2025/26. Bienvenue au sein de la société !

ASSUMER DES RESPONSABILITÉS ET FAÇONNER L'AVENIR



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

Ces deux dernières années ont marqué notre société de discipline à bien des égards : les évolutions de la politique de la santé, les nouvelles exigences réglementaires et les décisions importantes prises au sein de la SSCV ont clairement montré combien une société scientifique forte et engagée est indispensable pour contribuer activement à façonner l'avenir de la chirurgie viscérale. En tant que président, j'ai eu le privilège d'accompagner cette période et d'y apporter ma contribution aux côtés d'un comité motivé.

Au début de mon mandat, en septembre 2024, les priorités stratégiques étaient

déjà clairement définies. Il s'agissait de faire face de manière critique à la charge administrative croissante qui pèse sur notre spécialité, de renforcer encore la visibilité de la SSCV et d'aborder activement les questions structurelles. Les relations avec la Société Suisse de Chirurgie (SSC), le développement de la médecine hautement spécialisée (MHS) ainsi qu'une planification prévoyante de la relève au sein du comité figuraient au cœur de ces priorités.

L'un des axes majeurs de ma présidence a consisté à clarifier le rôle de la SSCV au sein des sociétés chirurgicales de discipline. Les discussions avec la SSC ont été intenses et parfois controversées. Même si elles n'ont pas abouti à un rapprochement structurel sous la forme d'une fusion, elles ont permis de définir plus clairement les missions, les responsabilités et le profil des deux sociétés. Aujourd'hui, nous disposons de canaux de communication solides et d'une collaboration fondée sur la confiance, en particulier pour les questions de politique de la santé et les questions tarifaires. Cette situation constitue une excellente base pour défendre, à l'avenir également, nos intérêts communs d'une seule voix.

Transformer un défi en opportunité

Les travaux du comité ont été marqués par une grande compétence professionnelle, une longue expérience et des points de vue variés. Les discussions n'ont pas toujours été simples. C'est précisément cette diversité qui nous a permis de trouver des solutions solides et de définir les bonnes priorités, qu'il s'agisse des questions de politique de la santé, du développement de notre spé-

cialité ou du positionnement de la SSCV. J'adresse mes sincères remerciements à tous les membres du comité ainsi qu'à notre secrétariat. Leur engagement et leur professionnalisme constituent le fondement du succès de notre société.

Parmi les événements les plus marquants des derniers mois figure la fin de la longue collaboration avec la Société Suisse de Gastroentérologie dans le cadre du congrès annuel commun. Malgré notre volonté de trouver des compromis durables, ce partenariat a été rompu de manière unilatérale. Ce qui est regrettable, ce n'est pas seulement la décision elle-même, mais aussi la manière dont elle a été prise. Celle-ci contraste fortement avec l'excellente collaboration interdisciplinaire que nous vivons au quotidien avec nos collègues gastro-entérologues dans la pratique clinique.

C'est précisément dans cette situation que la force de notre société scientifique s'est révélée. En très peu de temps, le comité est parvenu à développer, avec le Swiss Visceral Summit, un nouveau format de congrès indépendant. Sa première édition, qui se tiendra en novembre à Aarau, donne naissance à une plateforme moderne dédiée aux échanges scientifiques, à la formation continue et à l'innovation. Je suis convaincu que ce congrès a le potentiel de s'imposer comme un rendez-vous incontournable de la chirurgie viscérale en Suisse.

Faire évoluer la médecine hautement spécialisée avec discernement

La médecine hautement spécialisée demeure l'un des principaux enjeux de politique de la santé de notre discipline.

La chirurgie viscérale a été l'une des premières spécialités à être soumise à une réglementation approfondie. Pour nous, l'assurance qualité va de soi et est indispensable. Les exigences réglementaires doivent toutefois être élaborées sur des bases scientifiques solides, avec discernement et dans un esprit proche de la pratique.

Des seuils minimaux de cas trop rigides, l'absence de critères de réintégration (« re-entry ») ou une prise en compte insuffisante des concepts thérapeutiques modernes risquent de créer des incitations inappropriées et, à long terme, de nuire à la qualité de la prise en charge. Il ne s'agit pas uniquement de volumes de cas et de critères de qualité, mais également de trouver un juste équilibre entre la centralisation des interventions complexes et le maintien d'une prise en charge régionale de très haute qualité. La SSCV continuera donc à s'engager pour que les exigences de qualité soient définies de manière médicalement pertinente et centrée sur les patientes et les patients.

La qualité exige l'équité

Aujourd'hui, la chirurgie est davantage exposée par rapport à d'autres nombreuses disciplines au centre de l'attention des autorités réglementaires et du public. Les prestations chirurgicales peuvent être facilement mesurées et comparées. Les instruments de pilotage de la politique de la santé visent donc fréquemment les disciplines chirurgicales. Parallèlement, les obligations de documentation, les programmes de qualité et les exigences administratives ne cessent d'augmenter. Trouver le juste équilibre entre assurance qualité, effi-

cience économique et liberté d'action des médecins constituera ainsi l'un des enjeux majeurs des années à venir.

Les enseignements tirés des systèmes de qualité et des systèmes CIRS montrent clairement que la sécurité des patientes et des patients est une responsabilité de l'ensemble du système de santé. La qualité et la transparence sont indispensables. Elles doivent toutefois reposer sur les mêmes principes pour toutes les disciplines. C'est pourquoi la SSCV continuera de défendre un débat sur la qualité objectif, fondé sur les faits et ouvert à l'ensemble des spécialités.

Au-delà de notre propre discipline

L'avenir de la chirurgie viscérale ne se joue pas uniquement au bloc opératoire. Il est également façonné par les évolutions de la société, les conditions-cadres de la politique de la santé et la transformation de notre profession. La féminisation croissante de la médecine, la pénurie de relève, la progression de la surspécialisation, les tarifs, l'évolution des coûts ou encore la place de la chirurgie dans le débat public sont autant de défis qui marqueront profondément notre discipline au cours des prochaines années.

Le thème principal du présent rapport annuel est consacré à ces questions. Dix personnalités issues de la médecine, de la politique et du système de santé, ainsi que des représentantes et représentants de la SSCV et d'autres sociétés scientifiques, livrent leur analyse des principaux enjeux d'avenir de la chirurgie viscérale en Suisse. La diversité des points de vue, les positions parfois divergentes et les nouvelles pistes de réflexion montrent

clairement que l'avenir de notre discipline ne pourra être construit qu'ensemble.

Remerciements et perspectives

Au terme de ma présidence, c'est avant tout un sentiment de gratitude qui domine. J'ai eu le privilège d'accompagner une société engagée, forte sur le plan scientifique et résolument tournée vers l'avenir, qui a su relever les défis les plus exigeants avec cohésion, pragmatisme et clairvoyance. Aujourd'hui, la SSCV est une voix reconnue au sein du système de santé suisse. Nous pouvons envisager l'avenir avec confiance en nous appuyant sur cette base solide.

Je me réjouis de transmettre la présidence aux mains compétentes de la **PD Dre méd. Diana Vetter**. Je lui souhaite plein succès dans cette nouvelle fonction, beaucoup de discernement dans les décisions qui l'attendent et des expériences aussi enrichissantes que celles que j'ai eu la chance de vivre durant mon mandat.

J'adresse mes sincères remerciements à toutes les membres et à tous les membres de la SSCV pour leur confiance, leur soutien et les échanges confraternels. Ensemble, nous continuerons à façonner activement l'avenir de la chirurgie viscérale suisse en posant les bonnes questions, en accueillant des perspectives diverses et en élaborant collectivement des réponses solides.



Prof. Dr méd. Markus K. Müller

LE COMITÉ

Le comité de la SSCV compte onze membres avec droit de vote. S'y ajoutent deux 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
(a démissionné du comité)

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

158'771

francs correspondent au total des dépenses de l'année 2025, tandis que les recettes se sont élevées à 159'409 francs.

638

francs de bénéfice net en ont résulté.

568

heures de travail ont été consacrées par le secrétariat en 2025 :

- Administration générale : **99.25 h**
- Réunions du comité et assemblée des membres : **124.25 h**
- Finances et site internet/communication : **51.25 h**
- Commission d'examen et organisation des examens de spécialité : **106.75 h**
- Commission de formation et traitement des demandes de titre : **76.5 h**
- Commission de recours et traitement des recours : **11 h**
- Demandes de centres de formation et organisation des visites : **36.75 h**
- Mise en place de l'autonomisation et outil en ligne : **4.75 h**
- Organisation du Swiss Visceral Summit : **57.5 h**

4

fois le comité s'est réuni depuis l'Assemblée générale ordinaire du 11 septembre 2025. Il a notamment traité les points suivants :

- Admission de nouveaux membres
- Échange d'informations permanent avec le Swiss College of Surgeons (SCS) et la Société Suisse de Chirurgie (SSC)
- Organisation des sessions scientifiques et des communications libres dans le cadre du SCS Annual Meeting
- Mise en place et organisation des sessions scientifiques du Swiss Visceral Summit
- Organisation des examens de la formation approfondie
- Tâches administratives et organisationnelles liées à l'attribution de la formation approfondie en chirurgie viscérale (autonomisation)
- Nouvelles demandes de reconnaissance d'établissements de formation postgraduée et visites d'évaluation de différentes cliniques et institutions en vue de la formation approfondie en chirurgie viscérale
- Réalisation de l'enquête auprès des médecins en formation dans les établissements de formation postgraduée, y compris le suivi (monitoring)
- Bourse d'observation 2026
- Tarifs
- Communication, site Internet et réseaux sociaux

LES GROUPES D'INTÉRÊT DE LA SSCV

La chirurgie viscérale est de plus en plus spécialisée – et, avec elle, la diversité des groupes d'intérêt au sein de la SSCV. Ceux-ci favorisent les échanges professionnels, mettent en réseau les experts et les experts et donnent des impulsions à la formation postgraduée, à la formation continue et à la recherche. Sur cette double page, les différents groupes présentent leurs domaines d'intérêt et leurs activités.

Swiss Endocrine Surgeons (GTCE)

Le Groupe de travail suisse de chirurgie endocrinienne (GTCE) réunit expertise et engagement afin de garantir les plus hauts standards dans les interventions portant sur les organes producteurs d'hormones. Il encourage la formation prégraduée, la formation postgraduée et la formation continue, soutient les projets de registres nationaux et renforce les échanges interdisciplinaires dans le domaine de la chirurgie endocrinienne.

Swiss Association for Trauma & Acute Care Surgery (SwissACS)

La SwissACS est la principale société scientifique suisse dédiée à la chirurgie traumatologique et d'urgence. Elle promeut les plus hauts standards de prise en charge grâce à des recommandations fondées sur les preuves, des centres de traumatologie certifiés et des formations pratiques. Ses membres, issus de la chirurgie et de disciplines apparentées, œuvrent ensemble à l'amélioration continue de la qualité, de la formation et de la recherche.

Swiss Minimally Invasive Surgery (Swiss-MIS)

Swiss-MIS est la plateforme de référence pour toutes les personnes qui se consacrent à la chirurgie viscérale mini-invasive. Elle favorise les échanges professionnels, organise des formations continues nationales et internationales et soutient la recherche sur des techniques opératoires innovantes et peu invasives. L'assurance qualité est au cœur de ses préoccupations, tout comme le progrès technologique.

Swiss Peritoneal Cancer Group (SPCG)

La SPCG réunit des expertes et des experts en chirurgie, en oncologie et dans des disciplines apparentées afin de faire progresser le traitement de la carcinose péritonéale. Grâce à des approches modernes comme la chirurgie cytoréductrice (CRS) et la chimiothérapie intrapéritonéale hyperthermique (HIPEC), ainsi qu'à une recherche de qualité et à des rencontres scientifiques spécialisées, elle contribue à améliorer la prise en charge des patientes et des patients.

Swiss Upper GI Group (SUGI)

La Swiss Upper GI Group est une plateforme dédiée aux chirurgiennes et chirurgiens spécialisés dans les pathologies de l'œsophage et de l'estomac. Elle favorise les échanges professionnels, la formation continue et la collaboration interdisciplinaire. L'accent est mis sur les réseaux internationaux, les études cliniques et le développement de la qualité.

Swiss Hepato-Pancreato-Biliary Association (SHPBA)

La SHPBA s'engage en faveur des plus hauts standards dans le traitement des

maladies hépato-pancréato-biliaires complexes grâce à des recommandations fondées sur les preuves, à des programmes de formation et à des projets de recherche. Ses membres travaillent de manière interdisciplinaire afin de promouvoir l'innovation, la qualité et la sécurité des patientes et des patients.

Groupe suisse de travail pour la chirurgie de la hernie (SAHC)

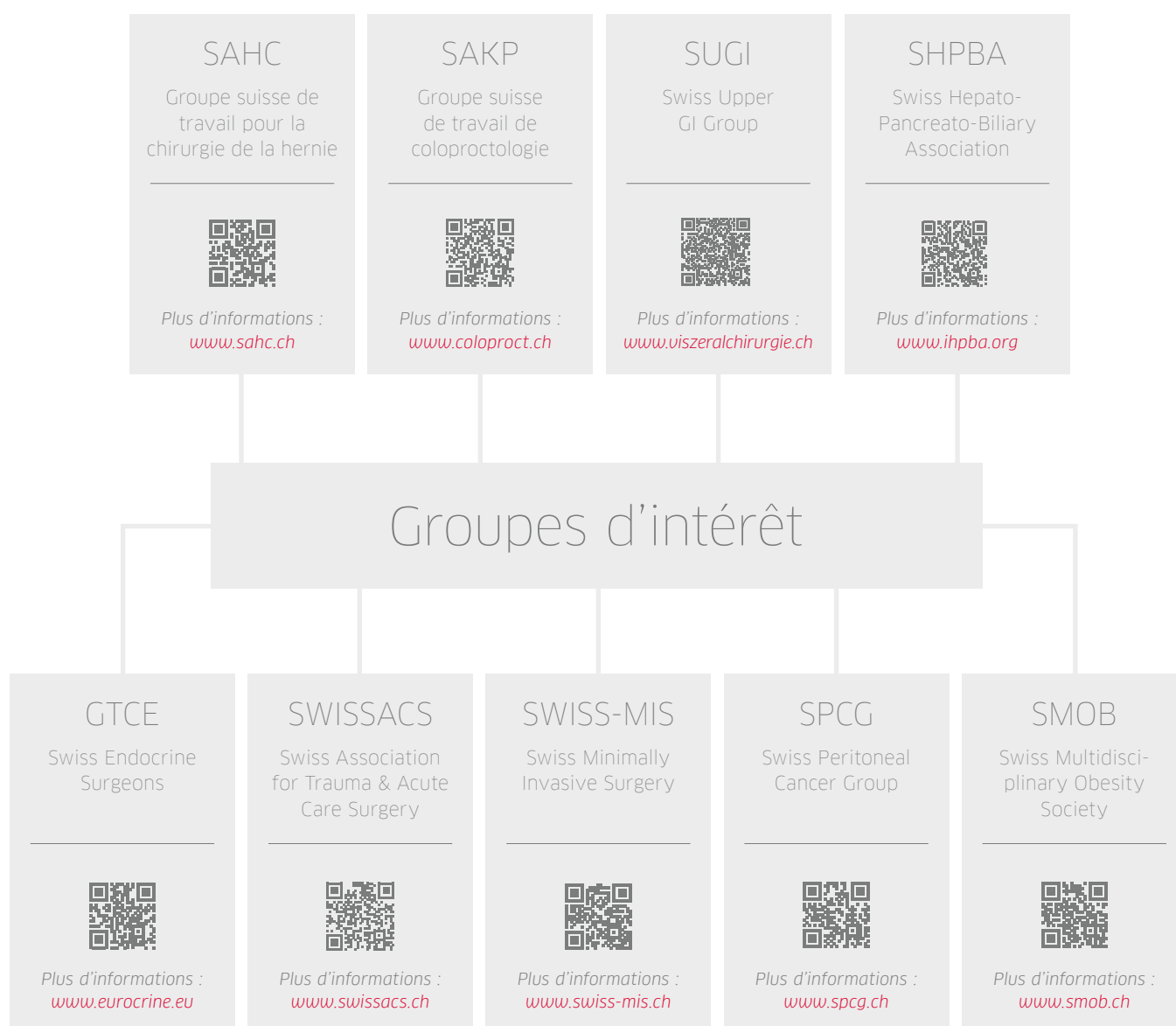
La SAHC œuvre au développement de la chirurgie de la hernie en Suisse. Elle organise des formations continues orientées vers la pratique, participe activement aux registres de qualité et encourage des méthodes opératoires modernes centrées sur les patientes et les patients.

Groupe suisse de travail de coloproctologie (SAKP)

La SAKP est le réseau suisse des spécialistes en chirurgie colorectale. Elle encourage une formation de haut niveau, soutient les études scientifiques et s'engage en faveur de standards thérapeutiques modernes pour les maladies du côlon et du rectum.

Swiss Multidisciplinary Obesity Society (SMOB)

La SMOB est la société scientifique suisse de chirurgie bariatrique et métabolique. Elle élabore des recommandations fondées sur les preuves, tient un registre national et organise des formations continues. Des spécialistes de différentes disciplines collaborent pour garantir une prise en charge globale et de haute qualité des patientes et des patients atteints d'obésité.





LA CHIRURGIE VISCÉRALE EN MUTATION : DIX QUESTIONS, DIX PERSPECTIVES

La chirurgie viscérale est confrontée à des transformations profondes. Les mutations de la société, les réformes de la politique de la santé et les pressions économiques modifient aussi bien le quotidien clinique que l'avenir de notre spécialité. C'est précisément pour cette raison que le moment est venu de poser les bonnes questions et de réunir des perspectives différentes.

De nombreuses évolutions se produisent simultanément : la médecine se féminise, les exigences en matière de qualité et de transparence augmentent, les soins deviennent toujours plus spécialisés et davantage concentrés. Dans le même temps, les attentes en matière d'efficacité, de rentabilité et de collaboration interprofessionnelle ne cessent de croître. La chirurgie viscérale doit relever ces défis – et contribuer activement à façonner ces évolutions.

Il ne s'agit pas uniquement de structures, de processus ou de conditions-cadres relevant de la politique de la santé. Il est tout autant question de l'identité même de notre discipline : comment souhaitons-nous travailler, former la relève et exercer des responsabilités à l'avenir ? Quelles valeurs doivent façonner la chirurgie ? Et comment garantir une prise en charge de haute qualité, centrée sur les patientes et les patients, dans un contexte en pleine évolution ?

Les dix questions abordées dans les pages suivantes traitent des thèmes qui façonnent aujourd'hui et façonneront demain la chirurgie viscérale :

- **Féminisation** : comment transforme-t-elle la leadership, la culture et l'organisation du travail ?
- **Relève** : comment maintenir l'attractivité de la chirurgie viscérale pour la prochaine génération ?
- **Surspécialisation** : jusqu'où la spécialisation est-elle souhaitable pour notre discipline ?
- **MHS** : la centralisation est désormais une réalité – et maintenant ?
- **Virage ambulatoire** : les infrastructures, le financement et les ressources

humaines sont-ils à la hauteur des exigences ?

- **Planification hospitalière** : comment trouver le juste équilibre entre excellence et prise en charge régionale ?
- **Tarifs** : le système reflète-t-il réellement la pratique chirurgicale ?
- **Coûts** : où se situe le juste équilibre entre efficacité économique et qualité des soins ?
- **Représentation des intérêts** : la chirurgie construira-t-elle son avenir grâce à une plus grande influence ou grâce à la confiance ?
- **Collaboration** : une fusion des sociétés scientifiques représente-t-elle une opportunité ou une fausse piste ?

Nombre de ces questions n'appellent pas de réponses simples ni définitives. C'est précisément pourquoi un dialogue ouvert est indispensable. La diversité des expériences, des points de vue et des arguments enrichit le débat et contribue à l'élaboration de solutions communes.

Pour ce thème principal, nous avons invité des personnalités issues de la médecine, de la recherche, de la politique et du système de santé, ainsi que des représentantes et représentants de la SSCV et d'autres sociétés scientifiques, à partager leur vision. Il en résulte dix regards différents : nuancés, solidement argumentés et résolument tournés vers l'avenir. Ces contributions visent à nourrir la réflexion, à stimuler le débat et à contribuer à construire ensemble l'avenir de la chirurgie viscérale en Suisse.

Dix questions. Dix perspectives. Un objectif commun : façonner ensemble l'avenir de la chirurgie viscérale.

1. Féminisation de la médecine

Comment la féminisation transforme-t-elle la chirurgie viscérale – et quelles en sont les conséquences pour la leadership, la culture et l'organisation du travail ?



Prof. Dre méd. Beatrice Beck Schimmer
Directrice de la Médecine universitaire Zurich

« La médecine se féminise, mais de nombreuses disciplines chirurgicales demeurent un domaine largement masculin. »

Au cours des deux dernières décennies, la répartition entre les sexes au sein du corps médical suisse a profondément évolué. Les femmes constituent aujourd'hui la majorité des étudiantes en médecine ainsi qu'une grande partie de la relève médicale en formation. Depuis 2001 déjà, davantage de femmes que d'hommes étudient la médecine humaine et, depuis les années académiques 2012/2013, leur proportion se maintient à environ 60 %. Cette évolution se reflète directement dans le fait que les femmes représentent également 60 % des médecins-assistantes et médecins-assistants.

Cette évolution est souvent décrite comme la « féminisation de la médecine » – mais cette description reste incomplète. Malgré cette tendance observée depuis plus de vingt ans, la proportion de femmes augmente au cours de la formation, mais diminue nettement à chaque échelon hiérarchique : de 54 % au niveau des cheffes de clinique et chefs de clinique à 27 % parmi les médecins-cheffes et médecins-chefs de service, pour atteindre seulement 19 % parmi les directrices et directeurs de clinique (Seyler 2025).

En médecine académique, cet écart entre les premières étapes de la carrière et les postes professoraux est encore plus marqué. Les hommes représentent déjà environ 60 % des professeurs assistants et leur part dépasse 80 % parmi

les professeurs titulaires. En Suisse, on ne compte actuellement que cinq professeures ordinaires dans les disciplines chirurgicales.

Dans l'ensemble, il apparaît donc que la féminisation de la médecine en Suisse concerne principalement les premiers et les moyens échelons de carrière, alors qu'elle demeure encore peu visible dans les disciplines chirurgicales, et plus particulièrement dans les fonctions dirigeantes et les postes de premier plan.

La chirurgie reste marquée par une culture masculine

La répartition entre les sexes varie fortement selon les spécialités. Alors que les femmes représentent environ les deux tiers des effectifs dans des disciplines telles que la pédiatrie ou la gynécologie, les disciplines chirurgicales non gynécologiques restent largement dominées par les hommes. Cette situation ne concerne pas uniquement la Suisse : au niveau international également, les disciplines chirurgicales comptent plus de 85 % d'hommes. Une exception intéressante est la chirurgie pédiatrique, où la répartition entre les sexes est presque équilibrée.

Il n'existe pas d'études longitudinales démontrant de manière causale les raisons de cette situation. En revanche, il est établi que les modèles de rôle et le mentorat jouent un rôle déterminant dans le choix d'une spécialisation. Les étudiantes en médecine choisissent plus volontiers des disciplines dans lesquelles il existe déjà des cheffes de clinique ou des médecins-cheffes de service. Parmi les obstacles structurels les plus

fréquemment cités figurent l'absence de mentorat, l'existence de réseaux masculins bien établis, le manque de modèles féminins ainsi qu'une autonomie inégale des femmes et des hommes dans l'organisation de leur temps de travail.

En résumé, il se dessine un paradoxe : la médecine se féminise, mais de nombreuses disciplines chirurgicales demeurent un domaine masculin – et plus le niveau hiérarchique est élevé, plus le déséquilibre est marqué. Ce constat n'est pas le fruit du hasard.

Obstacles auxquels les femmes sont confrontées

La littérature scientifique identifie deux aspects particulièrement importants :

- Les femmes rapportent vivre des expériences structurellement différentes au bloc opératoire. Les chirurgiennes ont plus souvent le sentiment de devoir démontrer davantage leurs compétences professionnelles que leurs collègues masculins. Des études documentent l'existence de préjugés à l'égard de leurs capacités (Staub et al. 2024). Il est également rapporté que leurs demandes d'aide dans des situations difficiles sont moins prises au sérieux et que les chirurgiennes disposent parfois de moins de ressources, de plannings de garde moins favorables ou de personnel moins qualifié (Fennern & Stein 2023).
- Une revue systématique portant sur quatorze études a identifié comme principaux obstacles aux carrières féminines des cultures

professionnelles dominées par les hommes, un manque de soutien ainsi que les attentes sociétales liées aux rôles de genre. Les mères sont particulièrement concernées, leur évolution professionnelle étant souvent rendue plus difficile (Lim et al. 2021). Ces inégalités sont encore renforcées par le manque de modèles féminins, des structures de mentorat insuffisantes et des biais dans l'évaluation des performances (Rakestraw et al. 2022).

Ces données montrent clairement que la promotion des carrières des chirurgiennes ne dépend pas uniquement de leur engagement individuel, mais exige également des changements structurels dans la formation, la culture du travail et la leadership. À partir de ces analyses scientifiques émergent de plus en plus d'initiatives et de recommandations concrètes visant à rendre la carrière chirurgicale plus attractive pour les femmes médecins et à améliorer durablement les conditions de carrière.

Mesures : favoriser la mise en réseau et la visibilité

Une étape importante provient directement de la communauté chirurgicale elle-même : la création de l'association Women in Surgery Switzerland (WiSS). Sous la devise « connecting minds. creating opportunities », les chirurgiennes développent des réseaux au-delà des spécialités et des niveaux de carrière. Les modèles féminins gagnent ainsi en visibilité, tandis que se créent des espaces d'échange, de mentorat et de soutien mutuel. De tels réseaux contribuent de manière essen-

tielle à transmettre les expériences, à réduire le sentiment d'isolement dans la pratique professionnelle et à encourager les jeunes femmes médecins à entreprendre une carrière chirurgicale.

« Promouvoir la carrière des chirurgiennes ne relève pas uniquement de leur engagement individuel, mais nécessite des changements structurels. »

La recherche montre clairement que l'intégration précoce des étudiantes en médecine dans des projets de recherche en chirurgie, des formations pratiques (« Skills Trainings ») et des expériences cliniques augmente nettement leur intérêt pour une carrière chirurgicale. Il est donc essentiel de créer des points de contact dès les études et de faciliter l'accès des jeunes femmes aux équipes chirurgicales et aux projets académiques en chirurgie.

La mise en place institutionnelle de programmes de mentorat est tout aussi importante. Il est démontré que les jeunes femmes médecins bénéficient de l'accompagnement de mentores et mentors expérimentés qui les soutiennent dans leurs choix de carrière, leur ouvrent de nouvelles perspectives et les aident à développer leur réseau professionnel (Rakestraw et al. 2022).

« Plus le niveau hiérarchique est élevé, plus le déséquilibre est marqué. »

Davantage de modèles dans les fonctions dirigeantes

Pour pouvoir s'imaginer une carrière, il faut disposer de modèles visibles. Afin d'attirer davantage de femmes vers des fonctions dirigeantes en chirurgie, il est donc indispensable d'augmenter sensiblement le nombre de chirurgiennes occupant des postes de médecin-chef, de directrice de clinique ou de professeure. Des femmes occupant des fonctions dirigeantes et visibles modifient la perception de la spécialité.

Parallèlement, il convient de mettre en place des procédures de recrutement équitables permettant de réduire activement les préjugés inconscients. Cela implique des critères transparents, des commissions de nomination composées de manière diversifiée et des processus de sélection structurés.

La culture d'équipe au bloc opératoire fait également l'objet d'une attention croissante. Les dynamiques de genre et les préjugés implicites continuent de jouer un rôle dans la pratique clinique quotidienne. C'est pourquoi une formation systématique des équipes opératoires à la diversité, à la communication et aux biais inconscients ne devrait pas être considérée comme une simple obligation ponctuelle, mais comme un élément durablement intégré à la formation des équipes et des cadres.

Créer des structures modernes de formation

Une culture chirurgicale moderne implique également de reconnaître la diversité des parcours de vie. Les modèles de travail flexibles, les possi-

bilités de travail à temps partiel ou le partage de poste ne doivent pas être considérés comme des freins à la carrière, mais comme des formes contemporaines de formation.

Un autre facteur essentiel réside dans le développement d'infrastructures modernes de formation chirurgicale. Les programmes de simulation permettent aujourd'hui d'acquérir des compétences techniques indépendamment des interventions réelles. Ces programmes offrent une formation structurée aux gestes techniques, indépendamment de l'activité quotidienne au bloc opératoire, tout en réduisant la pression lors des interventions réelles.

À l'heure actuelle, l'accès des jeunes médecins à des Skills Labs modernes ou à des simulateurs dépend encore fortement du lieu de formation. La mise en place d'une infrastructure adéquate, comprenant des simulateurs et des méthodes de formation innovantes, pourrait contribuer de manière déterminante à former la relève chirurgicale – indépendamment du sexe – de façon plus ciblée et plus équitable.

Programmes de promotion à fort impact

Des programmes de promotion spécifiques apportent également des impulsions importantes. Parmi les exemples dans l'espace germanophone figurent « FamSurg ⁽¹⁾ » en Allemagne ainsi que le nouveau programme pilote « Future Surgeons » de l'Université de Zurich.

Le projet pilote « Future Surgeons – Boosting Academic Careers through Innovation », qui débutera en 2027,

a pour objectif, sous l'impulsion de la Médecine universitaire Zurich et de la Faculté de médecine de l'Université de Zurich, de former les futures titulaires et futurs titulaires de chaire grâce à un soutien actif de projets de recherche (notamment en chirurgie), au développement des compétences techniques par la simulation, à des formations en leadership, à la planification de carrière et au développement de réseaux internationaux.

Pour ce faire, des méthodes de formation modernes seront utilisées, telles que l'OR-X, le Centre de recherche et d'enseignement en chirurgie de l'Hôpital universitaire Balgrist ⁽²⁾, ainsi que des simulateurs.

Une chirurgie moderne profite à toutes et à tous

La discussion sur la place des femmes en chirurgie, comme toute discussion concernant un sujet qui touche 50 % de l'humanité, dépasse en définitive

largement la seule question de l'égalité entre les femmes et les hommes. On peut considérer qu'elle concerne l'attractivité et la vitalité de l'ensemble de la spécialité.

La recherche, l'activité clinique, la formation postgraduée, les modèles de travail et la vie familiale doivent être mieux conciliés. Cela ne profite évidemment pas uniquement aux femmes. Les hommes exerçant la chirurgie souhaitent eux aussi aujourd'hui des parcours professionnels plus flexibles, une plus grande orientation vers le travail en équipe et un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée.

Une chirurgie qui favorise la diversité, intègre les technologies innovantes et instaure des cultures de travail modernes contribue ainsi, à long terme, au bien-être des chirurgiennes comme des chirurgiens et, surtout, au bénéfice de leurs patientes et de leurs patients.

Bibliographie

Fennern E.B., Stein S.L. : Gender Inequity in the Clinical Setting. Clin Colon Rectal Surg. 2023 Mar 8;36(5):309-314. doi:10.1055/s-0043-1763518. PMID: 37564345; PMCID: PMC10411211.

Lim WH, Wong C, Jain SR, Ng CH, Tai CH, Devi MK, et al. (2021) : The unspoken reality of gender bias in surgery: A qualitative systematic review. PLoS ONE 16(2): e0246420. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246420>

Rakestraw S.L., Chen H., Corey B., Sutzko D.C. : Closing the gap: Increasing female representation in surgical leadership. The American Journal of Surgery, vol. 223, n° 2, février 2022, p. 273-275. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2021.03.051>

Seyler C. (2025). Diversität und Chancengleichheit beim medizinischen Führungskräftenachwuchs. CHESS Schrift 1/2025.

Staub M., Han B., Hill A.L., Thomson E., Martin J.L., Hofmann R., Osborn T.M., McCormick M., Ogden M.A., Chilson K., Eckhouse S.R. : Does gender affect experiences in the operating room for surgeons and anesthesiologists at a large academic center? The American Journal of Surgery, vol. 227, janvier 2024, p. 63-71

⁽¹⁾ https://www.uksh.de/chirurgie-luebeck/Karriere/Das+FamSurg_Projekt-p-188.html

⁽²⁾ <https://www.balgrist.ch/ueber-uns/medien/chirurgisches-forschungs-und-lehrzentrum-orx-367/>

À propos de l'auteure

La Prof. Dre méd. Beatrice Beck Schimmer est directrice de la Médecine universitaire Zurich depuis 2018. Elle fait partie de la direction de l'Université de Zurich, composée de sept membres. En tant que directrice, elle dirige la Faculté de médecine aux côtés du doyen et du vice-doyen.

Beatrice Beck Schimmer a étudié la médecine humaine à l'Université de Berne et a obtenu son habilitation à l'Université de Zurich en 2003. De 2005 à 2018, elle a exercé comme médecin-chef à l'Institut d'anesthésiologie de l'Hôpital universitaire de Zurich et, dès 2009, également comme professeure ordinaire d'anesthésiologie, où elle a mené des activités de recherche fondamentale et de recherche clinique. De 2012 à 2018, elle a été membre du Conseil national de la recherche du Fonds national suisse. Depuis 2011, elle s'engage activement en faveur de la relève, en particulier pour la planification de carrière des femmes.



www.umzh.uzh.ch

2. Pénurie de relève en chirurgie

Quelles sont les causes structurelles qui découragent la relève – et comment la SSCV peut-elle y remédier ?



Dre méd. Rebecca Kraus

Médecin-chef adjointe, chirurgie viscérale,
Hôpital cantonal des Grisons, ancienne présidente de la Société Suisse de Chirurgie (SSC)

Pourquoi les jeunes médecins renoncent-ils à choisir la chirurgie ? Les mêmes arguments reviennent le plus souvent : trop de tâches administratives, une charge de travail élevée, des horaires irréguliers et un manque de prévisibilité. C'est vrai. Mais je ne pense pas que ce soit la véritable raison pour laquelle notre spécialité perd de son attractivité. Le véritable problème est plus proche de nous.

La formation doit être vécue au quotidien

Walk the talk. La formation postgraduée ne commence ni avec des chartes ni avec des documents stratégiques,

mais au bloc opératoire. C'est là que se décide si nous tenons réellement notre promesse en tant que formateurs.

Nous parlons beaucoup de la formation opératoire. Pourtant, au quotidien, la réalité est souvent différente. Les médecins-assistantes et médecins-assistants commencent une intervention et la documentent ensuite comme s'ils l'avaient réalisée eux-mêmes. Mais les étapes décisives sont effectuées par la chirurgienne ou le chirurgien expérimenté. L'intervention figure dans le logbook, mais la véritable compétence ne se développe pas.

L'une de mes anciennes médecins-assistantes a quitté la chirurgie après l'obtention de son titre de spécialiste et suit aujourd'hui une formation de monitrice de plongée sur une île de la Méditerranée. Non pas à cause des horaires de travail. Ni à cause de l'administration. Mais parce qu'elle était convaincue qu'elle ne parviendrait jamais à acquérir l'assurance dont elle aurait eu besoin en tant que cheffe de clinique.

Cette explication m'a beaucoup fait réfléchir. Car l'assurance opératoire ne s'acquiert pas à la fin de la formation postgraduée. Elle se construit pendant cette formation. Pour cela, il ne suffit pas d'opérer soi-même. Observer attentivement des chirurgiennes et des chirurgiens expérimentés permet d'apprendre les différentes étapes d'une intervention, le respect des tissus et le raisonnement chirurgical. La préparation est tout aussi importante. Même après de nombreuses années d'expérience, je reprenais encore les

différentes étapes opératoires avant les interventions majeures.

Mais l'essentiel reste d'opérer soi-même. Accompagné par une collègue ou un collègue expérimenté qui intervient lorsque cela devient nécessaire. C'est précisément là que réside notre mission de formateurs. Transmettre progressivement les responsabilités n'est pas une marque de générosité. C'est notre devoir. Cela implique également que les médecins-chefes et médecins-chefs assistent lors d'interventions réputées simples afin que les jeunes collègues puissent acquérir de la routine. La formation postgraduée n'est pas une tâche que l'on délègue. Elle doit être vécue au quotidien.

La confiance crée la compétence

La manière dont nous nous comportons les uns envers les autres est tout aussi importante. Personne ne développe sa confiance en soi dans une culture de l'humiliation. On m'a récemment rapporté qu'un chef de clinique avait reçu une tape derrière la tête de la part de son supérieur, accompagnée de la question de savoir s'il avait plus de deux cellules cérébrales. De tels incidents sont peut-être rares. Mais le simple fait qu'ils se produisent encore est alarmant. Bien entendu, les erreurs doivent être abordées. La chirurgie n'est pas un monde de bisounours. Mais il existe une différence fondamentale entre une critique claire et une humiliation personnelle. Humilier des collaborateurs empêche tout apprentissage. En revanche, exiger tout en apportant son soutien permet de développer les compétences.

Nous ne devons pas non plus ignorer les problèmes structurels. Les tâches administratives et la documentation prennent toujours plus de place. La numérisation, l'intelligence artificielle, les secrétariats d'unité et les Advanced Practice Nurses ne devraient donc pas seulement nous rendre plus efficaces, mais surtout nous redonner du temps pour ce qui compte réellement : la formation.

La législation sur le travail influence également notre quotidien. Il est particulièrement frustrant que des médecins-assistantes et médecins-assistants motivés ne puissent pas réaliser une appendicectomie en urgence parce que leur temps de travail est terminé. Personne ne souhaite revenir aux horaires des générations précédentes. Mais la formation chirurgicale a besoin de flexibilité précisément là où l'expérience opératoire ne peut pas être planifiée.

Une culture de la responsabilité

Le manque de prévisibilité de notre profession ne pourra jamais être totalement éliminé. Les urgences ne respectent pas les plans de service. Toute personne qui choisit de devenir chirurgienne ou chirurgien le sait.

En revanche, ce que la jeune génération n'accepte plus, c'est une vie professionnelle qui ne laisse durablement aucune place à la famille ni à la qualité de vie. Ma génération précédente a souvent payé ce prix. Je suis convaincue que les plus jeunes ont raison de ne plus vouloir le payer.

C'est précisément pour cette raison qu'il faut une culture de formation dans laquelle les responsabilités sont consciemment transmises. Les cheffes de clinique et les chefs de clinique doivent pouvoir opérer de manière autonome, avec la certitude de recevoir

du soutien lorsqu'ils atteignent leurs limites. C'est ainsi que se développe l'autonomie opératoire. Il en va de même pour les médecins-assistantes et médecins-assistants.

Pendant que j'écrivais ce texte, mon téléphone a sonné. Une cheffe de clinique appelait depuis le bloc opératoire. Lors d'une intervention d'urgence, elle était arrivée à une étape difficile et souhaitait obtenir de l'aide. Je me suis rendu au bloc opératoire. La prochaine fois, elle maîtrisera cette étape avec davantage d'assurance. Et un jour, elle ne m'appellera plus.

C'est précisément cela, une bonne formation postgraduée

Quel rôle les sociétés de discipline médicale comme la SSC ou la SSCV peuvent-elles jouer ? Un rôle déterminant. Elles peuvent non seulement définir la formation postgraduée, mais aussi promouvoir une culture dans laquelle l'autonomie opératoire, le mentorat et le respect mutuel vont de soi.

En définitive, ce n'est pas le nombre de formulaires administratifs qui détermine si les jeunes restent en chirurgie. Ils restent là où on leur confie des responsabilités. Ils restent là où on leur fait confiance. Et ils restent là où les formateurs prennent au sérieux leur mission essentielle : rendre la relève meilleure qu'eux-mêmes.

Ce ne sont pas nos paroles qui déterminent si les jeunes restent en chirurgie. Ce qui est décisif, c'est la confiance que nous leur accordons chaque jour au bloc opératoire.

À propos de l'auteure

La Dre méd. Rebecca Kraus est médecin-chef adjointe de la Clinique de chirurgie viscérale de l'Hôpital cantonal des Grisons et ancienne présidente de la Société Suisse de Chirurgie (SSC). Parallèlement à son activité clinique, elle s'engage avec une grande passion en faveur de la formation prégraduée et postgraduée en chirurgie. Elle accorde une importance particulière à une culture de formation dans laquelle les jeunes chirurgiennes et chirurgiens assument rapidement des responsabilités,

sont accompagnés par des mentores et mentors expérimentés et peuvent se développer tant sur le plan professionnel que personnel. Elle fait ainsi partie d'une génération de responsables qui façonnent activement l'avenir de la chirurgie et de la chirurgie viscérale.



www.ksggr.ch

3. Spécialisation croissante

Quelle place pour la subspecialisation en chirurgie viscérale ?



Prof. Dr méd. Ralph Peterli

Département de recherche clinique, Université de Bâle, Senior Consultant chez ViszeraMed et Hôpital de Mannedorf

« La compétence chirurgicale ne doit pas se réduire à une technologie. »

Le débat sur la subspecialisation croissante de la chirurgie viscérale n'est pas nouveau. En réalité, il accompagne la chirurgie depuis son apparition en tant que discipline universitaire. Jusqu'au XIXe siècle, les chirurgiens-barbiers, les baigneurs-barbiers et les barbiers pratiquaient les interventions chirurgicales – raison pour laquelle il m'arrive de sourire lorsque je suis chez le coiffeur

en pensant que nous exercions autrefois le même métier. Ce n'est qu'au milieu du XIXe siècle que la chirurgie est devenue une discipline de la médecine universitaire. Depuis lors, elle n'a cessé d'évoluer et de se différencier.

L'explosion des connaissances et les innovations techniques intervenues après la Seconde Guerre mondiale ont conduit à la création de nombreuses disciplines chirurgicales autonomes. La chirurgie viscérale a elle aussi poursuivi son développement et a donné naissance à ses propres formations approfondies : chirurgie hépatopancréatobiliaire, chirurgie colorectale, chirurgie du tractus gastro-intestinal supérieur, chirurgie endocrinienne ou chirurgie de transplantation. Cette évolution n'est pas le fruit du hasard, mais l'expression de la volonté d'offrir aux patientes et aux patients une prise en charge toujours plus spécialisée et de meilleure qualité.

En Suisse, deux philosophies se sont longtemps opposées. Alors qu'à Bâle on privilégiait une chirurgie générale couvrant un large spectre comprenant la chirurgie viscérale, la traumatologie et la sénologie, Zurich a très tôt misé sur une spécialisation systématique de la chirurgie des tissus mous. Avec le recul, il apparaît que ces deux approches étaient justifiées.

La spécialisation comme modèle de réussite

À mes yeux, la subspecialisation constitue avant tout un progrès. Lorsqu'on se consacre intensivement à un ou deux

domaines spécifiques, on acquiert inévitablement une plus grande expérience clinique, on maîtrise la littérature scientifique actuelle, on connaît les leaders d'opinion internationaux ainsi que les études déterminantes. Il en va de même pour la recherche. Il est tout simplement devenu impossible de maîtriser l'ensemble de la chirurgie viscérale avec le même niveau d'expertise. Ces connaissances approfondies profitent directement aux patientes et aux patients.

La formation postgraduée en bénéficie également. Des volumes de cas plus élevés permettent aux jeunes chirurgiennes et chirurgiens d'acquérir plus rapidement une expertise, y compris dans le cadre de modèles de travail à temps partiel. Le fait que je pouvais autrefois réaliser, au cours d'une même journée, une intervention complexe de chirurgie viscérale puis traiter ensuite une fracture du radius paraît aujourd'hui presque insolite. Je doute d'ailleurs que les nombreuses ostéosyntheses que j'ai pratiquées aient réellement fait de moi un meilleur chirurgien viscéral.

Les limites de la spécialisation

Il serait toutefois erroné de pousser la subspecialisation à l'extrême. Celui qui se limite exclusivement à un organe, voire à une seule technique opératoire, perd inévitablement en polyvalence. Il ne peut pas être acceptable qu'un chirurgien qui opère exclusivement avec un robot ne soit plus capable de réaliser lui-même une cholécystectomie laparoscopique lorsqu'aucun robot n'est disponible. La compétence chirurgicale ne doit pas se réduire à une technologie.

Cette évolution a également des conséquences sur le quotidien clinique. À Bâle, même après la fusion du Claraspital et de l'Hôpital universitaire pour former Clarunis, nous avons délibérément maintenu des colloques communs, des conférences de morbidité ainsi que des tumor boards réunissant tous les domaines de la chirurgie viscérale. Les médecins-assistantes et médecins-assistants, les cheffes de clinique et les chefs de clinique ainsi que les cadres restent ainsi familiarisés, au-delà des frontières de leur subspecialité, avec les indications, les complications et les concepts thérapeutiques modernes. Cette vision globale est indispensable pour garantir une prise en charge de qualité des urgences.

D'autres centres organisent leurs discussions cliniques exclusivement au sein de chaque subspecialité. Il en résulte que les gardes et les astreintes doivent souvent être assurées par de petites équipes. Même au niveau international, cette évolution est désormais considérée avec un regard critique. À l'Hôpital universitaire Karolinska de Stockholm, par exemple, on regrette aujourd'hui le niveau très avancé de la subspecialisation, car celle-ci a entraîné la perte de la large base de connaissances dont disposaient auparavant de nombreuses chirurgiennes et de nombreux chirurgiens.

La véritable question n'est donc pas de savoir si la subspecialisation est bonne ou mauvaise. La question essentielle est de déterminer quel degré de spécialisation est judicieux.

La voie suisse

Lorsqu'il s'agit d'interventions complexes, la spécialisation améliore de manière démontrée la qualité des résultats. La médecine hautement spécialisée poursuit précisément cet objectif : des volumes de cas élevés, des équipes parfaitement rodées et des résultats objectivement meilleurs. Aujourd'hui, pratiquement personne ne choisirait délibérément de renoncer à un centre expérimenté pour une résection pancréatique complexe. Ce qui est déterminant n'est pas seulement l'expérience de la chirurgienne ou du chirurgien, mais celle de toute l'équipe interprofessionnelle.

Parallèlement, notre système de santé a besoin d'un nombre suffisant de chirurgiennes et de chirurgiens capables d'agir avec compétence également en dehors de leur subspecialité. Les urgences ne respectent pas les frontières anatomiques des organes, et une couverture sanitaire sur l'ensemble du territoire ne peut pas être assurée uniquement par des expertes et experts hautement spécialisés.

Je suis donc convaincu que la voie suisse demeure la bonne. Une excellente expertise dans une ou deux subspecialités n'exclut nullement une solide formation chirurgicale générale ; bien au contraire, elle la complète. C'est précisément cet équilibre qui fait la force de la chirurgie viscérale : une qualité optimale là où elle est nécessaire, tout en conservant un nombre suffisant de chirurgiennes et de chirurgiens généralistes pour garantir en permanence la prise en charge de la population.

À propos de l'auteur

Le Prof. Dr méd. Ralph Peterli est Senior Consultant chez Viszera-Med ainsi que médecin dirigeant en chirurgie viscérale à l'Hôpital de Mannedorf. Il reste affilié au Département de recherche clinique de l'Université de Bâle, où il poursuit ses travaux de recherche dans le domaine de la chirurgie bariatrique et métabolique. Auparavant, il a marqué pendant de nombreuses années le développement du Centre universitaire de chirurgie abdominale de Bâle en tant que médecin-chef adjoint du service de chirurgie viscérale du St. Claraspital de Bâle puis de Clarunis. Le Prof. Peterli est considéré comme l'un des experts internationaux de premier plan dans le domaine de la chirurgie de l'obésité et de la chirurgie métabolique. Il a été président de la Swiss Multidisciplinary Obesity Society (SMOB), est membre du groupe d'accompagnement de la MHS (Médecine Hautement Spécialisée) et quittera fin 2026, après de nombreuses années d'activité, le comité de la Société Suisse de Chirurgie Viscérale (SSCV).



www.spitalmaennedorf.ch

4. Médecine hautement spécialisée (MHS)

MHS : la centralisation est en place. Et maintenant ?



Prof. Dr méd. Dr h.c. Markus Weber
*Chef du Département de chirurgie et membre
de la Direction de l'Hôpital de ville de Zurich*

Treize ans après l'introduction de la médecine hautement spécialisée (MHS) en chirurgie viscérale, la centralisation est désormais largement réalisée. Les grands débats politiques des premières années ont eu lieu, l'organisation des soins a été restructurée et les centres concernés se sont établis.

Mais c'est précisément maintenant que se pose la question essentielle : la MHS est-elle encore un instrument destiné à promouvoir la qualité ou est-elle progressivement devenue un système de gestion des structures existantes ?

Les défis d'aujourd'hui ne sont plus les mêmes qu'en 2013. Il ne s'agit plus de savoir si les interventions complexes doivent être centralisées. Il s'agit de déterminer comment mesurer la qualité, comment offrir une chance aux nouveaux centres et comment maintenir un système de pilotage opérationnel lorsque ses procédures durent plus longtemps que ses cycles de planification.

Le volume plutôt que la qualité

Dès l'introduction de la MHS, la SSCV avait demandé la création d'un registre national de la qualité. Grâce à son développement continu et à des audits indépendants, la chirurgie viscérale suisse dispose aujourd'hui d'une qualité de données sans équivalent au niveau international. Avec environ 98 % de saisies correctes, des données fiables sur la qualité et des références comparatives (benchmarking) sont désormais disponibles. Pourtant, l'attribution des mandats de prestations continue de reposer principalement sur un paramètre de substitution : le nombre minimal de cas. Personne ne conteste le lien entre le volume d'activité et la qualité. Mais les nombres minimaux de cas n'ont toujours été qu'un moyen, jamais un objectif en soi. Car l'objectif est d'assurer la meilleure prise en charge possible des patientes et des patients.

Piloter exclusivement à l'aide des volumes d'activité crée des incitations inappropriées. Les centres sont poussés à réaliser des interventions afin d'atteindre ou de conserver les seuils requis. À l'inverse, se concentrer uniquement sur les données brutes de résultats risque de produire l'effet opposé : éviter les patientes et

patients complexes à haut risque afin de préserver ses propres statistiques.

Aujourd'hui, nous disposons pour la première fois des outils permettant de surmonter ce dilemme. Les registres MHS rendent possibles des analyses de qualité ajustées au risque, des comparaisons de benchmark, le suivi des taux de réintervention ainsi que des données de mortalité corrigées de la morbidité. Il est ainsi enfin possible d'évaluer ce qui compte réellement : le résultat du traitement.

La question centrale est donc la suivante : pourquoi continuons-nous à piloter la MHS principalement à partir des volumes, alors que nous sommes désormais capables de mesurer la qualité ?

Le problème du « Re-Entry » : une fois exclu, il est pratiquement impossible de revenir

Peu de sujets suscitent actuellement autant de frustration que la question du retour dans le système MHS, en particulier pour les résections complexes de l'œsophage, du pancréas et du foie. La logique du système actuel est paradoxale : pour obtenir un mandat de prestations, il faut démontrer un nombre minimal de cas. Mais sans mandat de prestations, ces interventions ne peuvent précisément pas être réalisées. Celui qui perd son mandat perd simultanément la possibilité de remplir à nouveau les conditions d'une réadmission.

Sur le plan formel, la procédure est ouverte. En pratique, il en résulte cependant un système fermé. Ainsi, la MHS risque de passer d'un instrument de promotion de la qualité à un instrument de

protection du marché. La concurrence, l'innovation et le développement en sont freinés. Parallèlement, les jeunes équipes chirurgicales travaillant en dehors des centres établis ne disposent plus de véritables perspectives d'évolution.

C'est pourquoi la SSCV demande depuis plusieurs années des critères de réintégration (« Re-Entry ») transparents et compréhensibles. Les centres capables de démontrer leur qualité doivent avoir une possibilité réaliste de réintégrer le système. Des modèles de réseaux structurés, des programmes communs avec les centres MHS ou encore des concepts de supervision temporaire constituent des solutions envisageables. En l'absence d'une telle approche pragmatique, le système restera rigide, éliminera une concurrence saine et démotivera durablement la relève dans les hôpitaux régionaux de référence.

Favoriser le développement au lieu de l'enlever

La judiciarisation croissante du processus MHS est encore plus problématique. Les recours assortis d'un effet suspensif conduisent régulièrement à bloquer pendant plusieurs années les décisions d'attribution. Il en résulte une situation absurde : alors que la prochaine évaluation est déjà en préparation, la précédente n'est toujours pas juridiquement achevée.

Le système crée ainsi des incitations qui vont à l'encontre de son objectif initial. Celui qui accepte une décision perd son mandat de prestations. Celui qui la conteste devant les tribunaux peut souvent poursuivre son activité

pendant plusieurs années. Un système de pilotage dont la mise en œuvre dure régulièrement plus longtemps que son cycle de planification perd inévitablement en crédibilité et en efficacité.

Conclusion : il est nécessaire d'agir

La MHS a constitué une démarche courageuse et pertinente. Elle a permis d'améliorer la prise en charge des maladies complexes de chirurgie viscérale et d'accroître la transparence. Elle mérite pour cela toute notre reconnaissance. Mais les défis de 2026 ne sont plus ceux de 2013.

Nous disposons aujourd'hui de registres de haute qualité, d'indicateurs de

qualité bien établis et d'un paysage de soins arrivé à maturité. La question n'est donc plus de savoir s'il faut centraliser. La véritable question est de déterminer comment nous voulons, à l'avenir, mesurer, promouvoir et piloter la qualité.

La prochaine génération de la MHS devra s'orienter vers les résultats plutôt que vers les volumes, favoriser le développement plutôt que le bloquer et être capable de mettre en œuvre les décisions au lieu de les administrer pendant des années. À défaut, un instrument destiné à promouvoir l'excellence risque de devenir un simple système de gestion du statu quo.

À propos de l'auteur

Le Prof. Dr méd. Dr h.c. Markus Weber dirige le Département de chirurgie de l'Hôpital municipal de Zurich et fait partie de sa Direction. Ses domaines d'expertise clinique sont la chirurgie viscérale, avec un intérêt particulier pour la chirurgie oncologique, la chirurgie hépatopancréatobiliaire ainsi que la chirurgie endocrinienne. Son parcours clinique l'a notamment conduit au Medical Center de l'University of Pennsylvania à Philadelphie, à l'Hôpital cantonal de Schaffhouse ainsi qu'à l'Hôpital universitaire de Zurich, où il a exercé comme chef de clinique avant de diriger le Centre de transplantation de Zurich. Parallèlement à son activité clinique, il s'engage depuis de nombreuses années dans la formation

prégraduée, postgraduée et continue en médecine ainsi que dans différentes instances nationales spécialisées et dirigeantes, notamment au sein du comité de la Société Suisse de Chirurgie Viscérale (SSCV). En reconnaissance de ses mérites dans les domaines de la médecine, de la science et du système de santé, le titre de docteur honoris causa (Dr h.c.) lui a été décerné. Depuis 2022, il siège au Conseil des Hôpitaux de Schaffhouse, dont il est aujourd'hui vice-président.



www.stadt-zuerich.ch/stadtsptal

5. Planification hospitalière

Où se situe le juste équilibre entre la centralisation des interventions complexes et la garantie d'une prise en charge régionale ?



Adrian Schmitter
Président du Conseil d'administration de
l'Insel Gruppe

« Des hôpitaux universitaires et régionaux solides ne sont pas opposés – ils se complètent. »

Le bon équilibre ne réside ni dans une centralisation généralisée ni dans le maintien du statu quo. Penser qu'un nombre réduit d'hôpitaux conduit automatiquement à une meilleure qualité et à une baisse des coûts est une vision trop simpliste. La Suisse a besoin d'hôpitaux universitaires et de centres hospitaliers solides, mais également d'hôpitaux régionaux performants. C'est comme pour un bon cocktail : tout dépend du mélange.

La centralisation n'est donc pas la solution. Encore moins en Suisse, dont les institutions reposent sur le fédéralisme et les responsabilités régionales, un pays où les structures décentralisées constituent en réalité la véritable raison d'être. Souvenons-nous de la récente pandémie : durant la crise du COVID, aucun responsable politique n'a réclamé une centralisation du système de santé. Bien au contraire. Ce qui était nécessaire, c'étaient des structures décentralisées, des circuits courts et une prise en charge de proximité. Cette approche a fait ses preuves.

Il va de soi que certaines prestations médicales doivent être réalisées dans des centres spécialisés. Les interventions électives complexes sont souvent planifiables et peuvent être effectuées là où l'expérience et les infrastructures nécessaires sont disponibles. Mais la médecine ne se limite pas aux situations programmables. En chirurgie viscérale et en chirurgie vasculaire en particulier, des urgences surviennent régulièrement.

Dans ces situations, chaque minute compte. Il est alors indispensable de disposer d'équipes compétentes et des infrastructures requises, également en dehors des grands centres.

La formation, une mission essentielle

À cela s'ajoute un aspect souvent sous-estimé dans ce débat : la formation. Si nous voulons répondre efficacement à la pénurie de médecins, nous devons former davantage de médecins. Cela ne peut pas se faire uniquement dans les hôpitaux universitaires. Les hôpitaux régionaux et les centres hospitaliers apportent une contribution indispensable à la formation postgraduée de la relève médicale. C'est là que les jeunes médecins acquièrent leur expérience et apprennent leur métier auprès de collègues expérimentés. Ce qui se construit à petite échelle peut ensuite se développer à grande échelle.

C'est pourquoi je suis peu convaincu par l'idée de concentrer toujours davantage de prestations sur un nombre limité de sites. Ce qui relève aujourd'hui de la médecine hautement spécialisée (MHS) fait souvent partie demain des soins de routine. Il est donc d'autant plus important de diffuser largement le savoir-faire et de préserver les compétences médicales également en dehors des centres universitaires. Les patientes et les patients, tout comme la formation, en bénéficient en définitive.

L'argument des coûts n'est lui non plus que partiellement convaincant. On affirme souvent que la fermeture d'hôpitaux entraînerait automatiquement une réduction des coûts. On oublie toutefois

que les infrastructures des hôpitaux universitaires sont particulièrement onéreuses.

Parallèlement, notre système de santé a besoin d'un nombre suffisant de lits, de personnel et de capacités de réserve afin de garantir durablement la prise en charge de la population. La sécurité de l'approvisionnement a un coût. Et elle constitue un investissement dans la stabilité de notre système de santé.

Une interaction optimale

Pour moi, l'avenir ne réside donc pas dans un choix entre deux modèles, mais dans une collaboration étroite entre les différents niveaux de prise en charge. La chirurgie viscérale montre particulièrement bien l'importance de l'ensemble

de la chaîne de soins : l'hôpital régional, le centre hospitalier et l'hôpital universitaire ont chacun leur rôle. L'essentiel est que les bonnes patientes et les bons patients soient traités au bon endroit. Et qu'en parallèle nous garantissons durablement la prise en charge de proximité, la formation et la qualité des soins.

Quiconque souhaite façonner le système de santé de demain ne devrait donc pas se demander quel niveau hospitalier est le plus important. La véritable question est la suivante : comment créer un système dans lequel tous les niveaux collaborent de manière optimale ? C'est précisément là que réside la clé d'une prise en charge de haute qualité, financièrement supportable et centrée sur les patientes et les patients.

« L'avenir du système de santé ne réside pas dans la centralisation, mais dans l'interaction entre tous les niveaux de prise en charge. »

À propos de l'auteur

Depuis novembre 2025, Adrian Schmitter est président du Conseil d'administration de l'Insel Gruppe, l'une des plus grandes et des plus importantes organisations hospitalières de Suisse. Fort de plus de trente années d'expérience dans des fonctions dirigeantes au sein du système de santé suisse, il est considéré comme l'un des meilleurs connaisseurs de la politique hospitalière suisse.

Auparavant, il a été CEO de l'Hôpital cantonal de Baden (KSB), qu'il a dirigé avec succès pendant plus de dix ans tout en poursuivant son développement stratégique. Son parcours l'a également conduit à exercer les fonc-

tions de directeur de l'Hôpital régional de l'Emmental ainsi que de secrétaire général de la Direction de la santé du canton d'Argovie. En reconnaissance de ses mérites en faveur du système de santé suisse, Adrian Schmitter a reçu le Viktor Award. Grâce à son expérience acquise aux niveaux cantonal, régional et national, il est reconnu comme un expert des défis et des opportunités du système de santé suisse.



www.inselgruppe.ch

6. Virage ambulatoire

Les infrastructures, le financement et les ressources en personnel sont-ils suffisamment adaptés ?



Dr méd. Andrea Donadini

CEO de Swiss Surgical Practice à Lugano,
Directeur médical de la Clinica Moncucco à
Lugano, membre du comité de la SSCV

Le développement de la prise en charge selon le principe « l'ambulatoire avant le stationnaire » constitue sans aucun doute une évolution du système de santé. En Suisse, ce modèle n'a toutefois été mis en œuvre que partiellement jusqu'à présent et nécessite encore une évolution structurelle importante.

Du point de vue des infrastructures, la situation actuelle paraît encore insuffisamment aboutie. Dans leur configuration actuelle, les structures hospitalières existantes ne sont pas entièrement adaptées à un développement efficace de la médecine et

de la chirurgie ambulatoires. Dans ce contexte, il serait envisageable que les hôpitaux et les cliniques se concentrent davantage sur les prestations hautement complexes ainsi que sur des missions spécifiques d'intérêt général, tandis que le développement du secteur ambulatoire serait, au moins en partie, confié à des acteurs ayant déjà acquis des compétences ciblées et mis en place des processus spécifiques dans ce domaine.

Le financement demeure une question centrale. Le système tarifaire actuel n'offre pas encore une sécurité suffisante pour garantir la pérennité de la médecine ambulatoire. Il existe un sentiment largement partagé d'instabilité, avec le risque que les tarifs fixés

« L'ambulatoire nécessite des conditions-cadres claires afin de garantir la qualité et la pérennité. »

À propos de l'auteur

Le Dr méd. Andrea Donadini est CEO de Swiss Surgical Practice à Lugano, société qu'il a fondée en 2018. Parallèlement, il exerce les fonctions de directeur médical et de responsable du Centre de compétences en chirurgie de la Clinica Moncucco à Lugano. Après avoir obtenu son diplôme de médecine à l'Université de Bâle en 1999, il a suivi une formation chirurgicale complète dans plusieurs hôpitaux à Bâle, Lugano et Delémont. En 2007, il a obtenu le titre de spécialiste FMH en chirurgie. De 2008 à 2012, il s'est spécialisé en chirurgie viscérale au CHUV de Lausanne, où il a obtenu la formation approfondie correspondante.

Ses principaux domaines d'activité clinique comprennent notamment la chirurgie de la hernie, la chirurgie bariatrique, la chirurgie oncologique et la chirurgie gastro-intestinale. Il s'engage également au sein de plusieurs sociétés médicales nationales, notamment comme membre du comité de la Société Suisse de Chirurgie Viscérale (SSCV) ainsi qu'au sein du Groupe suisse de chirurgie de la hernie (SAHC).



www.ssp-lugano.ch

aux niveaux institutionnel et national ne reflètent pas de manière adéquate les coûts réels des prestations. Cet aspect nécessite une analyse approfondie ainsi qu'un dialogue structuré entre les acteurs politiques, les assureurs et les représentants des professions de santé.

Des attentes irréalistes

L'expérience pratique montre également que les coûts d'exploitation dans le secteur ambulatoire sont élevés et continuent d'augmenter. Les dispositifs médicaux, le personnel qualifié et les infrastructures requièrent des investissements considérables. La création de nouveaux centres ambulatoires est notamment rendue plus difficile non seulement par les coûts directs, mais aussi par les exigences réglementaires, les différences cantonales et les divers modèles de financement. En outre, l'augmentation de l'activité ne conduit pas nécessairement à des économies d'échelle ; au contraire, elle peut s'accompagner d'une hausse proportionnelle, voire supérieure à la proportionnelle, des coûts d'exploitation.

Un autre point critique concerne les structures d'incitation. Dans le système actuel, il existe un risque de créer des incitations peu pertinentes et de susciter des attentes irréalistes, exposant ainsi certains établissements à des risques économiques. Il existe également un risque que le secteur devienne excessivement attractif pour des investisseurs non cliniques, ce qui pourrait affaiblir l'expertise médicale dans les décisions organisationnelles et

stratégiques – une évolution déjà observable dans de nombreuses structures hospitalières.

À l'échelle internationale, il apparaît que la médecine ambulatoire est déjà davantage développée et intégrée aux systèmes de santé dans d'autres pays. Cela indique qu'il existe également en Suisse un potentiel de croissance considérable, pour autant que des conditions-cadres appropriées soient mises en place.

La hausse des coûts comme obstacle

Enfin, une plus grande transparence ainsi qu'une concurrence accrue en matière de prix – en particulier pour les dispositifs médicaux – seraient souhaitables. Ces dernières années, une augmentation sensible des coûts a été observée, sans qu'elle soit toujours justifiée par une amélioration réelle de la qualité. Cette évolution constitue un obstacle supplémentaire au développement durable du secteur ambulatoire.

En résumé, la médecine et la chirurgie ambulatoires doivent continuer à être encouragées, mais dans le cadre d'une approche structurée distinguant clairement les secteurs stationnaire et ambulatoire. Cette évolution doit s'appuyer sur des modèles de financement appropriés, des conditions-cadres réglementaires favorables ainsi qu'une gouvernance plaçant la qualité des soins au cœur des priorités.

« Le développement de la prise en charge ambulatoire ne réussira qu'avec des tarifs équitables et une planification à long terme. »

7. Système tarifaire

Le système tarifaire reflète-t-il la réalité de la chirurgie – ou freine-t-il la prise en charge ?



Prof. Dr méd. Marc-Olivier Sauvain
Médecin-chef du Département de chirurgie du Réseau Hospitalier Neuchâtelois, président de la Société Suisse de Chirurgie (SSC), membre du comité de la Fédération des médecins suisses (FMCH)

Le 1er janvier 2026, la Suisse a introduit une nouvelle tarification ambulatoire avec le TARDOC et les forfaits ambulatoires, remplaçant le TARMED en vigueur depuis plus de vingt ans. Cette réforme, fruit de longues négociations, repose sur deux piliers : le TARDOC, qui modernise la facturation à l'acte, et les forfaits ambulatoires, qui rémunèrent les interventions selon un montant fixe par journée d'opération.

Le Conseil fédéral a exigé que cette réforme n'entraîne pas d'augmentation des coûts. Les dépenses ambulatoires devront rester dans un corridor de +1,5 % à -1 % par an entre 2026 et 2028.

Cette logique est toutefois discutable. Le virage ambulatoire, soutenu par la population et renforcé par l'EFAS, transfère progressivement des interventions de l'hospitalisation vers l'ambulatoire. Depuis 2018, près de 30 % des hospitalisations concernées ont pu être évitées. Or ce transfert réduit les coûts globaux : les interventions concernées coûtent aujourd'hui 34 % de moins qu'auparavant et la charge des cantons a diminué de 60 %.

Limiter la croissance des coûts ambulatoires sans tenir compte des économies réalisées en stationnaire revient à pé-

naliser les acteurs qui favorisent précisément cette évolution. Les forfaits doivent certes être corrigés lorsqu'ils sont excessifs, mais aussi revalorisés lorsqu'ils sont insuffisants, afin de garantir l'accès aux soins.

Des forfaits encore immatures

Les principales critiques portent sur les forfaits ambulatoires, dont le Département fédéral de l'intérieur lui-même a reconnu qu'ils n'étaient pas totalement aboutis lors de leur introduction.

Deux problèmes subsistent. D'une part, certains forfaits regroupent des interventions très différentes, entraînant des situations de sur- et de sous-financement. D'autre part, certaines incohérences tarifaires persistent. Ainsi, une cholécystectomie laparoscopique déclenche actuellement deux forfaits distincts pour une seule intervention, ce qui constitue une anomalie manifeste.

Ces défauts risquent de favoriser certaines interventions pour des raisons économiques, d'encourager le recours à des techniques moins modernes et de freiner l'innovation.

Une gouvernance plus transparente

L'Organisation tarifs médicaux ambulatoires (OTMA SA) est chargée de faire évoluer le système tarifaire. Son rôle est central, mais son fonctionnement suscite des critiques croissantes.

Les sociétés de discipline médicale dénoncent des procédures peu transparentes, des délais courts et des critères de décision insuffisamment explicites. La FMCH demande une gouvernance plus ouverte ainsi qu'une meilleure implication des sociétés scientifiques dans les processus décisionnels.

Un partenariat tarifaire déséquilibré

La réforme impose également une charge administrative considérable aux sociétés de discipline médicale, qui doivent analyser les forfaits, élaborer des propositions et souvent recourir à des experts externes.

Contrairement aux assureurs ou à la FMH, elles financent ces travaux uniquement grâce aux cotisations de leurs membres. Les grandes sociétés disposent des ressources nécessaires, tandis que les plus petites peinent à défendre leurs intérêts. Cette asymétrie affaiblit le partenariat tarifaire et limite la capacité d'améliorer le système.

Conclusion : consolider plutôt que freiner

La nouvelle tarification constitue une avancée importante par rapport au TARMED. La revalorisation de la médecine de premier recours et le recours aux forfaits pour des interventions bien définies vont dans la bonne direction.

Mais la réforme doit encore être consolidée. Les incohérences tarifaires doivent être corrigées rapidement et la neutralité dynamique des coûts adaptée afin d'intégrer les économies générées par le virage ambulatoire. À défaut, le système risque de freiner une évolution bénéfique tant pour les hôpitaux que pour les patients.

*« Une structure
tarifaire moderne
est essentielle – mais
elle doit refléter à
la fois la réalité mé-
dicale et la viabilité
économique. »*

À propos de l'auteur

Le Prof. Dr méd. Marc-Olivier Sauvain est président de la Société Suisse de Chirurgie (SSC) depuis juillet 2026. Il dirige le Département de chirurgie du Réseau Hospitalier Neuchâtelois (RHNe). Après des études de médecine à Neuchâtel et à Genève, il a obtenu un doctorat à l'EPFL dans le domaine des biotechnologies et du génie biomédical. Il a effectué sa formation postgraduée en chirurgie à l'Hôpital universitaire de Zurich ainsi qu'au CHUV à Lausanne, où il a obtenu la formation approfondie en chirurgie viscérale. Parallèlement à son activité clinique, il s'investit dans la recherche et l'enseignement et a été nommé professeur titulaire à l'Université de Lausanne en 2022. Le Prof. Sauvain est également titulaire d'une formation complémentaire en management de la santé de l'Université de Saint-Gall ainsi que d'un diplôme d'oncologie médico-chirurgicale de l'Université Paris Cité.



www.rhne.ch

8. Économisation de la médecine

Le système de santé suisse souffre-t-il réellement de coûts trop élevés – ou d'une focalisation malade sur l'argent ?



Prof. Dr Reiner Eichenberger
Département d'économie politique,
Université de Fribourg, directeur de
recherche du CREMA

Dans les discussions consacrées au système de santé suisse, deux thèmes dominant : l'explosion des coûts et l'économisation de la politique de santé. Cette situation est étonnante. Car, d'un point de vue économique, tant le débat sur les coûts que la politique de santé manquent de cohérence. De véritables solutions exigent une analyse économiquement fondée des symptômes, des causes et des mesures à prendre. Pour cela, la politique doit dépasser sa fixation sur les seuls coûts monétaires et enfin instaurer une concurrence véritablement efficace.



Fabian Kuhn
Assistant diplômé, Université de Fribourg

Une analyse économique du problème

Les dépenses de santé augmentent depuis longtemps. Selon l'Office fédéral de la statistique, elles sont passées de 5,5 milliards de francs en 1970 à 43,0 milliards en 2000, puis à 97,2 milliards en 2024. Toutefois, une grande partie de cette évolution s'explique tout naturellement par l'augmentation de la demande liée à l'inflation, à la croissance démographique et à l'élévation du niveau de vie. En outre, cette progression des coûts a été comparable dans d'autres pays. Il est donc plus intéressant d'examiner la part des dépenses de santé dans le produit intérieur brut (PIB). À première vue, celle-ci n'a rien d'exceptionnel. Avec 11,8 % en 2024 (selon l'OCDE), son niveau et sa progression au cours des dix dernières années sont certes plus élevés qu'aux Pays-Bas et au Danemark, mais comparables à ceux de l'Autriche, de la France ou de la Suède, et légère-

ment inférieurs à ceux de l'Allemagne, qui occupe la première place en Europe avec 12,3 %. Mais attention ! Une analyse économique pertinente des problèmes suisses exige deux corrections. Premièrement, il faut neutraliser l'effet des travailleurs frontaliers, car seule la Suisse – avec le Luxembourg – compte un nombre aussi important de frontaliers. Ceux-ci représentent environ 8 % de la population active, et cette proportion continue d'augmenter. Leur activité économique est intégrée au PIB suisse, mais ils ne font pas partie de la population résidente et leurs soins de santé sont généralement dispensés dans leur pays de résidence. Une fois les travailleurs frontaliers retranchés du PIB, la part des dépenses de santé atteint 12,8 %. La Suisse présente alors, de loin, la part des dépenses de santé dans le PIB la plus élevée d'Europe.

Deuxièmement, pour évaluer le niveau et l'efficacité d'un système de santé, il ne suffit pas de considérer les dépenses rapportées au PIB ; les dépenses par habitant sont également déterminantes. Le PIB par habitant de la Suisse est, converti au taux de change, environ 86 % plus élevé que celui de l'Allemagne. En conséquence, les dépenses de santé par habitant en Suisse sont supérieures de plus de 93 % à celles de l'Allemagne et d'environ 100 % et 98 % à celles du Danemark et des Pays-Bas. Compte tenu du niveau élevé des revenus en Suisse, cela ne constitue un problème que si les usagers n'obtiennent pas une valeur ajoutée proportionnelle. Mais est-ce réellement le cas ? Le doute est permis. En réalité, personne ne le sait avec certitude, car la qualité des prestations est encore beaucoup trop mal mesurée.

En comparaison internationale, ce n'est donc pas tant la croissance des dépenses que leur niveau qui pose problème. Or, ni les prestataires de soins et les assureurs, ni les associations de patientes et de patients, ni les responsables politiques ne souhaitent réellement aborder cette question. Car une réduction du niveau des coûts toucherait au cœur même du système. En revanche, la croissance des dépenses peut aisément être imputée à un bouc émissaire sans défense : le vieillissement de la population. Pourtant, le vieillissement ne nous rend pas plus malades. Au contraire, nous vivons plus longtemps précisément parce que nous restons en bonne santé plus longtemps. Les coûts souvent dénoncés des deux dernières années de vie ne sont pas non plus responsables de la croissance des dépenses. En effet, nous ne mourons toujours qu'une seule fois – simplement plus tard. En réalité, les dépenses de santé par habitant devraient donc diminuer avec le vieillissement de la population. Or, ce n'est pas ce qui se produit. Une analyse économique permet de comprendre pourquoi.

Une compréhension économique du problème

L'économie analyse toute situation sous l'angle des bénéfices et des coûts. Contrairement à une critique largement répandue, cette approche n'est pas réductrice, mais globale. Les bénéfices et les coûts ne sont, au fond, que deux autres façons de désigner les avantages et les inconvénients. Les économistes s'efforcent toujours de mettre en balance l'ensemble des avantages et des inconvénients, tandis que les non-économistes ont souvent

tendance à mettre en avant les bénéfices de leurs propres projets et les inconvénients de ceux des autres. En outre, les économistes ne limitent pas la notion de coûts aux seules dépenses financières. Ils y intègrent tout ce que les personnes concernées perçoivent comme un désavantage, notamment le temps perdu, les risques et les effets indésirables. Sous cet angle, deux aspects revêtent une importance particulière. En raison de l'âge légal de la retraite, une population toujours plus nombreuse de personnes âgées dispose de davantage de temps pour recourir aux prestations de santé. Parallèlement, le progrès technologique dans le domaine médical n'a pas le même effet que dans la plupart des autres secteurs économiques : il ne réduit pas en priorité les coûts financiers. Comme les assurances-maladie prennent aujourd'hui en charge une grande partie de ces coûts dans la plupart des pays, les développeurs de nouvelles technologies cherchent moins à diminuer les dépenses monétaires qu'à réduire les coûts liés au temps perdu, aux risques et aux effets secondaires supportés par les bénéficiaires des soins. Ces coûts non monétaires diminuent ainsi continuellement, ce qui stimule la demande de prestations médicales et entraîne une augmentation des dépenses financières.

La focalisation excessive de la politique de santé sur la croissance des dépenses financières fait perdre de vue ce qui est réellement déterminant : les bénéfices des traitements ainsi que les coûts non monétaires, c'est-à-dire le temps, les risques et les effets indésirables. En

« *L'économie analyse toute situation sous l'angle des bénéfices et des coûts.* »

« Le système de santé suisse ne souffre pas d'un excès d'économie, mais d'un manque de bonne économie. »

d'autres termes, notre politique de santé ne regarde que l'argent et souffre ainsi d'une véritable « addiction à l'argent ».

Une meilleure politique de santé nécessite des données fiables sur la qualité du système de santé suisse ainsi que sur les coûts non monétaires. Certes, de nombreuses interventions deviennent plus coûteuses, mais les patientes et les patients retrouvent souvent plus rapidement la santé et leur capacité de travail. Leur qualité de vie s'améliore et les coûts pour l'économie dans son ensemble diminuent, ce qui peut largement compenser les dépenses financières supplémentaires. Il existe toutefois aussi des évolutions préoccupantes : de nombreuses personnes ne trouvent plus de médecin de famille, les délais d'attente semblent s'allonger et de nombreux citoyens ont le sentiment d'être toujours plus malades. Il appartient désormais aux responsables politiques d'élargir enfin leur perspective et de faire procéder à une analyse approfondie des données relatives aux coûts et aux bénéfices non monétaires. Le système de santé ne pourra retrouver son équilibre que lorsque la politique de santé sera guérie de son obsession de l'argent.

Pour une concurrence porteuse de progrès

Afin de réduire les coûts tout en améliorant la qualité, il est indispensable d'améliorer les incitations auxquelles sont soumis tous les acteurs concernés – les patientes et les patients, les prestataires de soins et les assureurs-maladie – afin qu'ils utilisent les ressources limitées de manière efficace et économe. Pour

y parvenir, il ne faut pas davantage de centralisation ni d'économie planifiée, mais une responsabilité individuelle accrue des citoyennes et des citoyens ainsi qu'une concurrence plus efficace entre les prestataires de soins et les assureurs-maladie. Nous préconisons, à cet effet, les mesures suivantes :

Les franchises AAA : Le plus grand potentiel d'économies réside dans la prise en charge des patientes et des patients générant des coûts élevés. Aujourd'hui, les franchises comprises entre 300 et 2 500 francs par an, auxquelles s'ajoute une quote-part de 10 %, plafonnée à 700 francs, sont considérées comme des instruments essentiels pour encourager une consommation modérée des prestations de santé. C'est pourquoi de nombreux experts proposent d'augmenter encore ces montants. Nous recommandons une autre approche. L'élément déterminant n'est pas le niveau de la franchise, mais son « positionnement ». Avec le système actuel, chaque assuré prend lui-même en charge les premiers 300 à 2 500 francs de dépenses. Toute personne qui prévoit d'engendrer des coûts élevés au cours de l'année choisit logiquement la franchise la plus basse. Celle-ci perd alors tout effet incitatif. Réduire ses dépenses de santé ne procure plus aucun avantage, puisque les coûts dépasseront de toute façon le montant de la franchise.

Nos franchises AAA (« Franchises avec Adaptation Automatique des Incitations ») renforcent les incitations à adopter un comportement économe, en s'appliquant non pas à la première tranche de dépenses attendues, mais à la

Entretien

« Le système de rémunération parfait n'existe pas »



Dr Fridolin Marty

Responsable de la politique de santé
de l'organisation faîtière de l'économie
Economiesuisse

Monsieur Marty, le système actuel de rémunération en chirurgie viscérale favorise-t-il des traitements médicalement pertinents ou crée-t-il des incitations inappropriées ?

Je ne connais pas suffisamment en détail la structure tarifaire en chirurgie viscérale pour pouvoir en porter une appréciation définitive. D'une manière générale, les systèmes de rémunération doivent toutefois être conçus avec le plus grand soin afin d'éviter des effets indésirables sur la prise en charge des patientes et des patients. Lorsque les forfaits ne sont pas calculés ou appliqués de manière appropriée, ils peuvent entraîner une surconsommation, une sous-consommation ou une prise en charge inadéquate. Même des forfaits correctement calculés comportent un certain risque de sous-traitement. S'ils sont en outre mal conçus, ils peuvent, dans les cas extrêmes, conduire à ce que certaines prestations ne soient plus proposées.

Lorsque les chirurgiennes et les chirurgiens sont de plus en plus évalués en

fonction du nombre de cas, de l'efficacité et des résultats obtenus, cela ne modifie-t-il pas inévitablement leur manière de prendre des décisions, notamment en matière d'indication opératoire ou de prise en charge des patientes et patients à haut risque ?

Les tarifs et les prescriptions réglementaires influencent toujours le comportement des prestataires de soins. Des tarifs inadaptés peuvent créer des incitations inappropriées et favoriser une surconsommation, une sous-consommation ou une prise en charge inadéquate. En même temps, la transparence est essentielle dans un système de santé financé sur une base solidaire. Les modèles de rémunération forfaitaire, en particulier, nécessitent des indicateurs de qualité permettant de surveiller la qualité des soins et de détecter suffisamment tôt les évolutions indésirables.

Lorsque des incitations économiques conduisent à une surconsommation ou à une prise en charge inadéquate, s'agit-il avant tout d'un problème lié aux décisions individuelles des médecins ou d'un problème structurel du système ?

Il est impossible d'éliminer totalement les incitations inappropriées dans un système tarifaire. Elles sont le plus souvent l'expression des conditions-cadres du système plutôt que le résultat de décisions individuelles. Il appartient donc aux responsables politiques, aux autorités et aux partenaires tarifaires de prévenir

les distorsions les plus importantes. Les considérations économiques peuvent jouer un rôle dans les décisions thérapeutiques, mais elles ne doivent jamais primer sur les critères médicaux.

En toute franchise : le système actuel, fondé sur TARDOC et les forfaits ambulatoires, est-il avant tout au service du bien des patientes et des patients ? Ou, dans la pratique, les logiques économiques prennent-elles souvent le dessus ?

Il ne sera possible de porter une appréciation fondée qu'après avoir acquis une expérience suffisante avec le nouveau modèle de rémunération. Une chose est cependant certaine : les réalités économiques agissent dans le système de santé comme la gravitation – en permanence et partout, même lorsque nous n'en avons pas toujours conscience.

Quelle serait, selon vous, la recette du système de rémunération « parfait » ?

Le système de rémunération parfait n'existe pas. Une combinaison équilibrée de rémunération à l'acte et de forfaits paraît judicieuse, comme le recommande également l'OCDE. La rémunération à l'acte est particulièrement adaptée aux prestations complexes et rares, tandis que les forfaits conviennent aux traitements fréquents et standardisables. L'essentiel réside dans une combinaison appropriée de ces deux approches.

« Une meilleure politique de santé a besoin de données fiables sur la qualité, et pas seulement sur les coûts. »

dernière. Ainsi, pour un assuré AAA dont la caisse estime que les dépenses annuelles atteindront 3 000 francs, la franchise porterait sur la tranche comprise entre 2 700 et 3 000 francs. L'assuré aurait dès lors en permanence intérêt à maîtriser ses dépenses afin de ne pas atteindre cette tranche restant à sa charge. Dans la plupart des cas, il paierait ainsi moins de sa poche qu'aujourd'hui et ne serait jamais désavantagé. En outre, les personnes dont les dépenses de santé attendues sont élevées auraient, elles aussi, intérêt à choisir une franchise AAA élevée, puisqu'elles auraient de bonnes chances de ne pas devoir en supporter la totalité si elles adoptaient un comportement économe. Il en résulterait de nouvelles économies pour le système.

Pour déterminer de manière optimale le niveau des franchises AAA, il est nécessaire de disposer de prévisions individuelles de coûts, établies de façon neutre. Ces prévisions peuvent être élaborées relativement facilement à partir des données relatives aux dépenses selon l'âge et le sexe, déjà utilisées aujourd'hui dans le calcul de la compensation des risques entre les assureurs-maladie. Pour introduire ce modèle, il suffirait d'autoriser les caisses-maladie à le proposer aux assurés comme option. Grâce à ses avantages, il s'imposerait alors de lui-même.

Primes d'équivalence : La concurrence entre les prestataires de soins fonctionne surtout lorsqu'ils assument une certaine responsabilité budgétaire, c'est-à-dire lorsqu'ils ne sont plus rémunérés pour chaque prestation indi-

viduelle, mais au moyen de forfaits par cas ou par patient. C'est sur ce principe que reposent la plupart des propositions de réforme du système de santé. Toutefois, celles-ci dérivent souvent vers des conceptions centralisatrices et planificatrices. La question essentielle est de savoir pourquoi de tels modes de rémunération, favorables à l'efficacité, ne se développent pas spontanément.

Dans l'assurance obligatoire des soins, chaque caisse-maladie est aujourd'hui libre de fixer ses propres primes. En revanche, elle est tenue de facturer la même prime à tous ses assurés âgés de plus de 25 ans domiciliés dans une même région, indépendamment de leur sexe, de leur âge ou de leur état de santé. En conséquence, les rabais accordés aux assurés qui adhèrent à un modèle d'assurance favorisant les économies, dans lequel les prestataires assument une responsabilité budgétaire accrue, doivent également être identiques pour tous les assurés. Dès lors, ce sont principalement les personnes relativement jeunes et en bonne santé qui optent pour ces modèles d'assurance axés sur les économies, alors même que ce sont précisément celles auprès desquelles le potentiel d'économies est le plus limité.

Le modèle des « primes d'équivalence » permettrait aux caisses-maladie d'accorder aux personnes plus âgées ou présentant un moins bon état de santé des rabais plus élevés, correspondant aux charges spécifiques qu'elles représentent, lorsqu'elles choisissent un modèle d'assurance orienté vers les

économies. Il deviendrait ainsi plus attractif, pour l'ensemble des assurés, d'adhérer à de tels modèles. Des économies substantielles pourraient alors être réalisées, sans planification centralisée ni contrainte, mais grâce à une concurrence plus libre et à des décisions individuelles librement consenties.

Compensation des risques plutôt que péréquation des risques: Étant donné que les caisses-maladie ne sont pas autorisées à différencier les primes en fonction du risque, elles cherchent naturellement à attirer les « bons risques ». Aujourd'hui, cette concurrence est fortement limitée par une réglementation très stricte. Il existe notamment un catalogue uniforme de prestations, qui interdit également aux caisses de proposer des prestations préventives supplémentaires. Elles ne sont pas autorisées non plus à offrir aux assurés des incitations financières à adopter un comportement économe. Enfin, la péréquation des risques compense les différences de charges entre les caisses liées au sexe, à l'âge ainsi qu'aux coûts élevés engendrés par certaines maladies. Selon nous, cette approche est erronée. Toutes ces prescriptions affaiblissent les incitations et les possibilités dont disposent les caisses pour promouvoir et préserver la santé de leurs assurés. Que faudrait-il donc faire ?

Nous devrions nous inspirer du sport. De nombreux clubs sportifs cherchent à obtenir de meilleurs résultats en recrutant de bons joueurs plutôt qu'en investissant dans la formation, pourtant coûteuse, de jeunes talents. En revanche, une telle règle a été instaurée

dans le football et le hockey sur glace : celle des indemnités de transfert. Les clubs qui recrutent de bons joueurs auprès d'autres clubs doivent verser une indemnité en contrepartie. Ce mécanisme incite fortement les clubs à promouvoir leur propre relève, à assurer une excellente formation, à préserver la santé de leurs joueurs et, le cas échéant, à les transférer vers d'autres clubs moyennant une indemnité.

Par analogie, les caisses-maladie ne devraient pas recevoir davantage de moyens financiers lorsqu'elles comptent une proportion particulièrement élevée d'assurés malades, mais lorsqu'elles reprennent des personnes malades provenant d'autres caisses tout en leur transférant des assurés en bonne santé. Un tel système inciterait fortement les caisses-maladie à mettre en œuvre les meilleures mesures médicales possibles pour préserver et améliorer la santé de leurs assurés.

En conclusion, le système de santé suisse ne souffre pas d'un excès d'économie, mais d'un manque de bonne économie. Se focaliser exclusivement sur les coûts financiers revient à méconnaître les véritables leviers d'action. Le système ne s'améliorera pas grâce à davantage de prescriptions et de planification, mais grâce à de meilleures données, à des incitations plus judicieuses et à une concurrence plus efficace. La politique de santé pourrait alors enfin accomplir ce qu'elle devrait véritablement viser : offrir une meilleure prise en charge à un coût moindre.

À propos des auteurs

Le Prof. Dr Reiner Eichenberger (*1961) est professeur de théorie de l'économie et des finances publiques à l'Université de Fribourg et directeur de recherche du CREMA (Center for Research in Economics, Management and the Arts). Il compte parmi les principaux représentants de l'économie politique dans l'espace germanophone. Ses travaux portent notamment sur la concurrence dans le secteur public, la démocratie directe, le fédéralisme ainsi que les politiques de santé et les politiques financières. Il a effectué ses études, obtenu son doctorat et son habilitation en sciences économiques à l'Université de Zurich. Ses recherches associent l'analyse économique aux dimensions institutionnelles et politiques. Ses travaux ont été publiés dans de nombreuses revues scientifiques internationales et ont largement contribué aux débats sur les systèmes d'incitation publics, les réformes institutionnelles et la gouvernance efficiente.

Fabian Kuhn est assistant diplômé à la chaire de théorie de l'économie et des finances publiques de l'Université de Fribourg.



www.unifr.ch

9. Relations publiques

Comment la chirurgie gagnera-t-elle son avenir : par davantage d'influence ou par la confiance ?



Prof. Dr méd. Antonio Nocito

Directeur du Département de chirurgie de l'Hôpital cantonal de Baden et ancien président de la SSCV

Alors que d'autres débattent de l'avenir du système de santé, les chirurgiennes et les chirurgiens continuent souvent d'exercer dans l'ombre. C'est précisément là que réside le problème : ceux qui sont indispensables au bloc opératoire demeurent étonnamment peu visibles dans le débat public. Pourtant, l'EFAS, le TARDOC, la MHS, l'explosion des primes, le plafonnement des salaires, la pénurie de personnel qualifié ou les réformes hospitalières n'attendent pas que la chirurgie trouve le temps de s'impliquer. Les règles du jeu sont en train d'être écrites. Et ceux qui ne participent pas au débat devront ensuite en assumer les conséquences.

La SSCV ne peut donc plus se permettre d'assister aux débats de politique de santé en simple spectatrice. Les réformes en cours ne sont plus depuis longtemps des projets politiques abstraits. Elles ont des répercussions directes sur la pratique chirurgicale quotidienne : elles déterminent quelles interventions pourront être réalisées et où, comment la formation postgraduée sera financée, comment les soins d'urgence resteront organisés et si, à l'avenir, la qualité sera évaluée selon des critères médicaux ou principalement économiques.

La chirurgie fait précisément l'objet d'une attention particulière. Elle est coûteuse, technologiquement exigeante, gourmande en ressources humaines et, en même temps, indispensable. Dans un tel contexte, garder le silence revient à laisser d'autres définir les règles : l'administration, les responsables politiques, les assureurs ou les économistes. La SSCV ne doit donc pas être bruyante, mais claire. Non pas comme le simple groupe de pression d'une profession, mais comme la voix d'une chirurgie de haute qualité, sûre et durable.

Ces dernières années, le Comité de la SSCV est devenu nettement plus actif en matière de communication. En tant que société défendant les intérêts de la discipline, nous avons renforcé notre visibilité, notre présence et notre audace dans l'espace public et dans les médias. Le présent rapport annuel en est notamment le témoignage. Par ailleurs, le développement de notre présence sur LinkedIn a démontré que la

politique professionnelle moderne ne se déroule plus uniquement dans les salles de séance, mais également dans l'espace numérique. Car la visibilité naît là où se déroulent les discussions. Et, plus que jamais, une règle s'impose : Content is king.

Une présence politique plus importante que jamais

Toutefois, la portée de notre action ne dépend pas uniquement du Comité ou de quelques personnes particulièrement engagées. Elle repose sur les membres. Les chirurgiennes et les chirurgiens sont donc appelés à s'investir davantage : par leurs commentaires, leurs propres publications et leurs prises de position. Un simple « J'aime » ou un bref commentaire sous une publication ne demande que peu de temps, mais peut produire un effet considérable. Les algorithmes récompensent les interactions, et les débats publics se façonnent aujourd'hui largement par la présence numérique.

Le problème de notre profession est que quiconque passe chaque jour de longues heures au bloc opératoire dispose naturellement de peu de temps pour les réseaux sociaux, les réseaux politiques ou une présence dans l'espace public. D'autres spécialités bénéficient à cet égard d'une visibilité plus importante, parce que leur activité clinique laisse davantage de place à la communication publique. Pourtant, un principe simple vaut également en médecine : ce qui n'est pas visible ne peut être perçu. Et ce qui n'est pas perçu a peu de chances d'être entendu dans les débats politiques.

Il en va de même de la représentation politique directe. Les médecins restent encore étonnamment peu présents dans la sphère politique. Le manque de temps en est sans doute l'une des principales raisons. Mais précisément parce que les décisions de politique de santé influencent toujours davantage la pratique médicale quotidienne, la présence politique est aujourd'hui plus importante que jamais. D'autres groupes professionnels montrent depuis longtemps, avec succès, ce qu'un lobbying efficace peut accomplir. Les agriculteurs, par exemple, disposent à Berne d'un lobby particulièrement puissant, parlent d'une seule voix et parviennent à maintenir leurs préoccupations en permanence dans le débat public. Les médecins en général, et les chirurgiennes et chirurgiens en particulier, peuvent encore beaucoup apprendre de cet exemple.

Bien entendu, il existe des brebis galeuses

Dans le même temps, la chirurgie doit aussi rester crédible vis-à-vis d'elle-même. Avec une régularité presque inquiétante, des représentants de notre discipline font la une des médias en raison de cas de sexisme, d'abus de pouvoir, de harcèlement, de pratiques de facturation contestables ou d'egos démesurés. La tentation est grande de parler de cas isolés. Ce n'est pas entièrement faux. Mais ce n'est pas tout à fait juste non plus.

Les comportements fautifs n'apparaissent en effet que rarement dans le vide. La chirurgie est traditionnellement organisée de manière hiérarchique,

orientée vers la performance et marquée par une pression considérable. Cette culture a donné naissance à de nombreuses qualités : la précision, le sens des responsabilités, la résilience et la capacité de décision. Mais lorsque les hiérarchies deviennent intouchables, lorsque le silence protège les carrières et lorsque la pression économique prend le pas sur la culture médicale, des espaces se créent où les dépassements de limites deviennent plus faciles.

La véritable question n'est donc pas de savoir s'il existe des brebis galeuses. Bien sûr qu'il en existe. La question essentielle est de savoir avec quelle détermination une discipline les affronte. Une société de discipline moderne ne peut ni relativiser les comportements fautifs ni les transformer systématiquement en scandales. Elle doit fixer des standards. Pour la leadership. Pour la formation

postgraduée. Pour le respect. Pour la transparence. Pour l'exercice du pouvoir.

La SSCV a ici l'opportunité d'être davantage qu'une simple organisation de défense des intérêts de la profession. Elle peut contribuer à façonner ce que sera demain la culture chirurgicale en Suisse : excellente, exigeante, mais aussi professionnelle, respectueuse et digne de confiance. Car l'avenir de la chirurgie ne se décide pas uniquement au bloc opératoire ou au Parlement, mais aussi dans l'image qu'elle a d'elle-même.

La chirurgie ne sera entendue sur le plan politique que si elle bénéficie de la confiance de la société. Or, la confiance naît là où l'excellence professionnelle rencontre l'intégrité humaine. Ou, pour le dire plus simplement : rien de bon ne se fait sans agir. Alors, mettons-nous au travail !

À propos de l'auteur

Le Prof. Dr méd. Antonio Nocito est, depuis 2014, directeur du Département de chirurgie et médecin-chef du service de chirurgie de l'Hôpital cantonal de Baden (KSB). Après des études de médecine aux Universités de Bâle et de Paris, il a effectué sa formation postgraduée en chirurgie au KSB ainsi qu'à l'Hôpital universitaire de Zurich. Il est spécialiste FMH en chirurgie avec une formation approfondie en chirurgie viscérale et est titulaire du diplôme

européen de coloproctologie. En 2017, l'Université de Zurich l'a nommé professeur titulaire. De 2023 à 2024, il a présidé la SSCV. Il est en outre membre de plusieurs sociétés scientifiques nationales et internationales.



www.ksb.ch

10. Collaboration interdisciplinaire

Les sociétés suisses de chirurgie et de chirurgie viscérale devraient-elles fusionner ? Ou leurs intérêts sont-ils trop divergents ?



Prof. Dr méd. Christian Toso
Chef du service de chirurgie viscérale aux
Hôpitaux universitaires de Genève et ancien
président de la Société Suisse de Chirurgie (SSC)

« Une chirurgie plus forte n'exige pas nécessairement moins d'identité, mais davantage de collaboration. »

Le paysage des sociétés chirurgicales suisses est dense, parfois redondant, et souvent difficile à déchiffrer pour les jeunes praticiens. Dans ce contexte, la question d'une fusion entre la Société Suisse de Chirurgie (SSC) et la Société Suisse de Chirurgie Viscérale (SSVC) revient régulièrement. Elle mérite d'être examinée sérieusement, sans tabou, mais aussi sans naïveté.

Un socle commun solide

Depuis plusieurs années, la SSC et la SSVC ont intensifié leur collaboration. Elles partagent de nombreux intérêts : négociations tarifaires – notamment autour de TARDOC –, amélioration des cursus de formation, organisation de sessions communes lors des congrès nationaux, et soutien aux jeunes chirurgiens. Cette dynamique est déjà matérialisée : un membre du comité de la SSVC siège au comité de la SSC, et des réunions communes permettent d'avancer sur des thèmes partagés.

La création du Swiss College of Surgeons (SCS) en 2017 a donné un cadre supplémentaire à cette coopération. Le SCS réunit, sous une même organisation faîtière, la SSC, la SSVC ainsi que les sociétés de chirurgie vasculaire, thoracique, de la main, et plastique. Il gère notamment le Core Surgical Curriculum et le congrès annuel commun – preuve que la mutualisation est possible et bénéfique.

Les arguments pour une fusion

Une fusion entre SSC et SSVC présenterait des avantages concrets. Premièrement, elle simplifierait la cartographie institutionnelle suisse, aujourd'hui complexe aux yeux des jeunes chirurgiens qui peinent à identifier le rôle de chaque acteur. Deuxièmement, elle renforcerait le poids collectif de la chirurgie dans les négociations tarifaires (TARDOC) et dans la planification de la médecine hautement spécialisée (HSM). Troisièmement, elle permettrait de réduire les doublons administratifs – deux assemblées générales, deux cotisations, deux secrétariats pour des membres qui, fréquemment, appartiennent aux deux sociétés.

Des spécificités qui ne peuvent être sacrifiées

Pour autant, une fusion ne peut faire l'économie des différences fondamentales entre les deux entités. La chirurgie viscérale est un titre de formation approfondie à part entière, fortement implanté dans la médecine hautement spécialisée (HSM), avec des parcours de formation, des compétences techniques et une identité scientifique bien distincts. Une fusion qui diluerait ces spécificités dans un ensemble généraliste risquerait de fragiliser la discipline.

La question de la traumatologie illustre parfaitement cette tension. La Swiss Trauma Society (STS) – héritière de la SGACT depuis 2024 – est l'exemple d'une société qui a su trouver une voie intermédiaire : elle n'est plus société de formation approfondie au sens strict, mais reste un groupe d'intérêt reconnu et important à la

SSC. Le titre de spécialisation en traumatologie spécialisée est désormais géré conjointement par la SSC et Swiss Orthopaedics – preuve que l'interdisciplinarité peut fonctionner sans dissolution des identités. En parallèle, le sujet de la polytraumatologie reste cher à la SSC, qui souhaite garder cette expertise.

Une stratégie en deux temps

Plutôt qu'une fusion précipitée, une démarche progressive en deux temps paraît plus sage.

- À court terme, il s'agit d'approfondir la coopération existante : une position commune et coordonnée dans les négociations TARDOC, un congrès annuel pleinement intégré sous l'égide du SCS, et des cursus de formation alignés pour les tronc communs, avec préservation des modules spécifiques.
- À moyen terme, la fusion entre SSC et SSVC reste un objectif légitime, à condition de respecter les spécificités de chacun.

Conclusion

La fusion entre SSC et SSVC est une vision stratégique à moyen terme. Elle ne répondra pas à toutes les tensions du paysage chirurgical suisse. Mais, menée avec soin et dans le respect des identités de chacun, elle pourrait renforcer durablement la voix de la chirurgie dans la santé publique suisse. Entre-temps, la coopération renforcée et la montée en puissance du SCS offrent une voie crédible et immédiatement praticable.

Au nom du comité de la Société Suisse de Chirurgie (SSC):

- Dre méd. Rebecca Kraus, Kantonsspital Graubünden, Chur
- Prof. Dr méd. Marc-Olivier Sauvain, Réseau Hospitalier Neuchâtelois (RHNe), Neuchâtel
- PD Dre méd. Minoa Karin Jung, HUG, Genève
- PD Dre Dre méd. Seraina Faes, Stadtspital Zürich Triemli
- Prof. Dr méd. Antonio Nocito, Kantonsspital Baden (KSB)
- Prof. Dr méd. Valentin Neuhaus, Universitätsspital Zürich
- Dre méd. Stephanie Taha-Mehlitz, St. Claraspital Basel
- Dr méd. Thomas Beck, Spitalzentrum Oberwallis, Visp
- Dr méd. Lukas Widmer, Hôpital Fribourgeois, Fribourg
- Dre méd. Dre sc. méd. Fariba Abbassi, Universität Zürich

« La fusion entre SSC et SSVC est une vision stratégique à moyen terme. »

À propos de l'auteur

Le Prof. Dr méd. Christian Toso exerce aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) depuis 2009. Il dirige aujourd'hui, en qualité de médecin-chef, le service de chirurgie viscérale et est professeur ordinaire à la Faculté de médecine de l'Université de Genève. Son activité clinique est principalement consacrée à la chirurgie hépatique, pancréatique et de transplantation.

Après des études de médecine à l'Université de Genève, il a effectué sa formation postgraduée en chirurgie en Suisse avant de se spécialiser à l'University of Alberta, à Edmonton (Canada), en chirurgie hépatique, pancréatique et de transplantation. Il y a également obtenu un doctorat (PhD) en immunologie et en recherche chirurgicale. Parallèlement à son activité clinique, Christian Toso dirige un important groupe de recherche à l'Université de Genève. Ses travaux scientifiques portent principalement sur le cancer du foie, la transplantation hépatique et la chirurgie hépatobiliaire. Il est l'auteur de plus de 300 publications scientifiques et a été récompensé à de nombreuses reprises, tant au niveau national qu'international, pour ses travaux de recherche.



www.hug.ch



APPRENDRE AUPRÈS DES MEILLEURS : LES BOURSES D'OBSERVATION DE LA SSCV

En 2025, la SSCV a attribué trois bourses d'observation – et les trois bénéficiaires en dressent un bilan extrêmement positif. Grâce à ce programme de soutien, Marion Anker, Xenofon Papazarkadas et Charlotte Pradella ont eu la possibilité de passer plusieurs semaines dans d'autres hôpitaux suisses afin de découvrir des équipes hautement spécialisées, des tableaux cliniques complexes et des techniques opératoires de pointe.

Qu'il s'agisse de chirurgie hépatobiliaire et pancréatique, de chirurgie de transplantation, de chirurgie du tractus gastro-intestinal supérieur ou de chirurgie colorectale, les échanges professionnels, la collaboration interdisciplinaire et l'accueil chaleureux au sein des équipes ont fait de ces stages une expérience précieuse et durable pour chacun d'entre eux. Leur conclusion est unanime : élargir son horizon au-delà de sa pratique clinique quotidienne s'est révélé bénéfique à tous les égards.

Plus d'informations sur les bourses d'observation :



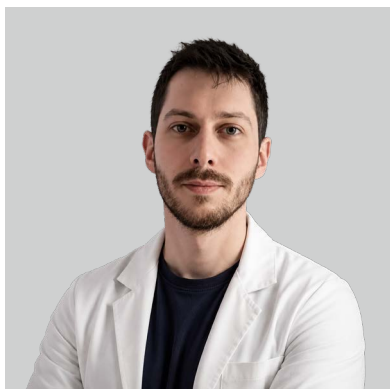
Dre méd. Marion Anker-Meister
Cheffe de clinique, service de chirurgie,
Spital Lindenhof

Bourse d'observation en août 2025
Domaine : chirurgie hépatobiliaire et
pancréatique ainsi que chirurgie du tractus
gastro-intestinal supérieur, Hôpital
cantonal de Winterthour

« Au cours de mon stage d'observation de quatre semaines à l'Hôpital cantonal de Winterthour, j'ai pu approfondir mes connaissances en chirurgie hépatobiliaire, en chirurgie pancréatique ainsi qu'en chirurgie du tractus gastro-intestinal supérieur. J'ai été particulièrement impressionnée par ma participation active à plusieurs interventions de Whipple, par les consultations et les tumor boards auxquels j'ai pu assister, ainsi que par la prise en charge de tableaux cliniques complexes, rarement rencontrés dans ma pratique quotidienne. Durant la seconde moitié de mon stage, j'ai également découvert la chirurgie du tractus gastro-intestinal supérieur, la chirurgie bariatrique ainsi que les interventions de la paroi abdominale assistées par robot. L'accueil chaleureux de l'équipe, la diversité des

interventions pratiquées et la proximité d'un centre hautement spécialisé ont durablement enrichi ma vision de la chirurgie. »

« Les expériences que j'ai pu acquérir durant cette période m'accompagneront tout au long de mon parcours professionnel et enrichiront durablement ma pratique chirurgicale. »



Dr méd. Xenophon Papazarkadas
Chef de clinique, Service de chirurgie,
Hôpital de Sion

Bourse d'observation en août 2025
Domaine : chirurgie hépatobiliaire et
pancréatique, Inselspital Berne

« Dans le cadre de mon stage d'observation de deux semaines à l'Inselspital de Berne, j'ai pu acquérir un aperçu précieux de la chirurgie hépatobiliaire et de la chirurgie de transplantation au sein d'un centre universitaire de référence. J'ai notamment assisté à des interventions complexes telles que des duodéno-pancréatectomies robot-assistées, des transplantations hépatiques et rénales, des interventions d'urgence ainsi que des procédures de radiologie interventionnelle. J'ai également participé aux consultations, aux visites, à la planification opératoire, aux colloques multidisciplinaires et aux formations continues. J'ai été particulièrement impressionné par la rigueur scientifique, la qualité de la formation chirurgicale structurée et l'étroite

collaboration interdisciplinaire. Cette expérience a renforcé mon intérêt pour la chirurgie hépatobiliaire et m'a offert un modèle clinique et académique particulièrement inspirant. »

« Cette expérience a renforcé mon intérêt pour la chirurgie hépatobiliaire et confirmé mon souhait de poursuivre ma carrière dans ce domaine. »



Dre méd. Charlotte Pradella
Cheffe de clinique, Service de chirurgie,
Hôpital cantonal de Bâle-Campagne, Liestal

Bourse d'observation en mai 2025
Domaine : chirurgie colorectale, Hôpital
universitaire de Zurich

« Durant mon stage d'observation de deux semaines en chirurgie colorectale à l'Hôpital universitaire de Zurich, j'ai pu approfondir de manière ciblée mes connaissances spécialisées et suivre l'ensemble de l'activité clinique quotidienne d'une équipe hautement spécialisée. J'ai ainsi participé aux visites du médecin-chef, à la prise en charge des urgences, aux consultations ambulatoires, aux consultations spécialisées ainsi qu'aux tumor boards et aux réunions consacrées aux maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (IBD). Les discussions interdisciplinaires autour de cas colorectaux complexes ainsi que l'assistance opératoire lors d'un large éventail d'interventions, en particulier

pour les carcinomes colorectaux et les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, se sont révélées particulièrement enrichissantes. Les interventions robot-assistées, mini-invasives et ouvertes m'ont permis d'acquérir de nombreuses connaissances techniques. La méthode de travail structurée, centrée sur les patientes et les patients, ainsi que l'intégration chaleureuse au sein de l'équipe ont fait de ce stage une expérience particulièrement marquante. »

2

membres ont obtenu une bourse d'observation de la SSCV pour l'année 2026 :



Dre méd. Andrea Wirsching
Hôpital cantonal de Baden

Stage d'observation aux HUG Genève, dans le domaine de la chirurgie colorectale



Dr méd. Pierre-Alain Tokoto
HUG Genève

Stage d'observation au CHUV Lausanne, dans le domaine de la coloproctologie

2000

francs constituent le montant maximal d'une bourse d'observation. Cette bourse soutient les spécialistes FMH en chirurgie ayant un intérêt particulier pour la chirurgie viscérale et souhaitant effectuer une formation continue ou un perfectionnement dans un centre de compétences, un centre de référence ou un établissement suisse de qualification équivalente en chirurgie viscérale. Cette possibilité s'étend également aux sous-spécialités associées, telles que la chirurgie du tractus gastro-intestinal supérieur, la coloproctologie, la chirurgie hépatobiliaire et pancréatique, la chirurgie de transplantation, la chirurgie bariatrique ou la chirurgie endocrinienne. Le délai de candidature pour une bourse d'observation en 2027 est fixé au 31 décembre 2026. Les personnes intéressées peuvent adresser leur dossier par courrier électronique à sguc@meister-concept.ch.

2-4

semaines est la durée habituelle d'un stage d'observation. Chaque année, la SSCV met à disposition trois bourses d'observation, d'un montant maximal de 2 000 francs chacune. Cette contribution permet de couvrir les frais de déplacement, d'hébergement et de restauration des candidates et candidats. L'une des trois bourses, dans le domaine de l'Acute Care Surgery, est financée par la SwissACS.

PRIX-FELIX-LARGIADÈR : HONNEUR A QUI HONNEUR EST DÙ

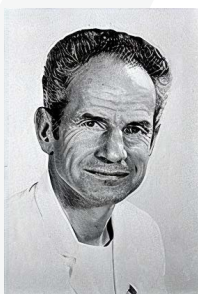
Le Prix Felix Largiadèr décerné chaque année par la Société Suisse de Chirurgie Viscérale (SSCV) récompense des travaux scientifiques et des projets de recherche d'excellence dans le domaine de la chirurgie viscérale. En 2025, cette distinction a été attribuée pour la cinquième année consécutive à une femme : la Dre Lilian Salm, du Groupe de l'Île (Insel Gruppe), a été récompensée pour son étude « Peritoneal Macrophage-Derived Plasma Fibronectin Enhances Remote Skin Wound Healing ».

Lors du congrès annuel à Interlaken, en octobre 2025, elle s'est imposée face à huit autres candidates et candidats et a reçu le Prix Felix Largiadèr, doté de 5 000 francs. Toutes nos félicitations !

Dans son travail primé, Lilian Salm apporte de nouvelles connaissances sur le rôle des macrophages de la cavité péritonéale. Elle montre que ces cellules n'assurent pas seulement des fonctions immunitaires locales, mais exercent également des fonctions endocriniennes. Lorsqu'ils sont activés, par exemple à la suite d'une intervention chirurgicale, les macrophages libèrent de la fibronectine. Cette découverte remet en question l'hypothèse selon laquelle la fibronectine circulante est produite exclusive-

ment par le foie. L'étude démontre en outre que cette fibronectine favorise la cicatrisation de plaies cutanées situées à distance, par exemple au niveau du dos.

La Dre Lilian Salm est spécialiste en chirurgie générale. Après sa formation clinique à Langenthal, Aarau et à l'Hôpital de l'Île à Berne, elle s'est consacrée pendant plusieurs années à la recherche à Berne, puis dans le cadre d'un postdoctorat à Calgary, avec un accent sur l'immunologie et les infections chirurgicales. Depuis août 2024, elle est cheffe de clinique à la clinique universitaire chirurgie et médecine viscérale de l'Hôpital de l'Île à Berne. Depuis 2025, elle siège également au comité éditorial de Swiss Knife.



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. En 1992, il fut l'un des pères fondateurs de la SSCV, qui remet chaque année le Prix Largiadèr en son honneur pour récompenser des travaux scientifiques et des études cliniques exceptionnels.

Lauréates et lauréats des dernières années

- 2025** Lilian Salm, Berne
- 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

Le Prix Felix Largiadèr 2026 sera décerné lors du Swiss Visceral Summit, le 5 novembre 2026 à Aarau.



À chacun les honneurs qu'il mérite : le président Markus K. Müller (à g.) et le membre du comité Guido Beldi félicitent Lilian Salm pour l'obtention du Prix Felix Largiadèr.

« Ce qui me passionne particulièrement, c'est de trouver les questions directement au bloc opératoire, puis d'y répondre au laboratoire – et inversement. »

Félicitations pour le Prix Felix Largiadèr, Dre Salm ! Quelle est l'importance de cette distinction pour votre parcours scientifique et clinique ?

Ce prix compte beaucoup pour moi, car il récompense précisément ce qui me tient à cœur : le lien entre la pratique chirurgicale et la recherche fondamentale. En tant que chirurgienne également active en laboratoire, j'évolue entre deux univers. Cette distinction montre que la recherche fondamentale en chirurgie est reconnue et m'encourage à poursuivre cette voie.

Votre travail primé porte sur les mécanismes de la cicatrisation. D'où vous vient cet intérêt ?

Comme chirurgienne, je suis confrontée chaque jour aux conséquences des troubles de la cicatrisation. Après une intervention parfaitement réalisée, il arrive malgré tout que le corps ne guérisse pas correctement. Comprendre pourquoi m'a toujours fascinée. La cicatrisation est un processus complexe, activement orchestré par le système immunitaire.

En quoi la découverte du rôle endocrinien des macrophages péritonéaux pourrait-elle influencer la pratique clinique ?

À court terme, cette découverte ne modifiera pas encore la pratique, car nos résultats doivent être confirmés par d'autres études. À moyen terme, la fibronectine pourrait devenir un biomarqueur permettant d'identifier précocement les patients à risque de complications. À plus long terme, ces

travaux ouvrent la voie à de nouvelles approches thérapeutiques.

Votre recherche relie science fondamentale et chirurgie clinique. Qu'est-ce qui vous passionne dans cette approche ?

Les questions naissent directement au bloc opératoire et trouvent leurs réponses au laboratoire, puis reviennent au chevet des patients. La chirurgie apporte les problèmes cliniques, l'immunologie les outils pour les comprendre. Ce va-et-vient entre recherche et pratique est ce qui me motive le plus.

Vous indiquez sur le site de Swiss Knife que vous aimez coudre pendant votre temps libre. Un homme avouerait sans doute plus rarement un tel passe-temps. Êtes-vous une représentante typique de la « chirurgie au féminin » ?

À vrai dire, la couture et la chirurgie ont beaucoup en commun : toutes deux exigent de la précision, de la patience et un véritable savoir-faire. Une bonne suture n'est ni masculine ni féminine : elle est simplement précise.

UNE RECHERCHE QUI FAIT LA DIFFÉRENCE

L'excellence scientifique était également au cœur de l'Annual Meeting 2026 du Swiss College of Surgeons (SCS). Organisé du 10 au 12 juin 2026 au KKL de Lucerne, le congrès a réuni des chirurgiennes et chirurgiens venus de toute la Suisse autour du thème « The Surgical Collective: Joining Forces for Progress ». Avec un total de 351 résumés soumis, dont 224 dans le domaine de la chirurgie viscérale, cette manifestation a offert un aperçu impressionnant de la capacité d'innovation et de l'activité de recherche de notre spécialité.

Le prix SSCV du meilleur poster, doté de 1 000 francs, a été décerné à l'équipe de recherche composée d'E. Zhu, R. Hadorn, V. Pittet, A. Schoepfer et D. Hahnloser, de Lausanne et Sion, pour le travail intitulé :

« Ileocecal Resections for Crohn's: Predictive Value of Resection Margins on the Risk of Re-surgery in the Swiss IBD Cohort ».

Dans cette étude de cohorte, les auteurs ont analysé les données de 82 patientes et patients atteints de la maladie de Crohn après une résection iléo-cæcale. Au terme d'un suivi médian de huit ans, ils ont montré que des marges de résection positives au niveau de l'intestin grêle étaient associées à un risque accru de récurrence chirurgicale et, par conséquent, à une nouvelle intervention. En revanche, aucun lien n'a pu être établi avec les récurrences endoscopiques.

L'étude a par ailleurs mis en évidence des lacunes dans la documentation des résultats anatomopathologiques : d'importants facteurs de risque étaient souvent consignés de manière incomplète ou non standardisée. Les auteurs recommandent dès lors une standardisation des comptes rendus anatomopathologiques afin de permettre une évaluation plus précise du risque de récurrence postopératoire et d'optimiser le suivi des patientes et des patients.

La SSCV adresse ses plus chaleureuses félicitations aux lauréates et lauréats pour cet excellent travail.

Nous remercions tout particulièrement Johnson & Johnson pour son généreux soutien à ce prix. Nous remercions également l'ensemble des autrices et auteurs des Visual Abstracts soumis pour leur remarquable engagement. La recherche est et demeure un moteur indispensable du progrès, de la qualité et de l'innovation en chirurgie viscérale. Le nombre élevé ainsi que l'excellente qualité des travaux présentés lors du SCS Annual Meeting 2026 témoignent avec éloquence du dynamisme et de l'esprit d'innovation de la communauté scientifique de notre discipline.





De gauche à droite : Prof. Dr méd. Markus K. Müller, président de la SSCV ; Dre méd. Fariba Abbassi, membre du comité de la SSCV et du jury du prix ; Prof. Dr méd. Dieter Hahnloser, membre du comité de la SSCV et médecin-chef du CHUV Lausanne ; Prof. Dr méd. Stefan Holland-Cunz, président du SCS et président du congrès. La lauréate Emilie Zhu n'a malheureusement pas pu être présente lors de la cérémonie.



RETOUR EN MHS : COMMENT RÉUSSIR SON COME-BACK

Créez des critères clairs de réintégration ! Depuis des années, la SSCV formule cette exigence, qui est jusqu'à présent restée sans écho sur le plan politique. Pourtant, il apparaît de plus en plus clairement comment des hôpitaux privés d'un mandat de prestations MHS peuvent retrouver leur place parmi les centres de référence. Pour réintégrer le cercle exclusif de la médecine hautement spécialisée, l'excellence médicale ne suffit pas : il faut également de l'habileté juridique, des soutiens politiques, une persévérance stratégique et une solide résistance. Un exemple zurichois montre comment un tel retour peut réussir. Une véritable leçon en cinq actes

Prologue

Nombreux sont ceux qui se sentent appelés, mais rares sont les élus ! En 2018, vingt hôpitaux et cliniques déposent leur candidature pour obtenir le mandat de prestations relatif aux résections de l'œsophage. Début 2019, l'organe de décision MHS annonce quelles sont les huit institutions qui bénéficieront, à compter du 1er août 2019, d'un mandat de prestations valable pour une durée de six ans :

- St. Claraspital Bâle
- Inselspital Berne
- Hôpital cantonal de Lucerne
- Hôpital cantonal de Saint-Gall
- CHUV Lausanne
- Hirslinden Klinik Zurich
- Stadtspital Triemli Zurich
- Hôpital universitaire de Zurich

« Les candidats non retenus recevront une décision individuelle susceptible de recours », écrit la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) dans son communiqué de presse. Plusieurs établissements qui n'ont pas obtenu de mandat introduisent ensuite un recours. Grâce à l'effet suspensif de ces recours, ils sont néanmoins autorisés à continuer de pratiquer des interventions sur l'œsophage.

Premier acte

Après un recours rejeté par le Tribunal administratif fédéral, l'Hôpital cantonal de Winterthour (KSW) perd définitivement, en février 2023, son mandat de prestations MHS pour les interventions sur l'œsophage. L'hôpital continue néanmoins à pratiquer ces interventions. Cela n'est pas interdit. En effet, le jugement signifie uniquement qu'il ne peut plus les

facturer à l'assurance-maladie ni au canton. En d'autres termes, de mars 2023 au printemps 2024, le KSW a lui-même pris en charge les coûts des opérations de l'œsophage. En mars 2026, le KSW a déclaré à la Neue Zürcher Zeitung (NZZ) que la direction de l'hôpital avait alors « stratégiquement décidé de générer un plus grand nombre de cas afin de pouvoir déposer une candidature pour un mandat de prestations en 2025 ». Selon l'hôpital, cette démarche était « économiquement défendable » et était également connue de la Direction de la santé du canton de Zurich.

Deuxième acte

Lorsque cette manière de procéder est rendue publique, la directrice zurichoise de la santé, Nathalie Rickli, semble prendre peur. « Dans son rôle de représentante du propriétaire », elle ordonne au KSW, au printemps 2024, de cesser ces interventions, ce que l'hôpital fait effectivement. « Rickli a donc fini par intervenir », résume la NZZ. « Ce qui est toutefois piquant, c'est qu'elle a attendu une année avant de le faire. » Au printemps 2024, cette décision n'avait en effet plus d'incidence sur la nouvelle candidature du KSW à un mandat de prestations. Pour les volumes minimaux de cas, déterminants en la matière, seule la période comprise entre le 1er janvier 2021 et le 31 décembre 2023 était prise en compte. Le KSW a donc pu se conformer à l'instruction donnée par Nathalie Rickli au printemps 2024 sans véritable conséquence : « Cela nourrit le soupçon que Rickli a laissé le KSW poursuivre son activité aussi longtemps que nécessaire, malgré les pertes que cela impliquait », conclut la NZZ. ►

Troisième acte

L'article de la Neue Zürcher Zeitung (NZZ) se fonde sur une prise de position que la SSCV a adressée, le 5 février 2026, à l'organe spécialisé MHS ainsi qu'à la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS). Il s'agit de la prise de position relative à l'attribution envisagée des mandats de prestations dans le domaine MHS « Chirurgie viscérale hautement spécialisée complexe – sous-domaines des résections de l'œsophage, du pancréas et du foie chez l'adulte ». Celle-ci est publiée sur le site Internet de la SSCV (www.viszeralchirurgie.ch).

Dans ce courrier, le Prof. Dr méd. Markus Müller, président de la SSCV, et le membre du comité, le Prof. Dr méd. Dieter Hahnloser, président du groupe d'accompagnement MHS en chirurgie viscérale, formulent deux revendications.

Premièrement, au nom de la SSCV, ils demandent « la vérification et la publication des critères ayant servi de base aux décisions ainsi qu'une motivation compréhensible des décisions concernant les centres nouvellement inscrits sur la liste des attributions ».

Deuxièmement, ils plaident en faveur d'une révision urgente de la procédure d'attribution : « La configuration actuelle du délai de consultation, la période s'écoulant jusqu'à l'attribution définitive ainsi que la possibilité d'introduire des recours (assortis d'un effet suspensif), dont le traitement par

les tribunaux administratifs est disproportionnellement long et varie selon les régions linguistiques, entraînent une insécurité considérable dans la prise en charge de la chirurgie viscérale en Suisse. »

Une réglementation fiable et continue de la chirurgie viscérale hautement spécialisée n'est ainsi, à plusieurs reprises, pas garantie. « Cette situation devra impérativement être évitée à l'avenir grâce à une planification plus prospective. »

Épilogue

Alors que la SSCV appelle à davantage de dynamisme, les autorités freinent le processus. À ce jour, hormis un accusé de réception de son courrier du 5 février 2026, la SSCV n'a reçu aucune réaction de la Maison des cantons à Berne. La revendication également formulée dans une publication sur LinkedIn – « Attribution des mandats MHS : davantage de transparence, s'il vous plaît ! » – demeure donc un vœu pieux. Pendant ce temps, les hôpitaux et cliniques suivants se réjouissent de bénéficier d'un mandat de prestations pour les résections de l'œsophage pour une nouvelle période de six ans :

- Hirslanden Klinik Beau-Site, Berne
- St. Claraspital Bâle
- Inselspital Berne
- Hôpital cantonal de Winterthour
- Hôpital cantonal de Saint-Gall
- CHUV Lausanne
- Hirslanden Klinik Zurich
- Stadtspital Triemli Zurich
- Hôpital universitaire de Zurich

Pour conclure, citons une nouvelle fois la Neue Zürcher Zeitung : « L'Hôpital cantonal de Winterthour semble certes avoir trouvé une porte dérobée pour réintégrer le système, mais il peut difficilement servir de modèle à tous les hôpitaux consistant à pratiquer, pendant un certain temps, des opérations à leurs propres frais. » Pourquoi, au fond, n'en serait-il pas ainsi ?

« Les procédures actuelles d'attribution des mandats et les possibilités de recours entraînent une insécurité considérable dans la prise en charge de la chirurgie viscérale en Suisse. »

Publication LinkedIn de Medinside

« Médecine hautement spécialisée : une répartition curieusement favorable à Zurich »



Hochspezialisierte Medizin HSM: Vier von zehn Zentren – in einem einzigen Kanton.
 ? Die Gesellschaft für Viszeralchirurgie [Swiss Visceral Surgeons SGVC/SSCV](#) fordert mehr Transparenz bei der Vergabe von Leistungsaufträgen in der hochspezialisierten Medizin. Hintergrund ist die laufende Neubeurteilung komplexer Eingriffe an Speiseröhre, Pankreas und Leber.
<https://lnkd.in/ef6hicsg>



Hochspezialisierte Medizin: Eigenartig zürichlastig
 medinside.ch

L'attribution des mandats de prestations MHS pour les résections de l'œsophage a suscité une vive controverse. Le portail en ligne Medinside s'est emparé du sujet. Sur LinkedIn, où le portail compte près de 30 000 abonnés, de nombreux commentaires ont été publiés. Nous en reproduisons ci-dessous deux particulièrement marquants :

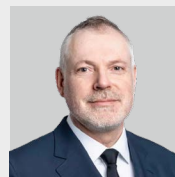
Lisez l'article complet
 sur Medinside :



« Il est plus qu'étonnant que l'absence de procédure permettant une réintégration dans le système MHS fonctionne soudainement dans le cas d'un hôpital zurichois. Et cela dans un canton où une surcapacité pour ce type d'interventions existe déjà. Il faudrait être bien naïf pour ne pas se demander si cela pourrait avoir un lien avec les personnes qui composent le cercle très fermé de la MHS. Quoi qu'il en soit, toutes mes félicitations à l'Hôpital cantonal de Winterthour. Peut-être nous révélera-t-il un jour le secret de la manière dont une réintégration dans le système MHS peut réussir. »

Adrian Schmitter

Président du Conseil d'administration
 de l'Insel Gruppe



« Lorsque la rareté et la complexité sont définies selon des critères peu compréhensibles, que les données de qualité sont remplacées par des volumes minimaux de cas et que les nouvelles évolutions sont ignorées pendant des années, on est en droit de se demander si le système actuel de la MHS répond encore à ses propres exigences. Le fait que des modèles de coopération plus flexibles soient simultanément à peine autorisés, alors qu'ils pourraient bénéficier aux patientes et aux patients, renforce encore cette impression. En tout état de cause, la transparence et la traçabilité des décisions ont une tout autre apparence. »

Hugo Keune

CEO de l'Hôpital cantonal des Grisons

EXAMENS ET FORMATION APPROFONDIE EN CHIRURGIE VISCÉRALE

27

examens de la formation approfondie en chirurgie viscérale ont été organisés par la SSCV depuis le 1^{er} juillet 2025. Parmi les candidates et candidats qui s'y sont présentés, 25 ont réussi l'examen. Un nombre correspondant d'examinatrices et d'examineurs, ainsi que le secrétariat de la SSCV (organisation), ont été mobilisés, à savoir (par ordre alphabétique) :

Adamina Michel, Banz Vanessa, Beldi Guido, Breitenstein Stefan, De Lorenzi Diego, Donadini Andrea, Faes Seraina, Gass Jörn-Markus, Gelpke Hans, Grieder Felix, Gutknecht Stefan, Hahnloser Dieter, Hauswirth Fabian, Keerl Andreas, Kettelhack Christoph, Kraus Rebecca, Lehmann Kuno, Limani Pérparim, Matter Maurice, Mattiello Diana, Metzger Jürg, Michel Jean-Marie, Müller Beat, Müller Markus, Nebiker Christian, Nocito Antonio, Ochsner Alex, Peterli Ralph, Petrowsky Henrik, Pfefferkorn Urs, Probst Pascal, Ris Frédéric, Rosenberg Robert, Sander Peter, Sauvain Marc-Olivier, Schäfer Markus, Scheiwiller Andreas, Schiesser Marc, Schlüchter Roger, Schmid Roger, Schnüriger Beat, Toso Christian, Turina Matthias, Uldry Emilie, Vetter Diana, Viehl Carsten, Weber Markus, Wildi Stefan, Zingg Urs.

82

formations approfondies en chirurgie viscérale ont été délivrées par la SSCV depuis le 1^{er} juillet 2024, dont :

- 57 selon la procédure ordinaire
- selon les dispositions transitoires



Informations complémentaires :
www.viszeralchirurgie.ch

► Recertification – Ce qu'il faut savoir

La formation approfondie en chirurgie viscérale doit désormais être recertifiée au plus tard tous les cinq ans, pour la première fois d'ici au 30 juin 2029. La demande doit être déposée par la titulaire ou le titulaire du titre. À défaut de recertification, la formation approfondie est radiée des registres. Les personnes titulaires d'un diplôme de formation continue de la SSC bénéficient *automatiquement* de la recertification de la formation approfondie en chirurgie viscérale. Depuis le 1^{er} juillet 2024, la gestion administrative du titre de formation approfondie n'est plus assurée par l'ISFM, mais par le secrétariat de la SSCV.



De gauche à droite : Prof. Dr méd. Othmar Schöb (responsable du centre de formation postgraduée), Dr méd. Markus Gass (expert), Dr méd. Diego De Lorenzi (expert principal), **Dre méd. Liane Plath (titulaire de la formation approfondie)** et Prof. Dr méd. Christoph Kettelhack (expert).



De gauche à droite : Prof. Dr méd. Guido Beldi (expert principal), Prof. Dr méd. Frédéric Triponez (responsable de la chirurgie endocrinienne), **Dre méd. Valentine Luzuy-Guarnero (titulaire de la formation approfondie)**, Dr méd. Roger Schmid (expert) et Prof. Dr méd. Carsten Thomas Viehl (expert).



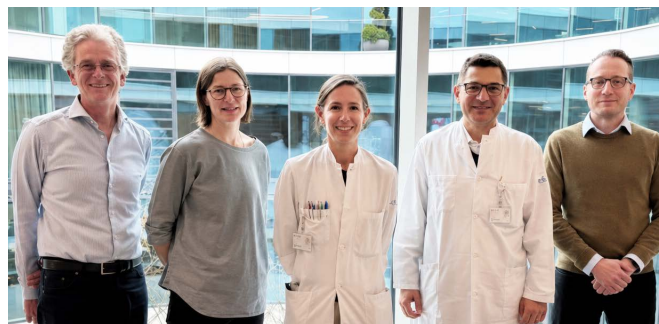
De gauche à droite : PD Dre méd. Seraina Faes (experte), **Dr méd. Andrea Peloso (titulaire de la formation approfondie)**, Prof. Dr méd. Maurice Matter (expert), Prof. Dr méd. Dieter Hahnloser (expert principal) et Prof. Dr méd. Christian Toso (responsable du centre de formation postgraduée).



De gauche à droite : Prof. Dr méd. Marc Schiesser (expert), Prof. Dr méd. Markus K. Müller (expert principal), **Dre méd. Sofia Teixeira da Cunha (titulaire de la formation approfondie)**, Prof. Dr méd. Robert Rosenberg (responsable du centre de formation postgraduée) et Dr méd. Peter Sander (expert).



De gauche à droite : Prof. Dr méd. Markus Weber (responsable du centre de formation postgraduée), Dr méd. Felix Grieder (expert), **Dre méd. Corinne Diefenbacher-Rihak (titulaire de la formation approfondie)**, PD Dre méd. Diana Vetter (experte principale) et Dr méd. Andreas Keerl (expert).



De gauche à droite : Prof. Dr méd. Christoph Kettelhack (expert), PD Dre méd. Diana Vetter (experte principale), **Dre méd. Juliette Sliker (titulaire de la formation approfondie)**, Prof. Dr méd. Antonio Nocito (responsable du centre de formation postgraduée) et Prof. Dr méd. Kuno Lehmann (expert).

IL ÉTAIT UNE FOIS... UN CONGRÈS À INTERLAKEN

Après plus de vingt années de congrès commun, les représentants de la gastroentérologie et de la chirurgie viscérale ont constaté qu'ils avaient certes participé au même congrès, mais qu'ils n'entretenaient manifestement pas la même relation. La chronique qui suit ne prétend ni à l'exhaustivité ni à l'objectivité. Elle raconte simplement l'histoire d'« Interlaken » telle qu'elle est restée dans la mémoire des chirurgiennes et des chirurgiens.

Il était une fois... une belle idée.

Les gastroentérologues et les chirurgiennes et chirurgiens viscéraux devaient se rencontrer. Ensemble. Dans un esprit interdisciplinaire. D'égal à égal. Les uns regardaient à l'intérieur de l'intestin, les autres l'ouvraient au bistouri. Ils se complétaient admirablement.

L'idée était si bonne qu'une session commune donna rapidement naissance à un congrès commun. Année après année, on se retrouvait. Le congrès grandissait. Le nombre de participantes et de participants augmentait. L'industrie manifestait son intérêt et renforçait sa présence. Les abstracts se multipliaient. « Interlaken » devint un rendez-vous incontournable du calendrier annuel.

Nous, chirurgiennes et chirurgiens viscéraux, trouvions cela formidable.

C'est pourquoi nous revenions chaque année. Nous amenions des conférencières et des conférenciers. Nous apportions des prix. Nous avons transféré notre assemblée générale à Interlaken.

Nous encourageons les jeunes collègues à participer. Nous faisons la promotion du congrès. En bref, nous nous comportons comme si nous faisons partie intégrante de l'ensemble.

Ce fut manifestement notre première erreur. Car, à un moment donné, les gastroentérologues se rendirent compte que nous étions réellement présents. Soudain, il fut question d'un « congrès dans le congrès ». De trop nombreuses sessions chirurgicales. D'une autonomie chirurgicale excessive. De trop de chirurgie, tout simplement.

Nous avons été surpris.

Lorsqu'une personne participe à une fête pendant près de vingt ans, aide à son organisation, amène des invités, contribue à l'ambiance et à la musique, puis participe encore au rangement, elle ne s'attend généralement pas à entendre un jour qu'elle n'a, au fond, jamais été qu'une invitée étonnamment durable. Tolérée plutôt qu'appréciée.

Et pourtant, c'est exactement ce qui s'est passé.

Chronologie

2001

Création du congrès commun à Interlaken.

2008

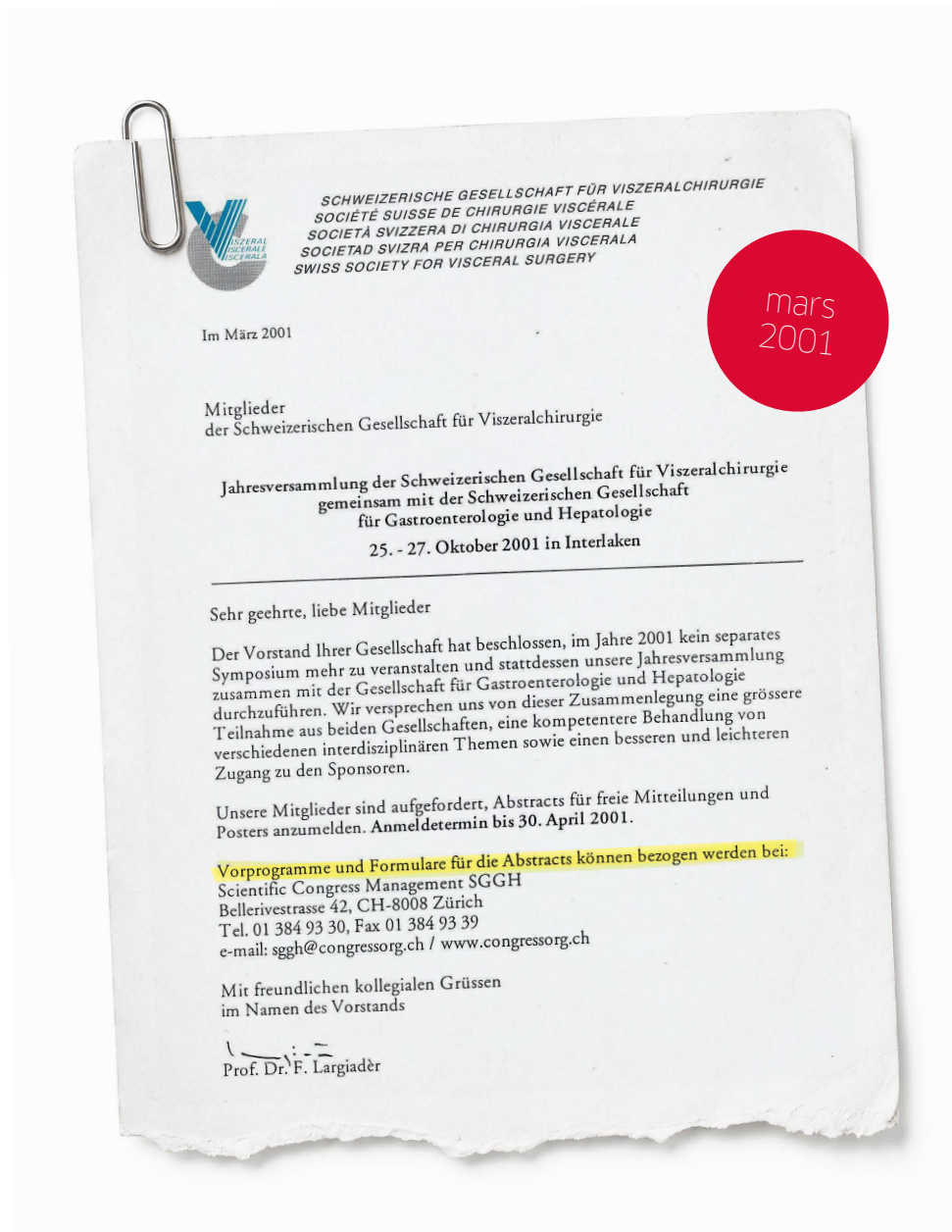
Congrès annuel commun de la SSG - SSCV - SASL.

2021

Assemblée générale de la SSCV dans le cadre du congrès commun.

2025

Conflit autour de la participation et de la reconnaissance.



En février 2025, nous avons reçu un courrier.

Nous y avons appris qu'au cours des années précédentes, nous n'avions apparemment pas été des partenaires, mais des bénéficiaires. Les bénéfices du congrès n'avaient en réalité jamais été nos bénéfices. Les sponsors n'avaient en réalité jamais été nos sponsors. L'histoire de ce succès n'avait, en réalité, jamais été une réussite commune.

L'aspect temporel était particulièrement remarquable. Pendant près de vingt ans, personne ne semblait avoir remarqué que ce modèle pouvait poser problème. Puis, soudainement, notre participation aux bénéfices est devenue « rétrospectivement incompréhensible ».

Une formulation fascinante. Elle signifie à peu près ceci : « Pendant des années, nous avons procédé exactement de cette manière. Aujourd'hui, nous estimons qu'à l'époque nous aurions dû agir autrement. C'est pourquoi nous modifions maintenant rétroactivement les règles... pour vous. »

décembre
2024

3. Dezember 2024
SGG-SGVC-SASL-Kongress: Hotelkontingente

Sehr geehrte Frau Kaufmann
Bereits seit vielen Jahren ist die Schweizerische Gesellschaft für Viszeralchirurgie Teil des SGG-SGVC-SASL-Kongress sowie des wissenschaftlichen Komitees.

Der SGG-SGVC-SASL-Kongress wurde während dieser Zeit für unsere Gesellschaft zum wichtigsten Schweizer Kongress.
(...)



4. Februar 2025
Jahreskongress

Sehr geehrter Herr Professor Müller
Wir wenden uns an Sie bezüglich der Organisation und der allgemeinen Rahmenbedingungen des seit Jahren gemeinsam durchgeführten Jahreskongresses. Wir möchten in diesem Schreiben einige uns wichtige Punkte und Anliegen thematisieren.

2. Finanzen

[...] De facto ergibt sich daraus eine Quersubventionierung von der SGG/SASL zugunsten der SGVC. Dass bei dieser Schieflage über Jahre trotzdem auch eine Gewinnbeteiligung an die SGVC ausgeschüttet wurde, erscheint uns **rückblickend unverständlich**.
[...]

février
2025

Ce fut une complication inattendue. Nous avons cherché des solutions. Après tout, nous sommes chirurgiennes et chirurgiens. Nous opérons aussi les cas difficiles.

Nous nous sommes donc rencontrés.

À Berne. Au Schweizerhof. Avec des ordres du jour. Avec une documentation abondante. Avec des formulations courtoises. Avec un dîner en commun. Les discussions ont commencé.

Nous avons expliqué pourquoi nous avons toujours considéré ce congrès comme un projet commun. L'autre partie a expliqué pourquoi nous n'aurions jamais dû le considérer comme un projet commun.

Nous avons parlé de visions d'avenir. L'autre partie a parlé de centres de coûts.

Nous avons parlé d'interdisciplinarité. L'autre partie de subventionnement croisé

Nous avons parlé de partenariat. L'autre partie de chambres d'hôtel.

Les chambres d'hôtel sont finalement devenues le symbole de ce conflit. On aurait pu croire que nous avions tenté de prendre le contrôle du Victoria-Jungfrau. En réalité, il ne s'agissait que d'une poignée de chambres destinées aux membres du comité et aux invités (même si, dans l'histoire des conflits internationaux, des affrontements bien plus importants ont déjà éclaté pour des motifs encore plus insignifiants).



10. Juni 2026
Ihr Schreiben vom 2. April 2026

[...]
Der Vorstand der SGVC hat an seiner heutigen Sitzung entschieden, **die Angelegenheit nicht auf dem Rechtsweg weiterzuverfolgen**.
[...]

Wir erwarten aus diesem Grund, dass die uns noch zustehenden CHF 12 750.- im Namen unserer beiden Gesellschaften der gemeinsam wichtigen Patientenorganisation Crohn Colitis Schweiz gespendet werden.

Freundliche Grüsse
Schweizerische Gesellschaft für Viszeralchirurgie

Prof. Dr. med. Markus Müller
Präsident SGVC

PD Dr. med. Diana Vetter
Vize-Präsidentin SGVC

juin
2026

Malgré d'innombrables divergences, un terrain d'entente a finalement été trouvé : nous voulions essayer encore une fois de poursuivre cette aventure ensemble.

Pour 2026, un nouveau format de congrès a été élaboré. Notre présidence, composée de Markus Müller et Diana Vetter, a consacré beaucoup de temps à l'élaboration d'un programme commun.

La veille du congrès 2025, les comités des deux sociétés se sont réunis au Victoria-Jungfrau.

L'entretien n'a guère duré plus d'une minute et a eu l'effet d'une douche froide : on nous a annoncé qu'à partir de 2026, il n'y aurait plus de congrès commun. Notre président, Markus Müller, a ensuite dû communiquer lui-même cette nouvelle à nos membres dans son discours de bienvenue.

Le congrès lui-même s'est ensuite déroulé dans une atmosphère étonnamment harmonieuse. Le véritable dénouement est venu plus tard.

Après avoir mobilisé nos membres, invité les conférencières et les conférenciers, rempli nos engagements et contribué au succès du congrès...

... nous avons appris que notre participation au bénéfice allait effectivement être supprimée.

Les raisons invoquées changeaient constamment : tantôt les finances, tantôt l'organisation, tantôt les spon-

sors, tantôt les sessions, tantôt des lettres critiques de membres, tantôt des flyers, tantôt les chambres d'hôtel, tantôt la position de la lune (d'accord, ce dernier point est inventé ; tous les autres, en revanche, sont bien réels).

On avait parfois l'impression que le diagnostic avait déjà été posé et que l'on cherchait simplement les éléments susceptibles de le confirmer.

D'autres lettres ont suivi. Puis d'autres réponses. Puis d'autres séances. Puis encore davantage de procès-verbaux. Si la preuve scientifique de l'immortalité du papier a un jour été apportée, c'est probablement dans ce dossier.

Une fois, un décompte du congrès est finalement apparu. Il faisait état d'un bénéfice.

Selon le modèle de répartition appliqué jusque-là, une partie de ce bénéfice aurait dû revenir à la SSCV. On nous en a proposé la moitié. En Suisse, on appelle cela un compromis. Surtout lorsque seule l'une des parties est surprise.

À un moment donné, toutes les personnes concernées ont compris qu'il n'était depuis longtemps plus question d'argent. Ni de participation au bénéfice. Ni de chambres d'hôtel. Ni de sponsors. Ni de cordons porte-badges. Pas même de traduction simultanée. Il s'agissait de quelque chose de bien plus fondamental :

À qui appartient une histoire à succès construite ensemble ?

À celles et ceux qui l'ont fondée ? À celles et ceux qui l'ont organisée ? Ou à celles et ceux qui l'ont fait grandir ensemble ?

Nous avons finalement décidé de renoncer à toute procédure judiciaire. Non pas parce que nous avons changé de conviction ou que nous estimions nos chances de succès insuffisantes. Mais parce que nos membres préfèrent opérer plutôt que plaider. C'est peut-être précisément là que réside la véritable leçon de cette histoire.

La chirurgie viscérale souhaitait un congrès commun. La gastroentérologie souhaitait un congrès de gastroentérologie avec une participation de la chirurgie.

Pendant deux décennies, les deux parties ont cru partager la même réalité. Jusqu'au jour où quelqu'un s'est mis à lire les notes de bas de page. Que reste-t-il ?

La conviction que l'interdisciplinarité est bien plus qu'un simple point du programme entre la pause-café et le dîner de gala. L'espoir que les deux sociétés de discipline médicale concentreront un jour à nouveau davantage leurs efforts sur ce qui les unit que sur ce qui les sépare.

Car même la meilleure anastomose ne tient que si les deux côtés veulent réellement se rejoindre.

LE NOUVEAU CONGRÈS NATIONAL DE LA SSCV

Avec le lancement du Swiss Visceral Summit, la SSCV franchit une étape importante pour renforcer davantage la spécialité. Ce nouveau congrès national annuel se tiendra pour la première fois le 5 novembre 2026 au Centre de la culture et des congrès d'Aarau et a pour vocation de devenir la plateforme nationale de référence pour la science, la formation postgraduée et continue ainsi que le réseautage au sein de la chirurgie viscérale suisse.

Save the date
5.11.2026



Pour s'inscrire :
www.swissvisceralsummit.meister-concept.ch

Échanges scientifiques

La chirurgie viscérale occupe une place de plus en plus importante parmi les disciplines chirurgicales. En tant que société de discipline médicale comptant près de 550 membres issus de toutes les régions linguistiques et de tous les niveaux de prise en charge en Suisse, la SSCV poursuit l'objectif de contribuer activement au développement de la spécialité et de promouvoir les échanges entre la pratique clinique, la recherche et la formation postgraduée.

Le Swiss Visceral Summit réunit ces ambitions dans un nouveau format de congrès. Le programme scientifique offre une vue d'ensemble des développements actuels en chirurgie viscérale et associe l'excellence scientifique à une formation continue axée sur la pratique. En 2026, un accent particulier sera mis sur le domaine « Lower GI », qui sera traité de manière approfondie dans le cadre des modules établis de la formation approfondie. Le programme est complété par des sessions spécialisées des groupes d'intérêt ainsi que par des contributions issues de la recherche et de la pratique clinique.

Dès cette première édition, la SSCV a réussi à réunir de nombreuses expertes et de nombreux experts nationaux et internationaux de renom en qualité de présidentes, présidents et de conférencières, conférenciers. L'un des temps forts du congrès sera la Keynote Lecture du Dr Danilo Miskovic (Londres), expert de renommée internationale en chirurgie colorectale laparoscopique et robotique. Sous le titre « The Path to Full Robotics – Champagne Ideas on

an NHS-Budget? », il présentera les développements actuels ainsi que les perspectives d'avenir de la chirurgie robotique.

Promotion de la relève

La promotion de la relève chirurgicale revêt également une importance particulière. Les meilleures contributions scientifiques soumises seront sélectionnées pour concourir au prestigieux Prix Felix Largiadèr. En outre, le Poster Award de la SSCV ainsi qu'un Award du Groupe d'intérêt Coloproctologie Suisse seront décernés. Par ailleurs, le congrès est reconnu comme congrès annuel dans le cadre du programme de formation approfondie en chirurgie viscérale et peut être pris en compte au titre des participations aux congrès exigées.

« Le progrès naît là où les connaissances sont partagées et les expériences échangées. »

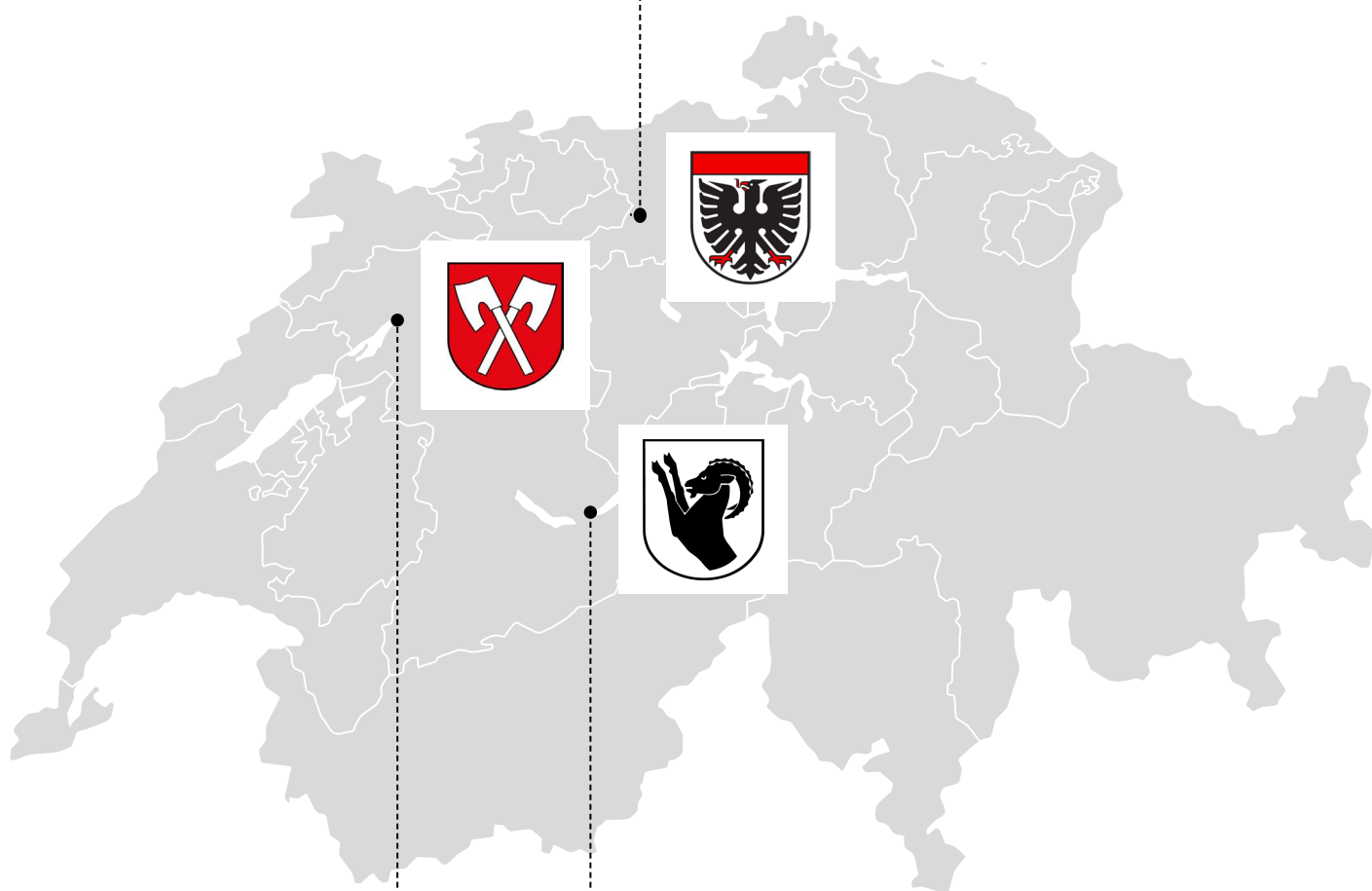
Avec le Swiss Visceral Summit, la SSCV crée une nouvelle plateforme nationale d'échanges qui met en valeur l'excellence scientifique de la spécialité, favorise les échanges professionnels et renforce durablement la chirurgie viscérale en Suisse

Nous nous réjouissons de vous accueillir !

Avec le Swiss Visceral Summit, la SSCV lance un nouveau format de congrès. En 2027, cette manifestation devrait vraisemblablement se tenir à Bienne/Biel.

2026

Aarau



2027

Biel/Bienne (tbc)

2025

Interlaken

« AIDER LES GENS EST TOUJOURS PORTEUR DE SENS. »



Elisabeth Baume-Schneider
Conseillère fédérale et cheffe du
Département fédéral de l'intérieur (DFI)

« Les patientes et
les patients doivent
être au cœur des
préoccupations. »

En tant que Conseillère fédérale responsable de la santé, vous êtes en contact avec de nombreuses parties prenantes. Que pensez-vous des chirurgiens ?

J'attache une grande importance à maintenir des contacts très réguliers avec tous les acteurs du domaine de la santé, des hôpitaux aux organisations de patients en passant par les pharmacies, les caisses-maladie, le personnel infirmier, l'industrie pharmaceutique et, bien-sûr, le corps médical, toutes disciplines confondues. Chaque organisation promeut ses valeurs et défend ses intérêts, ce qui est légitime, et le dialogue est intense. Les chirurgiens ne font pas exception.

Les questions financières – ou plus précisément la problématique des coûts – monopolisent souvent les débats sur la politique sanitaire. Selon vous, quel autre aspect est trop souvent relégué au second plan ?

En matière de politique de santé, toute action devrait être guidée par une question simple : en quoi profite-t-elle concrètement aux patientes et aux patients ? À mes yeux, ce sont eux qui devraient être au cœur des préoccupations, alors qu'ils sont malheureusement trop souvent relégués au second plan. Et lorsqu'on parle des coûts de la santé, il ne faut pas perdre de vue l'excellente qualité et l'accessibilité de notre système de santé, de même que la confiance que lui accorde la population. Selon l'OCDE, neuf personnes sur dix en sont satisfaites en Suisse.

Le corps médical réclame à cor et à cri une réduction de la bureaucratie. Quelles sont, selon vous, les pistes concrètes pour répondre à cette demande ?

C'est précisément l'objectif de l'initiative que j'ai lancée pour identifier les sources de surcharge administrative. Nous avons besoin de transparence pour permettre aux différents milieux concernés de prendre des mesures pour réduire cette charge. Au moment où je vous réponds, une étude coordonnée par l'OFSP est en cours. Dans ce cadre, des chercheurs observent le travail des médecins et mesurent le temps consacré aux tâches administratives. Cela permettra d'évaluer l'ampleur de ce travail, mais aussi de faire la distinction entre les tâches administratives utiles et les charges inutiles. Il est essentiel que les professionnels de la santé puissent se consacrer au mieux à leurs patientes et patients.

Vous êtes Jurassienne et connaissez les défis auxquels sont confrontées les régions périphériques. Comment évaluez-vous la centralisation croissante des prestations médicales, en particulier dans le domaine de la médecine hautement spécialisée (MHS) ?

La planification hospitalière est de la compétence des cantons ; je leur fais confiance pour trouver des solutions utiles à l'échelle régionale et observe avec attention la dynamique dans ce domaine. Il est clair qu'une certaine centralisation de la médecine spé-

cialisée est pertinente, tant en ce qui concerne la qualité des prestations médicales que du point de vue économique. L'expérience montre d'ailleurs que, lorsqu'ils font face à un problème de santé significatif, les habitants des régions périphériques apprécient une prise en charge dans les hôpitaux universitaires ou les structures plus grandes que leurs hôpitaux de proximité.

À l'automne prochain, la présidence de la SSCV devrait revenir pour la première fois à une femme. Dans quelle mesure la féminisation croissante de la médecine a-t-elle une influence sur le système de soins ?

Femmes et hommes ont leur place en médecine comme dans toutes les professions. Peut-être que la féminisation conduit à des améliorations en matière d'égalité salariale et de conciliation entre vie familiale et vie professionnelle. Je souhaite qu'une meilleure représentation des femmes en médecine contribue à mettre un terme aux biais de genre qui péjorent aujourd'hui encore la prise en charge médicale des femmes.

Quelles sont les trois raisons qui permettent d'affirmer que la médecine et la chirurgie resteront des formations attractives et prisées dans dix ans ?

- Les dimensions humaniste, éthique, scientifique et technique de la profession et la reconnaissance de la société. Parce qu'aider les gens –

dans votre cas sur le plan médical – est toujours porteur de sens. Et cela prend de plus en plus d'importance dans le monde du travail actuel.

- Parce que vous vous engagez dans ce sens, tout comme les autres organisations professionnelles. Et les autorités – cantonales ou fédérales – sont consciente de la nécessité de préserver un système de santé de qualité.
- Parce que de nouvelles formes d'organisation du travail vont s'affirmer, comme les cabinets de groupes ou le travail en réseau, ce qui renforce l'attractivité de la profession.

Quelles sont vos attentes vis-à-vis de la SSCV et de ses membres ?

Je vous souhaite plein succès dans votre engagement en faveur de votre profession, notamment dans vos efforts visant à promouvoir des formations et des conditions d'exercice attractives, et de trouver dans vos relations avec les patients des satisfactions à la hauteur de vos attentes.

« De nouvelles formes d'organisation du travail vont s'affirmer. »



**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