

BULLETIN

Prendre des décisions pour aller plus loin: Entre possibilités, résultats et limites

| | |
|--|----|
| Éditorial | 2 |
| Thème principal: réflexions sur l'allocation de ressources limitées | 3 |
| Aspects juridiques et médico-éthiques de la surveillance digitale | 6 |
| Réflexion de la CCE sur les fondements de son travail | 7 |
| Prix Robert-Bing 2026: Aiman S. Saab et Eduardo Martin Moraud récompensés | 8 |
| Prix Stern-Gattiker décerné à Alessandra Curioni-Fontecedro | 9 |
| Des données aux connaissances: prestations de SPHN pour la recherche | 10 |
| Symposium «Quels choix pour le système de santé suisse?» | 11 |
| Cochrane Library: renouvellement de la licence pour trois ans | 12 |



Des ressources limitées, vraiment?

Dans ce Bulletin paré de ses nouveaux atours, le Prof. Christoph Meier porte sa réflexion sur l'allocation des ressources «limitées» à disposition de notre système de santé. L'adjectif «limité» fait réfléchir. En effet, on peut le comprendre de façon neutre: la santé, comme l'éducation, la sécurité, la mobilité, a un budget, et donc une limite. Ou nous pouvons être sensibles à la tonalité plus émotionnelle du terme de «limites», qui évoque plutôt l'insuffisance, le manque de ressources.

Alors, la santé a-t-elle un budget? En fait, oui et non. Oui, car la part consacrée à la santé est prévue dans le budget des cantons, mais non, car la part de l'assurance s'adapte en réalité aux dépenses, sans les contraindre ni les déterminer. C'est un peu comme si notre employeur.euse adaptait d'année en année notre salaire à nos dépenses. Et le renchérissement de l'assurance-maladie a un impact direct sur le budget des cantons, par le biais du subventionnement des primes des citoyen.ne.s dont le revenu ne leur permet pas de les payer.

Et les ressources consacrées à la santé en Suisse, sont-elles vraiment limitées? Là encore, oui et non. En comparaison internationale, notre système de santé consacre la même portion de son PIB à la santé que la France, l'Allemagne ou la Suède, soit environ 11 à 12%. Mais les parts respectives des dépenses liées aux soins et à la prévention ne sont clairement pas les mêmes, et notre système est cher pour ce qu'il offre.

La question des choix dans l'allocation des moyens se pose donc de manière aiguë. Ces choix doivent être orientés vers la prévention, et les interventions qui améliorent réellement la qualité de vie des patient.e.s, que ce soit en termes de morbidité ou d'issues plus subjectives, comme le maintien de la fonctionnalité, le soulagement de la douleur, la préservation de la santé mentale ou encore la possibilité de maintenir les liens sociaux. Ce dernier point est d'ailleurs un facteur de longévité désormais reconnu chez nos adultes âgé.e.s. Rejoignez-nous donc le 24 septembre à Berne pour partager vos réflexions à ce sujet.

Sur un tout autre thème, la Commission Centrale d'Éthique (CCE) de l'ASSM s'est penchée sur les moyens de surveillance digitale dans les soins. L'enregistrement continu des signes vitaux aux urgences ou aux soins intensifs ne pose pas de problème éthique particulier. Mais qu'en est-il de la vidéosurveillance, dont l'emploi se généralise, y compris dans les soins de longue durée, notamment pour la prévention et la détection des chutes? Pour celles et ceux d'entre nous qui seront devenu.e.s trop dépendant.e.s pour vivre à domicile, souhaitons-nous vivre les derniers mois ou années de notre 4^e âge sous le regard d'une caméra, même si la justification en est bienveillante? Et même à l'hôpital, acceptons-nous d'être filmé.e.s, voire écouté.e.s, pendant la visite de proches, ami.e.s, conseiller.s.ères spirituel.le.s ou soutiens psychologiques, ou tout simplement lorsque nous nous gratons... le nez?

Le document de la CCE est très riche et mérite une lecture intégrale. J'en résumerai ici trois messages-clé: la vidéosurveillance fait partie des mesures de contrainte et doit être prescrite, justifiée et surveillée comme telle; son usage doit être proportionné à son objectif; et elle ne saurait se substituer à la nécessaire présence humaine auprès des patient.e.s. Bonne lecture!



Arnaud Perrier
Président de l'ASSM

Personnel et finances: réflexions sur l'allocation de ressources limitées

La répartition à l'intérieur du système de santé de ressources financières et en personnel limitées est influencée par des incitations économiques. Celles-ci encouragent souvent les interventions lucratives, tandis que les mesures préventives et efficaces à long terme sont peu favorisées. Pour être pérenne, l'offre de soins doit être axée de manière conséquente sur des résultats pertinents pour les patient.e.s, l'efficacité démontrable des prestations médicales, ainsi qu'une allocation des ressources transparente et fondée sur des données probantes, dans tous les domaines de la santé.

Nous sommes généralement convaincu.e.s que «la vie n'a pas de prix». Pourtant, la réalité est tout autre, et pas uniquement en médecine: jusqu'en 2015, il y avait chaque année 14 collisions frontales avec 2 mort.e.s sur le Golden Gate Bridge. Ce n'est qu'avec l'installation d'un système mobile de séparation des voies que des décès supplémentaires ont pu être évités. La question qui vient alors à l'esprit est: pourquoi ne posons-nous pas de tels systèmes partout, par exemple sur nos routes de montagne? La réponse est, entre autres, purement économique: parce que cela coûterait trop cher, ou plus exactement parce que les priorités sont mises ailleurs lors de la répartition des ressources. Celles-ci sont limitées dans tous les pays et dans tous les domaines de la société. Chaque franc ne peut être dépensé qu'une fois, en Suisse aussi.

La répartition des moyens financiers entre la formation, la culture, la défense et la santé, entre autres, est le résultat de processus de négociation politique. En l'occurrence, les défis géopolitiques du moment constituent une nouvelle menace potentiellement sérieuse pour le financement des systèmes de santé européens.¹ En Suisse, il existe un consensus implicite dans la société sur le fait de consacrer, et donc d'être prêt.e.s à dépenser, 12% du produit intérieur brut pour notre système de santé, alors que dans les pays de l'OCDE, la moyenne se situe autour de 9,3%. Par habitant.e, cela nous place en deuxième position des dépenses les plus élevées du monde, soit USD 10 000 par année, la moyenne au sein de l'OCDE se situe à USD 6 000. La question n'est pas de savoir si c'est trop ou trop peu. Pour nous, prestataires de services en santé, il en résulte le devoir implicite d'offrir à la population le meilleur système de santé possible avec ces moyens-là. Cela ne signifie toutefois pas que dans chaque cas les meilleures prestations théoriquement disponibles doivent être fournies, mais que ces ressources limitées doivent être utilisées de façon à ce qu'autant de personnes que possible restent en aussi bonne santé que possible, ou guérissent.

Christoph A. Meier est interniste et endocrinologue, lié à l'Université de Genève depuis bientôt 30 ans. Il a été directeur médical de l'Universitäts-spital Basel et chef du service de médecine interne au Triemlispital et à l'Universitätsspital Zürich. Actuellement, il est entre autres CMO chez VIVA Health Swiss.



Prof. Christoph A. Meier
Université de Genève

Références

1) Cylus J, McKee M

Geopolitics and public health: Europe under the shadow of the U.S. National Security Strategy The Lancet Regional Health – Europe, 2026; 62

Impliquer l'ensemble de la chaîne de prise en charge

Pour les hôpitaux et les cliniques, assurer une répartition optimale des ressources signifie par exemple de s'orienter sur les montants des forfaits par cas remboursés par les assurances. Le système de rémunération en vigueur nous place toutefois, nous en tant que prestataires de services (ayant la responsabilité d'utiliser ces ressources limitées de manière optimale pour la santé de la population), face à un dilemme. Des incitations économiques – traduisant par là-même une volonté politique tacite – nous poussent souvent à fournir un maximum de prestations, ce qui ne correspond pas nécessairement aux besoins prioritaires de la population.

Afin de pouvoir mieux assumer cette responsabilité, l'allocation des ressources tout au long de la chaîne de prise en charge est déterminante: prévention, soins ambulatoires et stationnaires, médecine somatique et psychiatrique, réadaptation, soins palliatifs, thérapies et soins infirmiers doivent être pris en considération de manière globale. Dans le système actuel de rémunération à l'acte, les prestations sont la plupart du temps remboursées séparément et indépendamment du résultat. Les incitations déterminantes – voulues par les politiques – sont actuellement avant tout basées sur l'économie de marché: les prestataires de services travaillent dans un système organisé de manière concurrentielle avec des prix fixes et une rémunération de facto obligatoire, sont en conséquence forcés de se conformer à ces incitations économiques. Les prestations curatives et interventionnelles étant comparativement bien rémunérées, elles sont logiquement proposées et réalisées plus fréquemment – parfois sans tenir compte de leur utilité effective pour le bien-être global de la population. Des domaines moins rentables, comme par exemple la prévention ou les soins palliatifs, sont en revanche désavantagés.

Si, en tant que co-responsables de l'évolution de notre système de santé, nous admettons que les ressources – non seulement financières mais aussi en personnel – sont par principe limitées, notre devoir est de mettre en place des incitations réfléchies et responsables, qui devraient avoir pour but d'optimiser la santé de la population. Actuellement, elles sont fortement orientées vers une médecine curative, interventionnelle, avec un fort recours à la technologie et à la médication. Ces domaines accaparent une grande part des moyens à disposition.

La santé ne dépend pas en premier lieu du système de santé

Le fait que la santé d'une population dépend avant tout de facteurs socioéconomiques, des conditions de logement et des comportements est un aspect souvent sous-estimé. Selon les déterminants sociaux de la santé (voir illustration p. 5), seules 20% des causes évitables de mortalité peuvent être directement prévenues par la prise en charge médicale. Cela relativise l'importance de la médecine

de pointe pour la santé globale d'une population, souvent mise en avant dans les discussions sur la répartition de ces ressources limitées. En conséquence, pour distribuer celles-ci de manière judicieuse, il faudrait bien plus tenir compte de tous les autres champs d'action possibles. La situation actuelle en Suisse fonctionne à l'opposé de cette réalité: l'allocation des ressources se fait de manière implicite sur la base d'incitations économiques, sans que celles-ci soient systématiquement évaluées et mises en place en fonction de leurs effets sur la santé de la population.

Un exemple en provenance du Royaume-Uni nous montre quelles conséquences de telles (mauvaises) incitations peuvent provoquer: le National Health Service a étudié l'utilité de médicaments immunologiques et anticancéreux coûteux prescrits entre les années 2000 et 2020. Le résultat s'est avéré décevant: «During 2000-2020, NHS coverage of new drugs displaced more population health than it generated».²

Globalement, la prescription de ces médicaments a empêché plus d'effets positifs sur la santé qu'elle n'en a produit. Elle a accaparé des ressources qui, attribuées à d'autres domaines dans le pays, auraient pu apporter de plus grands bénéfices pour la santé – estimées à 1,25 millions d'années de vie ajustées sur la qualité (Quality-adjusted Life Years QALY). La prévention

offre un exemple similaire: il a été démontré que le screening des fumeurs.euses par scanner pulmonaire à faible dose permet de sauver des vies, mais coûte USD 80 000 par QALY gagné. Les programmes encourageant à arrêter de fumer affichent des résultats bien meilleurs avec USD 5 000 par QALY. Dans de nombreux endroits, ils ne sont toutefois pratiquement plus proposés, parce que les incitations financières versées aux services qui les organisent sont nettement plus faibles.

Concurrence basée sur l'«Impact on Outcome»

Comment alors mieux attribuer les ressources? À côté de la question financière, celle du personnel devient de plus en plus importante. Aujourd'hui déjà – et dans les décennies à venir encore plus clairement – nous devons nous demander comment le personnel disponible peut nous être le plus utile. Si la répartition de celui-ci continue d'être réglée principalement par des mécanismes de marché, le risque existe que l'attraction la plus forte soit exercée par les domaines les plus lucratifs, plutôt que par les domaines dans lesquels les besoins de la population sont les plus urgents. Il n'est toutefois pas question de résoudre le problème par un dirigisme étatique. La solution est en revanche de laisser agir une autre concurrence, basée sur des données chiffrées, transparentes et pertinentes, à savoir d'abord les résultats obtenus, ou l'«Impact on Outcome» des interventions et des innovations médicales, qu'elles soient de nature technologique ou non. Les mesures médicales dont l'effet bénéfique est attesté et qui présentent un rapport coût-efficacité convaincant (p. ex. coût par QALY) doivent être favorisées. Cela implique une évaluation des technologies de la santé (ETS, en anglais Health Technology Assessment, HTA) systématique, encore peu établie

L'allocation des ressources bien réfléchie tout au long de la chaîne des soins est déterminante pour une prise en charge optimale de la population.

Références

2) Naci H, Murphy P, Woods B et al.

Population-health impact of new drugs recommended by the National Institute for Health and Care Excellence in England during 2000–20: a retrospective analysis *The Lancet*, 2024; 405, 50-60

en Suisse, bien que souhaitable dans un pays situé à la pointe dans le domaine médical. Même si la réflexion critique soucieuse de la question des ressources est bien ancrée dans les programmes de formation continue, elle n'est pas encore appliquée de manière conséquente dans la pratique.

Meilleure prise en compte des intérêts des patients

Une approche centrée sur les patient.e.s mesurerait systématiquement l'outcome, l'évaluerait et le rembourserait aussi, en particulier dans les domaines très coûteux. L'accent devrait être mis sur les avantages pour les patient.e.s, la qualité de vie, le rapport coût-efficacité et les résultats à long terme. Parmi les exemples parlants en la matière, figure le traitement du cancer de la prostate localisé. Les différentes stratégies possibles, à savoir «wait-and-see» (attendre et observer), prostatectomie (ablation chirurgicale) et radiothérapie, montrent des taux de survie équivalents, mais différent grandement du point de vue des effets secondaires et de la qualité de vie. Alors que le risque de métastases est un peu plus élevé dans la stratégie «wait-and-see», en revanche, des risques comme l'incontinence et l'impotence y sont plus faibles que dans les approches invasives. Le choix du traitement devrait idéalement résulter d'un processus de prise de décisions partagée (Shared-Decision-Making). Dans ce domaine également, la Suisse peut mieux faire. La pratique de la décision partagée est complexe et a des effets considérables tant sur les patient.e.s que sur l'utilisation des ressources. À l'heure actuelle, le temps consacré à ce processus n'est quasiment pas rémunéré.

Le fait que les ressources financières et les ressources en personnel sont limitées, en Suisse aussi, devraient nous inciter à repenser notre système de santé. L'objectif doit être de faire en sorte que les incitations économiques soient plus fortement alignées sur les besoins des patient.e.s. Ainsi la concurrence jouerait vraiment en faveur de la population – tout en maintenant une régulation étatique aussi basse que possible. Il ne reste toutefois plus beaucoup de temps avant que le manque de personnel qualifié ne se fasse déjà sentir dans des secteurs clés.

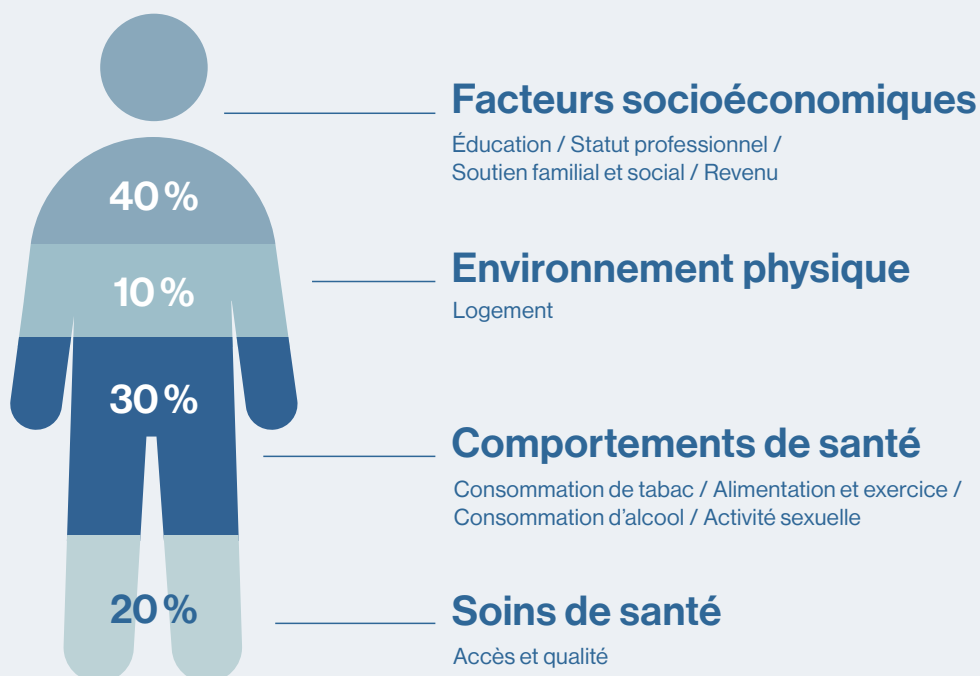


Illustration 1: Importance relative de différents facteurs influençant la santé de la population. Adaptation libre d'après New England Journal of Medicine 357:1221f (2007).

Surveillance digitale dans les soins: aspects juridiques et médico-éthiques

Des systèmes de surveillance digitale sont de plus en plus souvent utilisés dans les hôpitaux et dans les soins de longue durée. Ils peuvent constituer une aide à la prise en charge, mais posent aussi des questions médico-éthiques et juridiques fondamentales. Une nouvelle prise de position de la Commission Centrale d'Éthique (CCE) de l'ASSM décrit les conditions d'une utilisation responsable.

Alors que les systèmes de surveillance digitale sont utilisés depuis longtemps en médecine intensive, ils font aujourd'hui de plus en plus souvent leur apparition dans les soins stationnaires, en psychiatrie, en réadaptation, ainsi que dans les soins de longue durée. Ils portent en eux la promesse d'améliorer la sécurité des patient.e.s, de rationaliser les processus et de faciliter la prise en charge.

Vous trouverez la prise de position ainsi que des informations supplémentaires sur: assm.ch/surveillance-digitale

Équilibre entre sécurité et sphère privée

La protection de la sphère privée et la garantie d'un usage proportionné sont les deux exigences principales formulées pour la CCE pour un usage responsable de ces systèmes. Observer la plus grande économie possible dans l'enregistrement des données est étroitement lié au principe de proportionnalité: les systèmes de surveillance digitale ne peuvent saisir ou stocker des données que dans la mesure où cela est nécessaire pour atteindre le but fixé.

En fonction de leur conception, ces systèmes portent plus ou moins atteinte à la sphère privée. Les patient.e.s des soins stationnaires et les résident.e.s d'établissements de soins de longue durée doivent spécialement être protégé.e.s, car ils et elles doivent renoncer momentanément ou définitivement à un espace privé où se retirer. De plus, les proches, les visiteurs.euses, ainsi que le personnel sont également touché.e.s par la surveillance. Pour le personnel, à côté des questions de droit du travail, les conséquences sur l'intégrité professionnelle ainsi que sur la culture de la confiance, de l'erreur et de l'esprit d'équipe dans l'établissement doivent aussi être prises en compte. Une surveillance continue par l'image et le son, non anonymisée, constitue l'atteinte la plus forte aux droits fondamentaux et à la loi sur la protection des données. Une telle pratique exige une justification solide.

La CCE définit d'autres conditions à remplir, comme la nécessité d'une indication médicale claire, l'information de toutes les personnes concernées et la transparence à leur égard, une documentation précise et un questionnement régulier du bien-fondé de la mesure. Elle rappelle en outre que, quels que soient les progrès techniques réalisés, la prise en charge humaine et l'attention personnalisée restent des éléments essentiels de soins de santé complets.

À quoi correspond un système de surveillance digitale?

Les systèmes de surveillance digitale comprennent toutes les technologies qui saisissent des données visuelles, auditives ou en provenance de capteurs à propos de patient.e.s ou de résident.e.s et les analysent. En font partie les systèmes vidéo, audio ou assistés par l'IA qui reconnaissent des schémas de mouvements ou des risques de chute. Ils peuvent fonctionner de manière continue ou être activés à la demande. Ils servent à améliorer la prise en charge et le traitement.

Des bases solides: réflexion de la Commission Centrale d'Éthique sur les fondements de son travail

La Commission Centrale d'Éthique (CCE) de l'ASSM a consacré une journée à réfléchir aux bases dont elle se sert pour formuler ses recommandations médico-éthiques. Cela a été l'occasion de discuter en détails des défis qui se posent lors de la prise de décision éthique.

Qu'il s'agisse de directives, de prises de position ou de recommandations, les publications de l'ASSM examinent les problèmes éthiques posés par certaines pratiques médicales concrètes, puis énoncent un jugement. De tels arbitrages ont un poids énorme: ils font partie du code de déontologie médicale et, pour de nombreux professionnels de santé, servent de repères éthiques dans leur pratique clinique quotidienne. C'est pourquoi il est primordial que la CCE prenne régulièrement conscience des fondements de ces jugements éthiques.

Théories éthiques en tant que bases

Début 2026, au cours d'une journée de réflexion, les membres de la CCE ont eu l'opportunité de discuter des théories qui sont à la base de leur travail. Il s'agit notamment du conséquentialisme, qui a pour exigence de favoriser aussi efficacement que possible la vie et la santé de tous les patients. D'un autre côté, les théories déontologiques insistent sur les devoirs envers les individus, par exemple la protection de leur autonomie. Finalement, l'influence de l'éthique de la sollicitude a également été mise en avant: elle se concentre sur la relation personnelle entre patient et professionnel de santé et recommande de fonder l'évaluation d'une situation sur l'empathie. Les membres de la CCE considèrent qu'il est indispensable d'avoir à l'esprit ces différents points de vue théoriques lors de l'élaboration d'une position médico-éthique.

Implication des patients et différences culturelles

Durant l'après-midi, la discussion a porté sur la manière d'impliquer les patients dans le processus de décision éthique. La CCE associe déjà souvent des personnes concernées à l'élaboration des directives de l'ASSM, mais souhaite renforcer encore cette présence. La Prof. Silke Schicktanz a donné une conférence sur les défis d'une telle pratique, puis les membres de la CCE en ont débattu. Il en est ressorti que pour que cette collaboration réussisse, des règles de communication claires et une répartition pertinente des tâches sont nécessaires.

Dans son travail, la CCE doit faire face à un autre défi important: l'écart qui peut exister entre des exigences médico-éthiques et des valeurs culturelles particulières. À l'aide d'exemples concrets, les membres de la CCE ont cherché à trouver une voie médiane: l'éthique médicale devrait partir d'un consensus minimal fondé de manière rationnelle et s'ouvrir à des valeurs culturelles plus larges. En parallèle, il est conseillé aux professionnels de santé de faire preuve de sensibilité et de bienveillance face aux spécificités culturelles.

Vous trouverez davantage d'informations sur la CCE sur notre site web: assm.ch/cce

Prix Robert Bing 2026: l'ASSM distingue Aiman S. Saab et Eduardo Martin Moraud

Le Prix Robert Bing de l'ASSM récompense des travaux de recherche exceptionnels dans le domaine du diagnostic, du traitement et de la guérison des maladies neurologiques. Cette année, le Prix est décerné à Aiman S. Saab, professeur à l'Université de Zurich, et à Eduardo Martin Moraud, professeur assistant tenure track à l'EPFL. Chaque Prix est doté de 30 000 francs.

Les recherches du **Prof. Aiman S. Saab** portent sur l'interaction entre les cellules gliales et les neurones, avec un accent particulier sur les axones. L'objectif est de mieux comprendre les mécanismes qui contribuent au maintien des fonctions cérébrales. Dans son laboratoire à l'Institut de pharmacologie et de toxicologie, des techniques de pointe sont utilisées pour étudier le métabolisme énergétique et le fonctionnement cellulaire du système nerveux. Les travaux très innovants du professeur Saab contribuent à une meilleure compréhension des processus de vieillissement du cerveau. Ils offrent en outre un fondement prometteur pour le traitement de diverses maladies neurologiques telles que la sclérose en plaques ou la démence.

La recherche interdisciplinaire et translationnelle du **Prof. Eduardo Martin Moraud** se situe à la croisée de la neurologie clinique, des neurosciences et de l'ingénierie. Elle porte en particulier sur les troubles de la marche et de l'équilibre liés à la maladie de Parkinson. Grâce à une nouvelle approche de la stimulation cérébrale profonde adaptative, le Prof. Moraud a obtenu avec son équipe des premiers résultats remarquables chez des personnes atteintes de cette maladie. La stimulation du noyau subthalamique est adaptée en temps réel aux besoins de mobilité et à l'état physiologique de la personne. Cela est rendu possible, entre autres, par un décodage neuronal personnalisé basé sur des algorithmes.

À propos du Prix Robert Bing

L'ASSM décerne ce Prix tous les deux ans grâce au legs du neurologue bâlois Robert Bing (1878-1956). Sont éligibles les chercheurs.ses auteur.e.s de travaux exceptionnels, âgé.e.s de moins de 45 ans qui sont de nationalité suisse ou qui exercent leurs activités en Suisse depuis un certain temps. Les Prix seront remis le 12 novembre à Berne.

Vous trouverez davantage d'informations sur le Prix Robert Bing sur notre site web: assm.ch/prix-bing



Prof. Aiman S. Saab
Universität Zürich



Prof. Eduardo Martin Moraud
EPFL

Prix Stern-Gattiker 2026: la lauréate est l'oncologue Alessandra Curioni-Fontecedro

Le manque de modèles peut freiner les carrières – cela vaut également pour la médecine académique et en particulier pour les femmes. Le Prix Stern-Gattiker de l'ASSM est dédié à des femmes médecins dont l'exemple peut motiver à embrasser une carrière académique. En 2026, ce Prix doté de 15 000 francs est décerné à la Prof. Alessandra Curioni-Fontecedro.

De nombreuses femmes médecins peuvent en témoigner: à un moment donné de leur carrière, elles ont rencontré des collègues qui, en tant que modèles, les ont motivées à poursuivre une carrière scientifique, à remettre en question les stéréotypes liés au genre ou à redéfinir leur conception de la réussite. La Prof. Alessandra Curioni-Fontecedro, lauréate du Prix Stern-Gattiker 2026, est l'une de ces modèles.

Vous trouverez plus d'informations sur le Prix Stern-Gattiker sur notre site web: assm.ch/prix-stern-gattiker

Après ses études de médecine à Rome, avec un MD de l'Université de Zurich, la **Prof. Alessandra Curioni-Fontecedro** a exercé plusieurs années à Zurich. Depuis 2022, elle est médecin-chef en oncologie à l'Hôpital cantonal de Fribourg. Elle est également professeure ordinaire à l'Université de Fribourg. Ses recherches, soutenues notamment par le Fonds national suisse et Innosuisse, ont pour objectif de développer de meilleurs traitements pour les patient.e.s atteints d'un cancer du poumon.

La Prof. Curioni-Fontecedro s'engage activement dans le mentorat et la formation des jeunes médecins, par exemple au sein de la Swiss Oncology Summer School, qu'elle a contribué à développer. À l'European School of Oncology, elle coordonne le programme postgrade consacré au cancer du poumon. Les personnes qui ont soutenu sa nomination écrivent à son propos: «Les initiatives de mentoring d'Alessandra ont un effet durable. Elles fournissent des repères, du soutien et l'accès à un réseau, profitables à tous, et en particulier aux femmes.» Avec le Prix Stern-Gattiker, l'ASSM récompense une clinicienne et chercheuse de haut niveau qui s'engage aussi de manière remarquable pour la relève.



Prof. Alessandra Curioni-Fontecedro

À propos du Prix Stern-Gattiker

Afin d'assurer la relève académique en médecine à moyen et long terme, il faut augmenter le nombre de femmes qui aspirent à une carrière académique. C'est la raison pour laquelle l'ASSM a lancé le Prix Stern-Gattiker il y a huit ans. Le nom de ce Prix rend hommage à deux femmes médecins: Lina Stern (1878–1968), une émigrée russe qui fut en 1918 la première professeure à la Faculté de médecine de Genève, et Ruth Gattiker (1923–2021), l'une des premières professeures à la Faculté de médecine de Zurich dans les années 1970.

Des données aux connaissances: prestations de SPHN pour la recherche

Le Swiss Personalized Health Network (SPHN) vient de boucler les derniers projets de l'initiative démarrée en 2017. Quelles réalisations concrètes ont été accomplies durant ces huit ans? Quelles ressources et offres auparavant inexistantes sont maintenant disponibles pour la recherche grâce à SPHN?

Le Swiss Personalized Health Network (SPHN) rend les données de santé suisses interoperables et réutilisables pour la recherche. Qu'est-ce que cela signifie concrètement? Dans les hôpitaux, les biobanques et autres établissements, de plus en plus de données sont récoltées et enregistrées. De grandes attentes sont associées à ces données: mieux comprendre les maladies et les facteurs de risques, réaliser des progrès en médecine et améliorer les prestations de santé pour l'ensemble de la population. Cependant, tant que ces données ne sont pas visibles et rendues accessibles en dehors des établissements qui les ont produites, une part considérable de leur potentiel reste inutilisé. Au cours de ces huit dernières années, SPHN a créé les conditions nécessaires pour rendre ce potentiel exploitable pour la recherche, à l'échelle de la Suisse.

Jeu de données sans pareil

Depuis 2026, les chercheurs.euses peuvent rechercher, dans un catalogue en ligne, quelles données de santé des hôpitaux universitaires suisses, harmonisées sémantiquement, sont disponibles en vue d'une utilisation dans des projets de recherche. «Harmonisées sémantiquement» signifie que les données sont décrites de manière uniforme: les mêmes mots et valeurs ont le même sens. Ainsi les données provenant de différentes sources peuvent être combinées et comparées. Le jeu de données disponibles provient actuellement de plus de 800 000 patient.e.s ayant signé un consentement général, à la réutilisation de leurs données pour la recherche. Cela correspond à des milliards d'énoncés de données lisibles par machine, en provenance notamment des domaines diagnostic, traitement, analyse de laboratoire, médication, paramètres vitaux ou oncologie. Le catalogue en ligne permet aux chercheurs.euses d'identifier des données existantes utiles pour leurs projets. Pour y accéder, la demande se fait toujours auprès de chaque établissement. SPHN a ainsi contribué à la visibilité et à la comparabilité de ces précieuses données de santé.

Outils juridiques et pratiques harmonisés

Le partage de données de santé sensibles exige des conventions juridiques claires entre les institutions impliquées. Pour faciliter ce processus, SPHN a développé un cadre contractuel harmonisé et met à disposition des chercheurs.euses de nombreux modèles de

contrats adaptables aux différentes formes de collaboration. Tous.les participant.e.s profitent ainsi d'une sécurité juridique et de la garantie que les projets de recherche répondent aux exigences légales suisses. En outre, cette harmonisation diminue la charge administrative des chercheurs.euses et des établissements impliqués.

Plateforme sécurisée pour l'analyse de données sensibles

Avec des partenaires, SPHN met à disposition la plateforme BioMedIT pour l'analyse de données sensibles. Sur cette plateforme hébergée en Suisse, les chercheurs.euses peuvent mettre en commun des données sensibles en provenance de différentes sources et y effectuer leurs analyses. Dans ce domaine également, SPHN fait en sorte que les exigences légales en matière de protection de la confidentialité et de sécurité des données soient respectées.

Perspective d'avenir

La construction de l'infrastructure SPHN n'a été possible que grâce à la collaboration étroite avec de nombreux partenaires. Le réseau s'est étoffé au fil des ans. En plus des hôpitaux universitaires, aujourd'hui des hôpitaux cantonaux et des organisations, comme le Swiss Cancer Institute, y participent. L'objectif est qu'un maximum d'organisations contribuent à l'infrastructure et que les chercheurs.euses en fasse un usage fréquent. Maintenant que la phase de construction est terminée, SPHN doit trouver un mode de financement durable et veiller à offrir des services attractifs aux chercheurs.euses.

Liens vers davantage d'informations

- Voir les données présentes dans les hôpitaux suisses: [SPHN Metadata Catalog \(fdp.dcc.sib.swiss\)](https://fdp.dcc.sib.swiss)
- Modèles de contrats pour les projets de recherche multicentriques: sphn.ch/services/dtua
- Rassembler et analyser des données sensibles sur BioMedIT: biomedit.ch

SPHN est une infrastructure nationale de données coordonnée par l'ASSM et le SIB Institut Suisse de Bioinformatique. Vous trouverez davantage d'informations sur: sphn.ch

Quels choix pour le système de santé suisse? Venez en discuter avec nous le 24 septembre

L'ASSM s'engage de longue date en faveur du développement durable du système de santé suisse. Dans ce cadre, elle organise un symposium le jeudi 24 septembre 2026 à l'Eventforum de Berne. Celui-ci portera sur les choix que la société sera amenée à effectuer concernant notre système de santé, dans un avenir plus ou moins proche, en réponse à la pénurie de ressources humaines, financières et environnementales qui s'annonce.

Comme l'a mis en évidence l'ASSM dans ses feuilles de route publiées en 2019 et 2022 sur la durabilité du système de santé, la hausse des coûts n'est que le symptôme d'une contradiction profonde qui ronge notre système: les exigences en matière de santé sont illimitées alors que les ressources humaines, financières et environnementales sont limitées. Cette situation pourrait nous contraindre bientôt à faire des choix.

Le symposium du 24 septembre sera l'occasion de donner la parole à plusieurs orateurs.trices, dont la Prof. Angela Coulter (UK) qui mettra l'accent sur le rôle des patient.e.s et des citoyen.ne.s en matière d'allocation des ressources. Avec les exposés qui suivront, sa contribution servira de base à une réflexion approfondie sur la manière de concilier besoins croissants, ressources limitées et participation démocratique au sein du système de santé. La table ronde permettra de confronter différents points de vue sur les arbitrages nécessaires.

L'après-midi sera essentiellement consacré à des ateliers participatifs. Après un retour sur les enseignements de la conférence «2035. Anticipating the Future of Cancer», les participant.e.s seront invité.e.s à découvrir de nouvelles perspectives et à réfléchir en groupe au champ des possibles. Les aspects abordés comprendront notamment l'efficacité de «smarter medicine», l'utilité de la promotion de la santé et son financement, ainsi que comment rendre les choix difficiles plus transparents et mieux partagés. D'autres sessions parallèles permettront d'explorer des thématiques clés telles que les enjeux éthiques liés à la répartition des ressources, la manière d'accorder plus de poids à la décision partagée dans la médecine de premiers recours ou comment se donner les moyens d'évaluer la valeur du soin. Ces échanges interactifs viseront à vous donner la parole pour faire émerger des pistes de solutions concrètes.

Symposium

«Quels choix pour le système de santé suisse?»

Jeudi 24 septembre 2026

Eventforum Bern (vonRoll Areal, Fabrikstrasse 12)

Participation gratuite mais inscription obligatoire
assm.ch/systeme-sante/choix

Comité d'organisation

Prof. Arnaud Perrier, ASSM, Bern

Prof. Arnaud Chiolero, Université de Fribourg, Fribourg

Valérie Clerc, ASSM, Bern

Prof. Luca Crivelli, SUPSI, Manno

Prof. Marie Méan, NDS-LUCID, Lausanne

Prof. Christoph A. Meier, Viva Health Swiss, Solothurn

Prof. Milo Puhani, Universität Zürich, Zürich

Prof. Nicole Probst-Hensch, Swiss TPH, Basel

Prof. Nicolas Rodondi, smarter medicine, Bern

Dr Judith Safford, patiente partenaire, Bern

Cochrane Library: renouvellement de la licence pour trois ans

La Cochrane Library est une base de données internationale spécialisée dans les informations médicales fondées sur des preuves scientifiques solides. Grâce à l'engagement du Consortium des bibliothèques universitaires suisses (CSAL), la licence nationale a pu être renouvelée pour la période 2026–2028.

Les travaux de la Cochrane Library sont produits par un réseau indépendant, connu pour ses standards très stricts en matière de rigueur scientifique. Grâce à la licence nationale, les ressources de la Cochrane Library restent accessibles gratuitement aux professionnel.le.s de santé, aux chercheurs.euses, aux étudiant.e.s ainsi qu'à toute la population suisse qui souhaite disposer dans sa langue d'informations fiables pour prendre des décisions éclairées concernant sa santé.

L'ASSM remercie chaleureusement le CSAL ainsi que sa Commission des bibliothèques biomédicales qui ont été les chevilles ouvrières du renouvellement de la licence nationale pour la Suisse. Le financement est désormais assuré pour une période de trois ans par un large consortium composé de bibliothèques universitaires et d'hôpitaux auquel s'est jointe l'ASSM.

Vous trouverez davantage d'informations sur:
assm.ch/fr/cochranelibrary

L'ASSM est sur LinkedIn

Connectez-vous à «SAMW / ASSM» et vous y lirez là aussi des nouvelles de notre Académie. Grâce à notre profil LinkedIn, nous renforçons notre présence numérique. Nous vous invitons à devenir membre de notre réseau. Suivez nos posts pour être informé.e.s de manière concise et immédiate des sujets qui animent l'ASSM. Vos Likes et commentaires sont les bienvenus.

Vers le profil de l'ASSM:
assm.ch/linkedin



SAMWASSM

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
Académie Suisse des Sciences Médicales
Accademia Svizzera delle Scienze Mediche
Swiss Academy of Medical Sciences

Le Bulletin de l'ASSM
paraît 3 fois par an.

Éditrice:
Académie Suisse des Sciences
Médicales

Maison des Académies
Laupenstrasse 7, CH-3001 Berne
mail@samw.ch | www.assm.ch

Rédaction: Stefan Althaus

Traduction: Martine Verdon

Image de couverture: GettyImages

Design: www.kargo.ch

Impression: www.kasi.ch
ISSN 1662-6028

Tirage: 3000 (2200 en
allemand et 800 en français)

membre des
**académies suisses
des sciences**