



doc.be

Le magazine de la
Société des Médecins
du Canton de Berne

N°5
Octobre 2017



Sujets de cette édition

**Esther Hilfiker sera
la nouvelle Présidente de
la SMCB**

eHealth ante portas

**Les soins médicaux
interprofessionnels au
XV^e siècle**

Changement à la présidence en vue!



Je me réjouis de l'élection du Dr Esther Hilfiker, radiologue, comme présidente désignée de la SMCB ! C'est avec un œil songeur et un œil brillant que je transmettrai, lors de l'assemblée des délégués de la SMCB en mars 2018, les fonctions à Esther Hilfiker, notre vice-présidente très agile et sereine qui assume cette fonction depuis mars 2016 et est membre du comité de direction depuis juin 2010.

« Enfin », telle est la réaction des uns à ma démission ; « Dommage », disent les autres. Quoi qu'il en soit, vingt-six ans de politique corporative au niveau cantonal et intercantonal, avec une somme de travail à croissance exponentielle, sont loin d'être une sinécure. « Imite-le », fit graver dans la pierre vers 1500 Erhart Küng, maître d'œuvre de la Collégiale de Berne, sur la face nord de celle-ci. « Fais-le mieux », donnerai-je, en toute humilité, comme conseil à mon successeur, persuadé qu'en tant que première présidente, jeune et pleine d'initiatives, Esther Hilfiker saura insuffler l'élan nécessaire à la vieille dame bicentenaire qu'est la SMCB.

Pour que le navire regagne de la vitesse dans la voie qu'il a prise, il ne suffit pas que le capitaine donne des ordres précis ! Tout l'équipage doit être conscient que chacun doit hisser les voiles en même temps pour que l'embarcation prenne aussitôt une seule direction, avec l'option d'une reconsidération en temps utile face au risque d'une dérive.

Encore une réminiscence du passé avec un rapport avec l'actualité. Tout le monde connaît la fontaine d'Anna Seiler dans la Marktgasse à Berne. Anna Seiler, fondatrice de l'hôpital éponyme en 1354, verse du vin. Pour les malades ? La réalité est tout autre : la statue du XVI^e siècle qui se dresse sur un plateau en calcaire du XVIII^e siècle au sommet d'un pilier romain datant du I^{er} siècle symbolise la « vertu de la tempérance », soit en latin *Temperantia*. Elle verse de l'eau dans une coupe à vin, ayant donc un effet tempérant sur son entourage. *Temperantia* ne devint Anna Seiler qu'en 1889 lors de la mise en service de l'Hôpital de l'Île ultra-moderne.

Sur ce, chère Esther, je te souhaite une bonne et calme main influant avec modération sur les souhaits de changement de cap contradictoires, et de toujours bien garder la barre en main. Levée de l'ancre et largage des amarres en mars 2018. Tu sauras garder le cap.

Dr Beat Gafner
Président de la Société des Médecins du Canton de Berne

Contenu

- 4 Ligne droite, présence, visibilité**
Les délégués ont attribué deux postes importants de la SMCB à de nouvelles personnalités, un résultat réjouissant.
- 7 eHealth ante portas**
eHealth dans les starting-blocks – on ne sait pas toujours très bien ce qu'il apportera
- 9 «Nous devons corriger les erreurs du système»**
Pius Zängerle de l'association des caisses maladie curafutura défend, dans un entretien, notamment l'intervention tarifaire du Conseil fédéral.
- 12 Les soins médicaux inter-professionnels au XV^e siècle**
Beat Gafner jette un œil sur les lépreux, les exclus, les charlatans et l'organisation des soins médicaux au Bas Moyen-Age.
- 18 Prestation réussie**
Une nouvelle fois, be-med est présente au salon bernois des métiers et de la formation (BMA) et courtise les futurs apprentis.

Mentions légales

doc.be, organe de la Société des Médecins du Canton de Berne; éditeur: Société des Médecins du Canton de Berne, Postgasse 19, 3000 Berne 8 / paraît 6x par an; responsable du contenu: comité directeur de la Société des Médecins du Canton de Berne; rédaction: Marco Tackenberg, Gabriela Troxler, Simone Keller et Markus Gubler, service de presse et d'information de la SMCB, Postgasse 19, 3000 Berne 8, T 031 310 20 99, F 031 310 20 82; tackenberg@forumpr.ch, troxler@forumpr.ch, keller@forumpr.ch, gubler@forumpr.ch; annonces: Gabriela Troxler, info@forumpr.ch; conception/layout: Definitiv Design, Boll; impression: Druckerei Hofer Bümpliz AG, 3018 Berne; photo de couverture: Marco Zanoni

Décisions de l'Assemblée des délégués

Texte: Thomas Eichenberger, secrétaire

Lors de l'Assemblée des délégués du 19 octobre 2017, la Dr. med. Esther Hilfiker a été élue Présidente à l'unanimité. Elle doit prendre ses fonctions en mars 2018. Le Prof. Dr. med. Aristomenis Exadaktylos a été élu Secrétaire scientifique à l'unanimité également.

1. Élection du remplaçant du Président (la transmission du pouvoir est prévue lors de l'AD de la SMCB du 15.03.2018)

Dr. med. Esther Hilfiker, Berne

Élue à l'unanimité, avec 0 abstention, 0 voix contre

2. Élection du remplaçant du Secrétaire scientifique

Prof. Aristomenis Exadaktylos, Berne

Élu à l'unanimité, avec 0 abstention, 0 voix contre

Recommandations salariales MPA 2018

Salaire de départ

Fr. 4'050.– × 13 pour une durée de travail hebdomadaire de 42 heures et 4 semaines de congés.

Allocation d'ancienneté

Fr. 100.– par mois d'augmentation (par année de service) pour les années de service suivant la première. L'allocation d'ancienneté doit être abordée lors de l'entretien annuel de qualification.

Indemnité de fonction

Il est recommandé d'allouer une indemnité de fonction aux assistantes médicales ayant le diplôme de maître d'apprentissage ainsi qu'une fonction de formateur au sein du cabinet médical.

Salaires des apprentis

1^{ère} année d'apprentissage Fr. 350.–
2^e année d'apprentissage Fr. 900.–
3^e année d'apprentissage Fr. 1'300.–

Un 13^e mois de salaire est versé aux apprentis.

Ligne droite, présence, visibilité

Les délégués ont attribué deux postes importants de la Société des Médecins du Canton de Berne à de nouvelles personnalités, un résultat réjouissant. Ils ont élu Esther Hilfiker au poste de Présidente et le professeur Aristomenis Exadaktylos à celui de Secrétaire scientifique.

Texte : Marco Tackenberg, service de presse et d'information

Photo : Marco Zanoni

Pour la première fois depuis la naissance de cette organisation professionnelle il y a plus de 200 ans, une femme prendra les rênes en mars 2018. Le 19 octobre 2017, à l'auberge de Schönbühl, les délégués de la SMCB ont élu la radiologue Esther Hilfiker à l'unanimité pour succéder à Beat Gafner. Esther Hilfiker a déclaré que son objectif était de renforcer la coopération au sein du corps médical bernois. Elle se voit comme une médiatrice qui veut chercher et promouvoir le dialogue : aussi bien entre les médecins de famille et les spécialistes qu'entre les jeunes médecins qui débudent leur carrière et les médecins plus chevronnés, qui portent encore tout le fardeau de ce métier exigeant. « Nos actions doivent toujours être motivées par le bien-être des patientes et des patients », a souligné Esther Hilfiker. C'est pourquoi une attention toute particulière doit être portée aux soins médicaux en ville et à la campagne. En effet, selon elle, ce serait le seul moyen d'augmenter tous ensemble le poids de la SMCB afin qu'elle puisse faire entendre sa voix. Esther Hilfiker a comparé sa vision de la SMCB à l'horloge des gares suisses : « Je souhaite que nous avancions en ligne droite et que nous soyons présents et visibles. Pour nos structures, cela signifie que

nous voulons optimiser le temps dont nous disposons. »

« Nos actions doivent toujours être motivées par le bien-être des patientes et des patients. »

Lors de l'Assemblée des délégués, Beat Gafner a reçu spontanément des marques de reconnaissance de la part des participants. Au cours d'une brève allocution, il a remercié les délégués pour leur soutien pendant toutes ces années. La surprise a été générale lorsqu'il s'est adressé en grec moderne à un autre candidat dans la salle, celui au poste de Secrétaire scientifique : le Prof. Dr. med. Aristomenis Exadaktylos. Celui-ci a à son tour remercié Beat Gafner pour son discours d'introduction. Il a été élu à l'unanimité Secrétaire scientifique de l'organisation professionnelle. Exadaktylos se réjouit des tâches qui l'attendent : « C'est un honneur pour moi de pouvoir assister la SMCB et j'ai hâte de commencer notre coopération. » Rainer Felber, Vice-président, a précisé que la tâche du Secrétaire scientifique de la SMCB allait gagner en importance : « Nous recueillons des données auprès des membres et réalisons des sondages de plus



Les délégués ont élu Esther Hilfiker au poste de Présidente et Aristomenis Exadaktylos à celui de Secrétaire scientifique.

en plus souvent. Les connaissances scientifiques du professeur Exadaktylos seront donc un atout précieux.»

Un autre invité à l'Assemblée des délégués de cette année a tenu à féliciter chaleureusement celle qui succède à son successeur: Jürg Schlup, Président de la FMH. L'ancien président de la SMCB a mis en garde contre l'évolution inquiétante du budget global de la médecine. Elle se ferait surtout au détriment des patients, a indiqué Jürg Schlup au cours d'un discours engagé. Nous y reviendrons plus en détail dans la prochaine édition de doc.be.

« Je souhaite que nous avancions en ligne droite et que nous soyons présents et visibles. Pour nos structures, cela signifie que nous voulons optimiser le temps dont nous disposons. »

Les personnes élues

Dr. med. Esther Hilfiker a obtenu un titre de spécialiste en radiologie auprès de la FMH. Depuis 1993, elle travaille à l'institut privé de radiologie de Brunnhof à Berne et elle intervient également à la clinique Sonnenhof, à l'Engeriedspital et au centre de RM de Thoune. Depuis 2010, elle est membre du Comité de la Société des Médecins du Canton de Berne et elle occupe le poste de Vice-présidente depuis 2016.

Le prof. Dr. med. Aristomenis Exadaktylos est directeur et médecin-chef du service d'urgence de l'hôpital universitaire de Berne. Grâce à son expérience à l'international, le professeur Exadaktylos a su tisser un réseau impressionnant de professionnels, jeunes comme chevronnés, du domaine de la médecine d'urgence. Outre la Suisse, il exerce également ses activités en Afrique du Sud, en Irlande et aux États-Unis. Il s'est spécialisé dans la médecine traumatique et dans la prévention des accidents pendant les loisirs.

machen
machen?
praktizierenden



eHealth ante portas

Un spectre hante la Suisse, le spectre du DEP. Tout le monde en parle, du dossier électronique du patient ou DEP, mais rares sont ceux qui savent vraiment de quoi il s'agit. Et ce, alors que le dossier ne représente que la pointe de l'iceberg. La dématérialisation du secteur de la santé entraîne de grands changements. La Belegsarztakademie et le Doctor's Talk ont centré leur colloque sur ce sujet.

Le dossier électronique du patient ne peut être stoppé. Mais il soulève des questions qui ne doivent pas être ignorées. Tel est le bilan du colloque dédié au DEP en septembre 2017.

Texte : Benjamin Fröhlich, service de presse et d'information

Image : Peter Brandenberger (engadin-pictures.ch)

Le dossier électronique du patient (DEP) est-il un bien ou un mal pour les médecins et patients? Qu'implique eHealth? Quelles modifications de la législation s'ensuivent? Comment change-t-il le système de santé? En tant que médecin, doit-on y participer ou non? Ce sont là quelques-unes des questions posées par Willy Oggier, économiste renommé de la santé, dans son introduction lors du 3^e Doctor's Talk et de la 11^e académie des médecins agréés. Manifestement, le DEP et eHealth soulèvent, d'une manière générale, de nombreuses questions. Répondre à quelques-unes d'entre elles était l'objectif de ce colloque commun.

Une masse de données à haut potentiel de frustration

Selon Willy Oggier, la première intervenante propose un point de vue macroscopique. Membre du Conseil national, du comité directeur de la FMH et responsable du secteur Numérisation et eHealth, Yvonne Gilli s'occupe depuis longtemps de la dématérialisation du secteur de la santé. Elle connaît les deux perspectives, celle de la politique et celle des médecins. Aujourd'hui, alors qu'il s'agit de mettre en œuvre les premières étapes, elle n'est plus tout aussi optimiste, confie-t-elle. Mme Gilli sait que la numérisation de la médecine s'opère avec force et au pas de course. Aucune autre branche économique n'a connu ces dernières années une croissance aussi rapide que eHealth. De

récentes publications de l'OCDE estiment que, parmi les nouveaux instruments, beaucoup sont certes valables, mais qu'ils renferment aussi de grands risques. Au lieu d'en dégager une réduction de la charge de travail, le corps médical pourrait se voir confronté à un véritable déluge réglementaire. A ceci s'ajoute un défi éthique. Les médecins doivent réfléchir à des questions telles que la surveillance, l'ingérence de tiers, l'assurance qualité, les problèmes de protection des données, la cybercriminalité et la gouvernance des données.

Pour pouvoir utiliser la déferlante de données, il faut être en mesure de les relier entre elles. Or, sur ce point, la Suisse est en retard, et une amélioration n'est pas en vue, du moins à court terme.

Au cœur de eHealth se trouvent le DEP et les processus business-to-business. Le DEP est tout d'abord un stockage de données concernant les faits pertinents pour les traitements, mais aussi, en outre, le plus grand instrument de saisie. A l'avenir, même le patient devrait pouvoir saisir et intégrer lui-même des données. Selon Mme Gilli, la mise en œuvre pratique du DEP s'avère toutefois difficile.

Elle voit d'un œil un peu plus positif les progrès dans d'autres domaines de la dématérialisation médicale. Dans certains secteurs, les données sont saisies électroniquement depuis longtemps, notamment en cas d'urgence. Du peu d'expérience que l'on en a tiré, on peut en déduire que eHealth semble approprié, dans un premier temps, pour les processus fortement standardisés. Cependant, Mme Gilli n'y trouve pas encore les conditions requises garantissant la dématérialisation de prestations plus complexes. Aujourd'hui, eHealth risque de devenir pour

les médecins un outil à haut potentiel de frustration, synonyme d'erreurs d'appréciation arbitraires basées sur l'informatique, de surabondance d'informations et d'investissement non rentables. Malgré tout, il est capital que la dématérialisation s'opère avec la coopération intense du corps médical.

La Suisse pourrait tirer des leçons de l'expérience états-unienne, pays où la numérisation s'est achevée en grande partie dès 2009. Le système se trouve actuellement dans une impasse, raison pour laquelle une réforme vient d'être lancée. La principale raison de l'échec: le manque d'intégration des professions concernées. En clair: les médecins doivent avoir leur mot à dire si l'on veut que eHealth soit un succès.

Lucerne tout feu tout flamme pour eHealth

Certaines institutions en Suisse sont plus avancées en termes de dématérialisation du secteur médical. Comme par exemple l'hôpital cantonal de Lucerne, dont le responsable informatique, Stefan Hunziker, tente de donner une image positive du DEP et de eHealth. Sa principale tâche dans un établissement dispersé sur plusieurs sites: l'interopérabilité. De nombreuses données de santé sont déjà saisies aujourd'hui électroniquement, mais on ne les combine pas. Tous les médecins spécialistes ont leur propre appli, mais il n'existe pas d'appli utilisable au niveau interdisciplinaire. Pour M. Hunziker, ce sont là les points les plus ardu de la numérisation, car des liens interdisciplinaires sont nécessaires. Or, ils sont également possibles. Mais si un service, un site ne participe pas, l'ensemble du système ne peut plus fonctionner. Ceci vaut particulièrement pour le DEP. Le dossier électronique du patient ne peut fonctionner que si toutes les institutions de santé et tous les prestataires d'une région travaillent avec cet outil. Si une clinique fait bande à part, le DEP n'a plus de sens car l'intégralité des données saisies n'est plus garantie.

Pourtant, selon Stefan Hunziker, les avantages de la dématérialisation seraient énormes. Elle permettrait d'accroître l'efficacité et l'efficacité d'une entreprise; l'échange de données et les processus deviendraient plus rapides et plus fluides. Dans le cas de l'hôpital cantonal de Lucerne, un programme centralisé permet par exemple aujourd'hui d'enregistrer les lits ou les salles d'opération libres de tous les sites de l'établissement, et ainsi de mieux les utiliser. M. Hunziker voit également d'énormes avantages pour les médecins libéraux. La numérisation permet ainsi de réattribuer immédiatement un rendez-vous devenu libre dans la journée du fait de l'annulation par le patient. Si les patients avaient eux-mêmes accès au planning des rendez-vous de leur médecin, ils pourraient choisir eux-mêmes leur rendez-vous. Les trous dans le planning seraient alors prisés, un peu comme les sièges libres d'une compagnie aérienne.

Berne reste prudente

Les exemples peuvent convaincre, mais il est bien connu que, très souvent, le bât blesse au niveau de la mise en œuvre. Le troisième intervenant est le

président de la SMCB, Beat Gafner. Il ne souhaite ni idéaliser ni caricaturer eHealth et le DEP. Mais il est un fait que, jusqu'à présent, le corps médical du canton de Berne n'affiche qu'un intérêt réservé au BeHealth, la stratégie bernoise de eHealth. Cependant, 65 % des participants à une enquête réalisée par la SMCB en 2017 auprès de ses membres soutiennent d'une manière générale le DEP. M. Gafner souligne qu'il n'existe pas d'obligation à ce que les médecins du secteur ambulatoire passent au DEP et adhèrent à la communauté de référence. Mais les médecins bernois sont aussi parfaitement conscients des problèmes susceptibles d'apparaître avec eHealth: plus de travail, affaiblissement du secret médical ainsi que d'importants investissements.

- 1. Dématérialisation oui, mais pas à n'importe quel prix.**
- 2. Compléter le DEP avec des processus B2B.**
- 3. Incitatif pour le nouvel équipement, rémunération pour l'actualisation des données!**

Ce qui parle en faveur de BeHealth est en revanche beaucoup plus flou. Pour le prestataire, il n'existe aucune plus-value d'ordre financier et il est quasiment impossible de déléguer la tenue du DEP. Au contraire, le dossier électronique du patient demandera au médecin plus de travail que le dossier papier. Car maintenant, on voit par exemple les entrées des collègues, on détecte peut-être des erreurs ou on doit remettre de l'ordre dans les contributions des autres. Ceci dit, le DEP est un «os maigre» pour un cabinet de médecine de premier recours, ajoute M. Gafner; il n'y a pas encore beaucoup de données à entrer. De plus, la volonté de prévoir dans le tarif l'actualisation des données semble jusqu'à présent très faible et l'intérêt de la population envers la dématérialisation du secteur de la santé apparaît bien limité. Et enfin, la dépendance du cabinet médical envers les entreprises informatiques prend des proportions importantes du fait du DEP.

Cependant, selon M. Gafner, l'évolution vers la dématérialisation est incontournable. Le changement est indispensable. Mais ce changement devrait s'effectuer avec modération. Rien n'exige d'accélérer le processus, car les nouveaux cabinets seront numérisés dès le départ et feront donc partie de la communauté de référence BeHealth. Bien que prudent, l'appel de la SMCB n'en est pas moins clair:

1. Dématérialisation oui, mais pas à n'importe quel prix.
2. Compléter le DEP avec des processus B2B.
3. Incitatif pour le nouvel équipement, rémunération pour l'actualisation des données!

« Nous devons corriger les erreurs du système »

Révision totale du tarif médical ambulatoire, projets de financement uniforme des prestations hospitalières ambulatoires et stationnaires, augmentation de la franchise de base – bien des choses bougent dans le système de santé suisse. Nous nous sommes entretenus avec Pius Zängerle, directeur de l'association d'assurances maladie curafutura, qui tire un bilan de son activité dans le domaine de la politique de la santé à l'occasion du 4^e anniversaire de l'association.

Interview: Andrea Renggli, service de presse et d'information
Photo: Fotolia

Pius Zängerle, à l'occasion de son entretien annuel avec la presse, curafutura a décrit la réforme en vue d'un financement uniforme des prestations hospitalières ambulatoires et stationnaires (EFAS) comme étant la « pièce maîtresse des travaux de réforme visant à préparer le système de santé suisse à relever les défis futurs. » Toutefois, la réforme est au point mort actuellement, en raison du rejet des cantons. Quel devrait être le rôle des cantons dans l'EFAS ?

Dans le système actuel, les cantons ont une fonction centrale, et ils la garderont. C'est dans leur intérêt que le financement du système de santé fonctionne, notamment parce qu'ils paient la réduction de prime. Nous voulons trouver une solution avec les représentants des cantons. Il est prévu que les cantons n'engagent pas plus de moyens financiers dans le secteur de la santé qu'ils ne le font dans le

système actuel. Cela signifierait que les cantons supportent environ 25 % des coûts via les impôts et que les caisses maladie se chargent du reste par l'intermédiaire des primes.

« Les cantons ne doivent pas engager plus de moyens financiers dans le secteur de la santé qu'ils ne le font dans le système actuel. »

Malgré tout, la Conférence des directeurs des affaires sanitaires a rejeté le projet. Que peut-on encore proposer ?

Les négociations ne sont pas encore terminées. Certains cantons ne sont pas totalement opposés à cette idée.



Pius Zängerle: «Lorsque l'on ferme hermétiquement une cocotte-minute, il arrive un moment où elle explose. Nous devons bien réfléchir aux manettes de commande que nous voulons employer.»

Pourquoi curafutura a-t-elle soutenu l'intervention tarifaire du Conseil fédéral ?

Dans une situation de blocage, telle qu'on l'a connue pour les négociations du tarif, il faut un arbitre, dans ce cas le Conseil fédéral. L'intervention tarifaire a en quelque sorte porté ses fruits puisque les partenaires se sont remis à la table des négociations.

«L'intervention tarifaire n'entraînera pas une réduction des primes, mais la hausse sera freinée.»

Les assureurs maladie veulent tenir compte de l'économie de 470 millions de francs dans le calcul de leurs primes 2018. Est-ce vraiment plausible que les résultats se ressentent si vite ?

L'intervention tarifaire n'entraînera pas une réduction des primes, mais la hausse sera freinée. Nous saurons l'année prochaine si le chiffre estimé de 470 millions sera réellement atteint. Selon nos estimations, cette réduction est possible si les médecins et les hôpitaux jouent le jeu et si assureurs maladie et patients vérifient scrupuleusement les factures.

Si le résultat de l'intervention n'est pas aussi élevé que souhaité, faut-il s'attendre à une explosion des primes fin 2018 ?

Personne ne sait aujourd'hui comment le système réagira. Tous les acteurs impliqués devront observer attentivement la situation.

Actuellement, des propositions de diverses origines voient le jour en vue de contenir la hausse des coûts dans le système de santé. Que pensez-vous de l'actuelle proposition du PDC en faveur d'un plafonnement des coûts ?

Nous n'avons pas encore arrêté notre position à ce sujet. Toutefois, lorsque l'on ferme hermétiquement une cocotte-minute, il arrive un moment où elle explose. Nous devons bien réfléchir aux manettes de commande que nous voulons employer. Un peu de pression sur le couvercle est peut-être nécessaire. Mais je ne suis pas certain que le salut de notre secteur de la santé réside dans un budget global. Au final, il faudrait rationner les prestations. Est-ce vraiment ce que nous voulons ?

Afin de maîtriser les coûts du secteur de la santé, la Confédération propose un nouveau modèle de restriction d'admissions. Il prévoit qu'une organisation désignée par les assureurs vérifie les admissions. Est-ce judicieux ?

Nous étudions actuellement le papier et travaillons encore à notre réponse à la consultation. De ce fait, je ne peux pas encore vous répondre concrètement. Mais il est évident qu'il doit être possible

de prendre des contre-mesures au cas où les coûts croîtraient trop fortement. Car il n'y a aucune raison que, dans le secteur de la santé, nous subissions tous les ans une augmentation des coûts de 4 ou 5 %, voire même plus. Ce n'est ni dans l'intérêt de l'économie ni dans celui des médecins et des hôpitaux, et encore moins dans celui des assurés. Car ce sont eux qui doivent payer ces coûts par le biais de leurs primes, ou bien ils sollicitent une réduction individuelle de prime auprès de l'Etat. Il est dans notre intérêt à tous que l'évolution soit certes dynamique, mais supportable.

Au vu de telles propositions d'économies, l'utilité pour le patient ne devrait-elle pas, fondamentalement, être placée au premier rang ?

C'est un bon principe. Mais dans une communauté solidaire, chacun a droit à ce que ses préoccupations soient prises en compte, même ceux qui n'ont pas ou à peine recours aux prestations, mais qui, en premier lieu, paient. La solidarité entre les personnes malades et celles en bonne santé, entre les pauvres et les riches, fonctionne très bien dans le système social suisse. C'est pourquoi le secteur de la santé n'est pas comparable à d'autres biens ou prestations, où c'est celui qui paie qui décide. Nous devons donc composer prudemment avec le concept de l'utilité pour le patient. Si la solidarité est mise par trop à rude épreuve, la communauté solidaire risque de se désagréger. Nous devons l'éviter en mettant toujours l'utilité en relation avec les coûts.

« Je ne suis pas certain que le salut de notre secteur de la santé réside dans un budget global. »

Vous avez parlé de la responsabilité individuelle: comment peut-on la renforcer ?

Là où la responsabilité individuelle intervient déjà aujourd'hui, nous ne devons pas la mettre délibérément en danger ou même la faire disparaître. Dans notre système de santé, le patient prend une partie des frais à sa charge. Il peut influencer lui-même leurs montants sur la base de la franchise. Nous devons partir de ces éléments. Il est prouvé que les personnes ayant une franchise élevée sont non seulement en meilleure santé, mais ont aussi un comportement plus soucieux des coûts. Nous devons amplifier cet effet. Sinon, nous risquons d'avoir une « médecine d'Etat » qui décide à quelles prestations le patient peut prétendre. Le libre choix du médecin est lié à la responsabilité de se comporter raisonnablement, c'est-à-dire également de contribuer aux frais dans la mesure du possible.

Pourrait-on aussi envisager de relever le plafond de la franchise ?

La franchise de base sera relevée. Mais je veux dire que les franchises à option pourraient aussi parfaitement être relevées pour assurer le développement du système et conserver la responsabilité individuelle en son sein.

« Il n'est pas possible que nous subventionnions 40, 50 ou même 60 % de la population avec des réductions de prime. »

Où commenceriez-vous pour arriver à maîtriser le problème des coûts ?

Tout d'abord par le financement: un financement uniforme des prestations hospitalières ambulatoires et stationnaires permettrait de supprimer des incitatifs erronés. Mais il existe également des problèmes au niveau de la tarification, par exemple dans le tarif des soins ambulatoires des médecins. Ces problèmes doivent être résolus rapidement, car la pression monte. Les gens ne comprennent pas que nous travaillions avec un tarif obsolète dont certains profitent beaucoup et d'autres pas assez. Ces problèmes ne peuvent être résolus qu'avec une coopération partenariale. Il faut la volonté de tous.

La hausse des frais de santé est-elle vraiment un problème? Le PIB affiche aussi une croissance permanente.

D'un point de vue économique global, c'est exact. Les quelque 80 milliards de francs que nous dépensons à l'heure actuelle pour la santé représentent environ 11 % du PIB. C'est supportable. D'un autre côté, nous avons un système obligatoire imposé, financé par les primes. Une partie de la population ne verse plus rien dans ce système, les personnes bénéficiant de réductions de prime individuelles. Une autre partie est tout à fait en mesure de le faire. Et puis, il y a ceux qui ont des difficultés à payer leurs primes. Il n'est pas possible que nous subventionnions 40, 50 ou même 60 % de la population avec des réductions de prime. C'est une erreur du système que nous devons corriger.

Cet article est paru pour la première fois dans le Swiss Dental Journal SSO 10-2017. Nous le produisons avec l'aimable autorisation de la revue spécialisée.

Les soins médicaux inter-professionnels au XV^e siècle

En 2017, l'Hôtel du Gouvernement de Berne fête ses 600 ans. Au mois de septembre, c'est toute la « basse vieille ville » qui a vécu à la fin du Moyen-Âge. Beat Gafner a saisi cette occasion pour jeter un regard sur l'organisation du système de santé de l'époque à Berne.

Texte et images : Beat Gafner,
président de la Société des Médecins du
Canton de Berne

Durant tout un week-end, l'Hôtel du gouvernement bernois ainsi que les rues de la vieille ville s'étaient placés sous le signe du Moyen-Age finissant et de la grande époque de Berne au XV^e siècle. L'occasion de se plonger dans la Berne de 1417 me fit prendre également ma plume pour présenter un aperçu de l'organisation interprofessionnelle du secteur de la santé dans l'ancienne Berne.

Les piliers du secteur de la santé

La famille

Au Bas Moyen-Age, c'était en premier lieu la famille, avec l'aide des domestiques, qui s'occupait des proches malades. Celui qui était seul, pauvre, étranger et atteint d'une maladie chronique tentait de survivre en mendiant ou obtenait éventuellement, après une expertise par le médecin de la ville et s'il était citoyen, une place à l'hôpital local où il était pris en charge avec une prébende, dévolue par les autorités, qui

lui permettait au moins de survivre grâce à une nourriture simple et des soins médicaux minimaux.

Médecins savants et chirurgiens de tradition artisanale

Le traitement des maladies internes, pour autant qu'elles aient pu être diagnostiquées et traitées, était du ressort des médecins savants lettrés. A l'époque, les facultés de médecine connues étaient Paris, Montpellier et Padoue.

Les « medici » terminaient leurs études avec le titre de maître et de docteur et faisaient partie des principaux fonctionnaires d'administration d'une ville. En général, ils tenaient en outre un cabinet de savant.

Ils surveillaient tous les aspects de la santé publique, tels que l'alimentation en eau (eau potable et eau non potable), l'inspection des viandes ainsi que l'enseignement, l'examen et l'admission des apothicaires, sages-femmes, barbiers, barbiers-chirurgiens et chirurgiens. Au niveau de la lutte contre les épidémies, le médecin de ville procédait à l'inspection visuelle des malades et des lépreux et décidait de l'entrée dans un hôpital ou une léproserie. Le médecin savant n'effectuait aucun travail



Source : Anatomia, Holzschnitt, ca. 1493, Fondation Martin Bodmer, Cologny, Inc., Bodmer 180

Le professeur savant enseigne l'anatomie « ex cathedra », depuis la chaire. Le prosecteur, en tant qu'artisan salarié, effectue la dissection.



Belle représentation d'une cataracte (opération de la cataracte).

pratique sur les patients malades ou blessés! En raison de leur activité et de leur position, les médecins savants faisaient partie du patriciat urbain. A Berne, ils étaient nommés par l'avoyer et le Petit conseil et étaient rémunérés. L'obligation de résidence restreignait le médecin de ville dans sa liberté de déplacement. Notamment lors d'épidémies, il lui était interdit de quitter la ville.

L'origine des médecins (de ville) de la Confédération s'étendait sur l'ensemble de l'Allemagne du Sud, de l'Italie du Nord et de la Bourgogne. L'immigration était activement encouragée.

Certains médecins de la ville de Berne exerçaient d'autres métiers en plus de leurs fonctions. Valerius Anshelm, par exemple, écrivit la première Histoire de la ville de Berne et discutait intensivement avec Nicolas de Flue et Adrian von Bubenberg du mercenariat qui sévissait ainsi que des courants précédant la Réforme. Thomas Schöpf travaillait en outre comme cartographe et réalisa la première carte représentant l'ensemble du territoire bernois. A Genève travaillait Michel Servet, médecin, humaniste et théologien du royaume d'Aragon. Premier à décrire la circulation du sang, il fut plus tard brûlé vif pour hérésie à l'instigation de Calvin.

A l'inverse, les chirurgiens de formation artisanale se chargeaient du traitement des plaies et des fractures, du traitement des tumeurs extérieures et intérieures, de la médecine d'urgence et de la chirurgie proprement dite.

Du fait que les barbiers exerçaient leur activité dans les étuves ou bains publics et qu'ils avaient l'habitude de manier ciseaux, couteaux et blessures de la peau (la mousse à raser n'existait pas encore en 1416!), les barbiers et étuveurs se spécialisaient et devenaient chirurgiens, chirurgiens militaires lors des campagnes, arracheurs de dents (les ancêtres des dentistes), mais aussi tailleurs de calculs, de hernies, de testicules, de vessies et de cataractes. Ils étaient organisés dans la corporation des étuveurs et/ou des barbiers-chirurgiens, à Zurich dans la corporation des forgerons, et étaient placés sous l'autorité de la ville. Entre eux, les chirurgiens aux activités artisanales veillaient au strict respect de la structure des corps :

Les étuveurs: raser, poser des ventouses, saignée uniquement comme mesure prophylactique pour conserver la santé.

Les barbiers-chirurgiens: saignée comme thérapie pour évacuer des fluides corporels rendant malade, traitement des fractures, traitement des plaies, ablation de tumeurs superficielles.

Les chirurgiens: opérations de calculs vésicaux, de hernies de tout type, de maladies des yeux et de la cataracte.

Pour les étuveurs et barbiers-chirurgiens, la formation durait trois ans, pour les chirurgiens quatre ans, et elle se terminait par le diplôme de fin d'apprentissage. S'ensuivait le tour des pays pendant plusieurs années pour devenir compagnon. L'exercice du métier était valable dans tout le Saint-Empire romain germanique, de Hambourg à Milan et de la Lorraine à la Bohême, et était donc, selon les critères d'aujourd'hui, «conforme aux normes de l'UE». Le médecin à l'activité artisanale ne prêtait pas le serment d'Hippocrate.

Comme les médecins savants, les chirurgiens pouvaient exercer en outre d'autres activités. Ainsi, le chirurgien de Zurich extrêmement connu, Maître Jakob Ruff, écrivait, avec succès, des pièces de théâtre.

Les revenus variaient considérablement. Un tailleur de cataractes renommé pouvait choisir parmi les villes qui l'invitaient. Les tailleurs de cataractes jouaient vraiment les chirurgiens en vue. Le chirurgien de ville Jakob Ruof ou Ruff percevait à Zurich, outre des prestations en nature, un salaire de 40 livres par an, ce qui, à l'heure actuelle, représente environ CHF 4500 par an. Le médecin de ville de Zurich recevait 100 livres.

Opérations de la cataracte chez Maître Ruff: coûts pour les pauvres: 2 florins plus 10 escalins de pourboire, pour les personnes aisées: selon accord, soit environ 6 à 10 florins.

Les hôpitaux et établissements similaires

Avant la Réforme, c'était l'Eglise, et donc les ordres religieux, qui s'occupaient des pauvres et des malades. Après la Réforme, cela devint l'affaire des autorités étatiques qui, de ce fait, durent faire face à une hausse massive des dépenses publiques. D'un autre côté, tous les biens conventuels furent transférés aux autorités pour le financement des nombreuses tâches. Aujourd'hui encore, les directions de l'action sociale et de la santé des cantons couvrent avec leurs services (office des hôpitaux, office des personnes âgées et handicapées, assistance, etc.) des domaines comparables.

En tant qu'institutions d'assistance à proprement parler, les hôpitaux n'étaient pas axés en première ligne sur les soins médicaux. Ils avaient surtout la fonction d'hospices pour personnes âgées et malades qui devaient acheter leur place avec une grande partie de leur propre fortune, la prébende. Les hôpitaux s'approprièrent ainsi de grandes fortunes. Les corporations



Une personne atteinte de la syphilis avec les altérations typiques de la peau à un stade avancé (gravure sur bois d'Albrecht Dürer, Nuremberg, 1496).

artisanales, comparables aux organisations professionnelles actuelles, achetaient à l'avance des droits d'admission dans les hôpitaux pour leurs membres.

Les différences de condition existant entre les prébendiers entrant à l'hôpital étaient respectées dans les moindres détails, tant pour la nourriture, les vêtements, le droit au bois que la vaisselle, les draps, etc. Les personnes sans ressources se voyaient accorder une prébende provenant des finances de l'Etat. L'hôpital d'en bas à Stalden, l'hôpital d'en haut près de l'actuelle église du Saint-Esprit (ancienne église du monastère) étaient dirigés par un administrateur nommé par le Petit conseil. Les racines du jeu de force d'aujourd'hui entre le directeur de l'hôpital et le médecin-chef remontent donc à très loin...

L'hôpital Anna Seiler constituait une institution se rapprochant de notre conception moderne d'un hôpital, étant donné qu'il n'acceptait que des malades jusqu'à ce qu'ils soient guéris. La communauté des malades décidait conjointement avec le directeur de l'hôpital de l'entrée et de la sortie ultérieure. La durée maximale de séjour était limitée. Les malades étaient installés dans leurs lits près de l'autel de manière à pouvoir suivre la messe quotidienne de leur lit. On avait rarement besoin des médecins savants dans les hôpitaux.

D'autres maladies étaient traitées dans des maisons et institutions spécialisées: la lèpre à la maladrerie et la syphilis, très répandue, à l'hospice pour vénériens. Les maladreries et hospices pour vénériens étaient dirigés par l'Etat, les occupants ayant l'obligation de travailler. La discipline était semblable à celle d'un monastère. Dirigé par les frères de l'ordre hospitalier de Saint-Antoine, l'hôpital des Antonins dans la Postgasse, aujourd'hui encore une église d'hôpital typique du Bas Moyen-Age, était spécialisé dans le traitement de l'ergotisme. Typique, la vue libre du lit sur l'autel de l'église; «ils souffraient et mouraient face au salut éternel». Au XV^e siècle, l'ordre des Antonins dirigeait quelque 370 hôpitaux en Europe.

La ville organisait des examens de lépreux au cours desquels les malades devaient se montrer devant le médecin de ville savant. Considérés comme contagieux et incurables, les lépreux étaient tenus de vivre toute leur vie en dehors de la communauté («tamquam mortuus – comme s'ils étaient morts»). Avant leur entrée, les lépreux

recevaient l'extrême onction et devaient suivre une cérémonie mortuaire. Un testament devait être présenté. A Berne, à l'endroit où, plus tard, la clinique Waldau sera construite.

Les lépreux se finançaient en mendiant et grâce à des recettes douanières régulières, notamment les péages aux ponts. Avec leur crécelle et le port d'un habit distinct, ils signalaient leur présence afin de prévenir tout contact corporel direct. Les lépreux réalisaient l'aménagement intérieur des léproseries eux-mêmes.

Les services ambulatoires

Les hôpitaux proposaient des services ambulatoires, dont des «salles de naissance» pour les femmes en couches et des salles de malades, des «auberges des pauvres» pour les pèlerins, par exemple en route vers St Jacques de Compostelle en Galice. Ces établissements étaient tenus par la corporation des étuveurs, des barbiers-chirurgiens, des chirurgiens et des sages-femmes, donc par des artisans et non des médecins savants. Situé à Berne dans la Brunngrasse, aujourd'hui le «Kreissaal» dans la Brunngrasshalde, un bar bien connu.

Apothicairerie

La plus ancienne pharmacie de Berne, la pharmacie du Rathaus, est mentionnée pour la première fois en 1566 dans un contrat de vente. La ville acheta la «huz am scharpff egg» (maison située à l'angle aigu) et y ouvrit sous le nom «Deutsche Apotheke» l'officine encore bien florissante aujourd'hui. L'Etat-cité en expansion prenait déjà à l'époque son rôle de passerelle entre les deux langues au sérieux, vu qu'il s'y trouvait toujours un apothicaire parlant l'allemand et un parlant le français. «L'apothicaire romand» tenait son échoppe en haut de la Gerechtigkeitsgasse, du côté de l'ombre, pratiquement en face de l'apothicaire allemande du Rathaus. Le travail et les tâches de l'apothicaire étaient fixés dans un règlement de l'apothicaire spécifique, de même que les réserves de substances selon l'Antidotaire Nicolas.

Comme pour les médecins savants et les chirurgiens artisanaux, l'immigration était souhaitée. En 1435, «Jakob Allemann, l'apothicaire du Piémont et Hans Apothicaire» sont mentionnés comme premiers de leur métier.



Vêtements de travail d'un médecin spécialiste des épidémies et de la peste vers 1720. Des substances odorantes étaient placées dans le long nez afin de prévenir toute transmission car on croyait alors que les épidémies se propageaient via les odeurs. Les mesures d'hygiène modernes prises dans les hôpitaux d'aujourd'hui pour se prémunir des infections hautement contagieuses, qui incluent des tabliers, des gants et des masques jetables, ne diffèrent pas fondamentalement de la panoplie du médecin spécialiste de la peste. Seul le long nez n'est plus utilisé de nos jours.

Les sages-femmes

En termes de surveillance et de déroulement de l'examen, l'organisation du corps des sages-femmes était placée sous l'autorité du médecin de la ville. Il existait un Règlement bernois des sages-femmes, datant de 1540, qui définissait en détail les tâches et les prérogatives, la nécessité d'une conduite irréprochable, et le montant de la solde que versaient les autorités publiques aux sages-femmes embauchées. Les premières mentions dans des actes datent de 1454 et 1457, dans le droit de cité de «Niedersyental» et «Obersyental».

Dans l'Antiquité, le droit romain avait fixé que les sages-femmes devaient sortir, par césarienne (sectio caesarea), l'enfant pas encore né du ventre d'une mère mourant durant l'accouchement, pour éventuellement le sauver. Les sages-femmes devaient donc avoir des connaissances approfondies en anatomie, en chirurgie et dans l'utilisation des instruments chirurgicaux. Au Bas Moyen-Age, c'étaient les chirurgiens qui effectuaient les opérations importantes. De ce fait, la césarienne passa aux mains des hommes. Un chirurgien entrant dans la chambre où se déroulait l'accouchement annonçait très souvent la mort!

Les sages-femmes exerçaient des fonctions juridiques lors d'actions en paternité et de tests de virginité.

Le salut de l'âme étant au Moyen-Age bien plus important que la vie terrestre, l'enfant devait, si possible, être sauvé par césarienne et la sage-femme devait procéder à l'ondoielement.

La procréation et la naissance étaient considérées comme des phénomènes magiques. On attribuait des forces mystérieuses au cordon ombilical, à l'expulsion du placenta et au fœtus mort. Conjuraison et magie étaient bien ancrées dans la médecine populaire. De ce fait, les sages-femmes étaient souvent associées à la sorcellerie et tombaient dans les griffes de la justice et de l'inquisition de l'Eglise.

Considérées comme impures à partir de la naissance, il était interdit aux femmes en couches d'entrer dans la Collégiale par le grand portail pour le baptême de leur nouveau-né. Elles avaient uniquement le droit d'emprunter la «porte des accouchées», le portail est sur la face nord de la Collégiale. Pour permettre à la sage-femme de ville de sortir, en cas d'accouchement, de la ville de Berne dont les portes étaient fermées la nuit, le veilleur devait laisser ouverte la petite «porte des sages-femmes» à la Porte

de Morat. Jakob Ruff, chirurgien renommé de la ville de Zurich mentionné précédemment, a écrit un ouvrage de référence très répandu sur l'accouchement en 1554: «Un manuel d'aide bien amusant sur la conception et la naissance des hommes».

Autres fonctions et fonctionnaires paramédicaux

L'équarisseur enterrait les animaux morts sur la place des exécutions. Il exerçait en outre des fonctions vétérinaires.

En tant que spécialiste de la torture dans les règles et de l'exécution de la peine de mort, le bourreau était un expert recherché. Il améliorait sérieusement son ordinaire en vendant des doigts de pied, des doigts et des ongles arrachés comme amulettes qui étaient prisées. Les testicules, la peau et la graisse tirée des corps des exécutés étaient utilisés comme remèdes.

Des guérisseurs non agréés, des médicastres, des herboristes et des charlatans (de l'italien ciarlatano issu du croisement de *cerretano* «habitant de Cerreto» (village dont les habitants vendaient des drogues sur les places publiques) et de *ciarlare* «bavarder, jaser») se déplaçaient de ville en ville et se soustrayaient ainsi très souvent au contrôle des autorités et des médecins de ville. Un exemple bien connu est Johann Georg Faust, né en 1480, astrologue, magicien, guérisseur et charlatan, qui servit de modèle au docteur Faust.

Maladies courantes des habitants des villes et des campagnes

Les terribles *épidémies de peste et autres maladies contagieuses*, entraînant à intervalles réguliers une multitude de morts ainsi qu'une forte chute de la densité de population dans les villes, ont joué un rôle capital dans l'évolution démographique aux XIV^e et XV^e siècles.

Entre 1400 et 1500, on a enregistré quatre épidémies de peste qui ont dévasté l'Europe et le Plateau suisse. Les épidémies de peste faiblissaient durant les mois d'hiver en raison de la mobilité restreinte, avant de connaître une recrudescence au printemps suivant.

Du fait de la promiscuité, les épidémies touchaient beaucoup plus les citadins que les habitants des campagnes. Les pertes d'habitants dans les villes pouvaient atteindre un tiers ou plus de la population. Des quartiers entiers se dépeuplaient. La municipalité compensait chaque fois les pertes de population en octroyant davantage le



L'examen des urines est un élément capital dans le diagnostic d'un médecin savant.

droit de cité aux habitants des campagnes. Cela impliquait aussi une adaptation des structures du gouvernement, consistant en de nouveaux membres au Grand conseil et l'admission au sein du patriciat semi-noble, ce qu'on appelait «Ouverture du Grand conseil».

On voyait dans les épidémies de peste inexplicables le châtimeut de Dieu et la conséquence de la décadence morale et des mœurs de la population, de la jeune Confédération devenue par trop hautaine, infatuée envers l'extérieur, et arrogante dans sa manière de vivre à l'intérieur, du fait de ses succès militaires et politiques après les guerres de Bourgogne, de la victoire lors de la guerre de Souabe qui avait conduit à une séparation politique partielle du Saint-Empire romain germanique et à l'engouement des jeunes hommes pour devenir ces mercenaires si prisés par toutes les cours princières de l'Europe.

Le caractère contagieux de la peste semblait déjà connu, mais pas la façon dont se transmettait la maladie. On supposait que cela se faisait par les miasmes présents dans l'air.

L'isolement des malades et des morts était l'unique mesure de prévention connue à l'époque. Des processions organisées par les autorités cherchaient à apaiser la colère divine, de même que les dons d'argent et de biens à des institutions ecclésiastiques tels que les couvents et les ordres.

Des processions spontanées de flagellants se répandaient dans le pays avec l'idée de calmer la colère divine par l'autoflagellation et en s'infligeant des douleurs. Les autorités laïques et ecclésiastiques voyaient d'un mauvais œil ces actions spontanées, car elles craignaient que leur pouvoir reçu de Dieu et le maintien de l'ordre public ne soient menacés.

Les épidémies s'accompagnaient d'une *pénurie alimentaire* les années suivantes avec un renchérissement de la nourriture, la famine, des *révoltes* locales et des *pillages* qui étaient sévèrement punis. En même temps, les autorités se voyaient obligées de plafonner les prix et d'interdire les exportations de céréales, de beurre et de vin. Les profiteurs faisaient grimper les prix de la viande et du pain. Le Petit conseil de Berne devait négocier ferme avec les boulangers et les meuniers pour qu'il y ait à nouveau davantage de pain sur le marché.

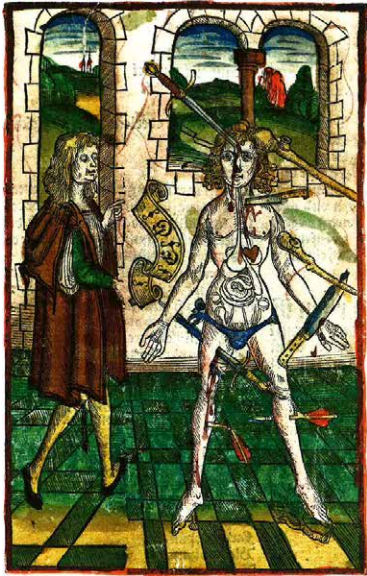
Les maladies infectieuses, pas seulement la peste, se transformaient souvent en épisode épidémique. En faisaient partie les infections gastro-intestinales comme le typhus, la dysenterie, la grippe, la lèpre, la syphilis et les infections des voies respiratoires telles que la tuberculose pulmonaire. Une pneumonie, qui ne pose aujourd'hui pas de problème, ou une plaie infectée pouvait rapidement entraîner la mort en raison de la faiblesse immunitaire chronique engendrée par les carences alimentaires et la malnutrition omniprésentes.

La population était livrée à ces maladies infectieuses sans protection aucune, tandis que la médecine était dans une large mesure impuissante. La poliomyélite était également très répandue, comme on peut aujourd'hui le constater sur les squelettes découverts.

Rare aujourd'hui, l'*ergotisme* était alors une maladie des pauvres et des indigents, causée par la consommation d'épis de seigle, soit du pain ou des galettes, contaminés par le champignon *Claviceps purpurea* appelé l'ergot du seigle. Ce dernier produit de l'ergotamine qui, une fois dans le corps, peut causer une vasoconstriction entraînant des fourmillements, de fortes douleurs et même la nécrose des mains et des pieds. «Feu sacré», «mal des ardents», «feu de Saint-Antoine» sont des synonymes utilisés pour désigner cette maladie. L'amputation du membre atteint était souvent l'unique thérapie possible. L'ordre hospitalier de Saint-Antoine était devenu spécialiste des amputations dues à l'ergotisme dans toute l'Europe. Un amputé dépendait toute sa vie de l'aide des membres de sa famille et de l'assistance aux indigents.

On constate un *manque chronique de fer* sur 30 % des squelettes examinés, et plus particulièrement chez les femmes.

Les *carences en vitamines* étaient la règle. La carence en vitamine D est visible à l'œil nu sur les squelettes étudiés avec leurs os déformés par le rachitisme. Le manque de vitamine C (scorbut) qui l'accompagne est également reconnaissable aux traces d'hémorragies et de déchaussement des dents sur les squelettes du XV^e siècle. Les caries dentaires étaient omniprésentes. De même, les fouilles archéologiques mettent sans cesse au jour les conséquences de l'arthrose sur les articulations de grande et petite taille, de tumeurs osseuses, de fractures guéries, certaines traitées correctement avec une réduction dans les règles et d'autres avec des difformités.



«Poster Homme blessé» comme outil de formation pour chirurgiens de tradition artisanale, avec représentation des possibles blessures externes les plus fréquentes.

Mortalité

Il y a 500 ans, la mortalité était très élevée, notamment chez les enfants. Entre 5 et 10 ans, elle atteignait environ 50 %. Un peu plus faible mais toujours forte, celle des femmes jusqu'à 30 ans. L'âge de 60 ans était rarement atteint.

Diagnostic

Seules les perceptions qui pouvaient être vues, entendues, goûtées et tâchées étaient disponibles, à savoir l'aspect, la respiration, le pouls et, chose très importante, les selles et l'urine. L'examen de l'urine occupait une place centrale. De même qu'aujourd'hui, le stéthoscope sur l'épaule est le symbole de tout médecin dans la publicité et les films, c'était, à l'époque, le verre d'urine.

Pas de percussion, de mesure de la température, d'auscultation, pas de microscope, de laboratoire, de radio ni d'autre procédé générant des images.

La théorie des humeurs, issue de l'Antiquité mais devenant de plus en plus compliquée, servait de base scientifique à tout diagnostic. Pour fonctionner, il fallait, à chaque époque, la compléter avec son expérience personnelle.

Dans ce concept des quatre humeurs, chaque maladie s'explique comme faisant état d'un dérangement dans la composition et l'équilibre entre eux des *quatre fluides corporels*, à savoir, le sang, la bile jaune, l'atrabile (bile noire) et la pituite.

Ces quatre fluides correspondent à quatre *tempéraments*, le sanguin, le flegmatique, le mélancolique et le colérique; à ceci s'ajoutent les cinq qualités élémentaires brûlant, chaud et humide, froid et humide, chaud et sec, froid et sec.

Des éléments de cette théorie des humeurs, qui, dans son principe, fit fonction de doctrine officielle jusqu'à la fin du XVIII^e siècle, se sont maintenus jusqu'à aujourd'hui dans la médecine populaire et le langage courant: «le sanguin», «le colérique», «flegmatique», «laxatifs nettoyants», etc.

Thérapies

Avec des saignées, la pose de ventouse, des laxatifs et vomitifs, essentiellement à base de plantes, on essayait d'éliminer du corps les concentrations nocives de chaque fluide

et de rétablir l'équilibre normal. Les sels de métaux lourds avaient également leur place. Des pharmacopées décrivaient les thérapies et donnaient les explications pour la fabrication de remèdes.

Une multitude de décoctions, de jus, de sirops et de pommades étaient ainsi fabriqués, pourvus de noms fantaisistes et vendus sur les marchés par les charlatans et les médicastres. Les breuvages contenaient de multiples substances et seraient classés aujourd'hui comme dangereux, voire toxiques, non comestibles ou contre-indiqués.

Exemple: le «long poivre indien» rapporté d'Amérique vers 1500, aujourd'hui connu comme piment de Cayenne, était considéré comme chaud et sec. Selon la théorie des humeurs, il était employé, en interne, pour traiter un estomac froid (gastrite, reflux, etc.), la constipation et les flatulences, et contre les maux de dents. En externe, le piment s'utilisait en cas de gangrène (infection des plaies), de dermatomycoses et d'eczéma.

Les altérations de la peau qui en résultaient, des pustules, étaient ensuite traitées autant que possible par les charlatans à l'aide de décoctions et de pommades renfermant du mercure.

Conclusion

Les acteurs médicaux n'agissaient pas, comme c'est essentiellement le cas aujourd'hui, dans le propre intérêt de chaque profession. La population et les autorités étaient déjà satisfaites de recevoir au moins un soutien médical, que ce soit de la part d'un médecin savant, d'un chirurgien, d'un apothicaire, d'une sage-femme ou d'une herboriste sans formation. Les médecins fabriquaient des remèdes, les chirurgiens traitaient également des maladies internes, les frontières avec l'activité d'apothicaire étaient fluides. En réalité, les marges individuelles étaient bien plus larges que ne l'autorisaient de fait les règles très strictes de la corporation. La juridiction du Conseil n'entraînait en action que si l'intégrité personnelle et la santé d'un individu risquait de subir un très grave préjudice ou en avait subi un, ou si le dépassement des limites en termes de compétences devenait par trop visible.

Prestation réussie

De nombreux cabinets médicaux bernois forment des assistantes médicales. Afin de faire connaître cette profession auprès des jeunes qui vont bientôt terminer leur scolarité, l'école professionnelle bernoise pour les métiers de l'assistance médicale était présente au salon bernois des métiers et de la formation (BAM) avec son propre stand.

Texte et image : Markus Gubler, service de presse et d'information

Dans les cabinets médicaux de Berne, 430 apprenties suivent actuellement leur formation professionnelle de trois ans en vue d'obtenir le certificat fédéral de capacité (CFC) d'AM. Les médecins formateurs trouvent encore suffisamment d'apprenties. Mais la situation pourrait changer dans un proche avenir. La raison : le secteur de la santé est en pleine expansion. Assistantes médicales AM, assistantes dentaires, aides en soins et accompagnement AFP ainsi qu'assistantes en soins et santé communautaire (ASSC) : rien qu'au niveau de la formation initiale des métiers du secteur médical et des soins, de nombreuses filières s'ouvrent aux jeunes intéressées. D'une manière générale, un nombre croissant d'acteurs cherche à s'attirer les faveurs des futures apprenties. Lors du BAM 2017, le plus grand salon de la formation initiale et continue de l'Espace Mittelland, 109 exposants ont proposé un aperçu de la formation initiale dans plus de 350 profils professionnels.

Aperçus authentiques

L'école professionnelle bernoise pour les métiers de l'assistance médicale, be-med, ressent également cette pression concurrentielle. Une nouvelle fois, elle est présente au BAM avec un stand d'information. Les responsables de be-med ont conservé le concept de stand ayant déjà fait ses preuves. Sur trois écrans, des apprenties présentent leur travail au quotidien dans des courts métrages qu'elles ont réalisés elles-mêmes. Les visiteurs obtiennent

ainsi un aperçu authentique du monde des assistantes médicales et vétérinaires (AM et AV) ainsi que dentaires (AD). Ils peuvent aussi poser des questions personnelles auxquelles répondent des assistantes diplômées, des apprenties de troisième année, des enseignants et des collaborateurs de l'école professionnelle. Actuellement, le métier d'AV a particulièrement la cote auprès des jeunes, rapporte une des responsables du stand, pour qui l'engagement de be-med se révèle positif.

Speed-Dating

Les organisateurs tirent également un bilan positif. « Une fois de plus, le salon BAM a montré qu'il constitue un repère utile dans le choix d'une profession et l'orientation parmi les nombreuses formations proposées en Suisse », constate Bernexpo dans le communiqué officiel. Près de 22 500 élèves, jeunes et adultes ont visité le salon durant les cinq jours qu'il a duré, afin de bénéficier de conseils et d'idées. Ceci représente une augmentation de 4 % par rapport à l'année précédente. Les organisateurs ont également testé de nouveaux formats de rencontre. L'édition 2017 du salon BAM a ainsi, pour la première fois, proposé le Speed Dating qui permet aux jeunes se trouvant dans la phase du choix professionnel et aux futurs employeurs potentiels de faire connaissance dans un cadre décontracté. L'accueil a été si positif que les organisateurs ont décidé d'organiser à nouveau un Speed Dating lors du prochain salon BAM qui se déroulera du 8 au 12 novembre 2018.



Bientôt apprenties dans un cabinet médical? De jeunes filles s'informent au stand de la be-med notamment sur le métier d'assistante médicale.

**Questions à...
Matthias Döring, responsable du stand
be-med**

Monsieur Döring, le salon BAM est maintenant terminé. Quel bilan en tirez-vous ?

M. Döring: Un bilan très positif. La stratégie d'avoir des AM diplômées et apprenties comme interlocutrices sur le stand a payé. Elles étaient très motivées et disposées à partager leur expérience personnelle et leurs impressions du travail quotidien. Leur élan était contagieux. Comme le salon BAM, nous avons enregistré un plus en termes de visiteurs. Nous avons distribué plus de prospectus et de brochures que l'année dernière.

Quelle est l'importance du stand d'information au salon BAM pour la be-med ?

La be-med est perçue comme une entité à part entière. Auparavant, nous étions sur le stand de l'OMT Santé et nous trouvions quelque peu noyés dans la masse. Aujourd'hui, les employeurs sont si nombreux à se disputer les jeunes sortant de l'école qu'avoir son propre stand est un must. C'est la seule façon de rencontrer de bons apprenants motivés, ce dont profitent autant l'école que les cabinets formateurs.

Le métier d'AM est-il populaire chez les jeunes filles en quête d'une formation ?

La formation est toujours recherchée par les jeunes filles qui vont terminer leur scolarité. Chez les garçons, l'intérêt est nettement moindre. Nous

constatons cette répartition inégale des sexes également dans nos classes.

Quelles sont les questions en lien avec la formation AM qui vous ont été posées le plus souvent ?

Essentiellement des questions générales telles que « Où est-ce que je travaille en tant qu'AM ? », « Comment s'organise le travail au quotidien ? », « Quelles matières sont demandées ? », « Dans quelles matières faut-il être bon ? ». Mais aussi le salaire potentiel et les possibilités de formation continue après la formation initiale.

AUSGEGLICHENE WORK-LIFE-BALANCE



publix.ch

Neue Perspektiven: Die Ärztekasse zeigt Ihnen, wo Optimierungspotenzial besteht. Fragen kostet nichts.

Beratung + Service + Software +
Schulung = Ärztekasse
www.aerztekasse.ch

A K ÄRZTEKASSE
C M CAISSE DES MÉDECINS
CASSA DEI MEDICI

Ort der Taten: der Laborzukunft auf der Spur.



Seien Sie gespannt. Wir sind es auch.

Ab Herbst 2017 neu
am Südbahnhof Bern.



Medics Labor AG, Bern
www.medics.ch

professionell
und persönlich

Calendrier 2017 Société des Médecins du Canton de Berne

8–11 novembre
BETAKLI 2017

16 novembre
Assemblées des
cercles médicaux, pour
tout le canton