

Entretien avec Gerold Schroder

Santé publique France- Allemagne: nul n'est parfait!

Le regard d'un chirurgien européen, qui a partagé sa formation et l'exercice de son métier entre la France et l'Allemagne, souligne la convergence de deux systèmes produisant d'excellents résultats avec des chemins différents. Néanmoins les aspects les plus négatifs de chaque organisation, élitisme de l'enseignement en France, et népotisme des chefs de service en Allemagne, sont tellement ancrés dans les mentalités et les représentations collectives qu'ils seront les plus difficiles à faire évoluer.

Cosmopolitiques: Vous êtes allemand, et vous avez choisi d'exercer votre spécialité de chirurgien en France. À quand remonte votre intérêt pour la France et la médecine ?

Gerold Schroder: Ma famille a toujours été très francophile, et j'ai commencé à apprécier la France à l'occasion d'un échange scolaire. Après mon bac littéraire, il ne m'a pas été possible de m'inscrire en médecine, car je n'avais pas obtenu de mention à cet examen. Donc j'ai commencé à travailler d'abord dans une mine de charbon, puis sur un chantier. J'ai toujours aimé expérimenter de nouvelles situations. Ensuite je suis allé en France, où j'ai travaillé à la chaîne dans une usine pharmaceutique, et puis j'ai décidé de m'inscrire en première année de médecine en France, puisque c'était ouvert à tous. Or j'avais toujours

rêvé d'apprendre à soigner. Quand j'étais ado j'aimais les histoires d'Albert Schweitzer, un médecin allemand qui a créé au début du XX^e siècle un hôpital de brousse au Gabon. Lorsque j'ai commencé à la fac de médecine de Tours, j'ai été horrifié par le discours très élitiste de la plupart des jeunes qui voyaient dans la profession de médecin un métier qui « rapportait de l'argent », et non une vocation. Ces bêtes à concours s'enfermaient pendant un an à travailler sans arrêt dans un esprit de compétition effroyable. C'était le genre à cacher leur copie au voisin, quoi ! Le recrutement par concours en fin de première année est certainement plus juste que le système allemand, mais il ne permet que de sélectionner les candidats sur des qualités scolaires et non sur des qualités humaines. La plupart en manquaient totalement, et je suis aujourd'hui étonné de constater que malgré cela ils sont tous devenus des médecins remarquables, compétents et accessibles à toute catégorie de population. Par intelligence sans doute, car les qualités d'adaptation sont primordiales pour un médecin. Mais on revient de loin ! Je me souviens qu'on avait un prof de biophysique petit et gros qui tremblait de peur devant les 600 élèves de l'amphithéâtre, et qui se faisait insulter, torturer même par les deux tiers de la promotion. À l'inverse un autre prof, qui était un vrai petit roquet facho et qui avait menacé de « casser la gueule au premier qui moufterait » a bénéficié d'une paix royale pendant toute l'année. Et l'apothéose de ces comportements méprisables, ça a été le bizutage !

Cosmopolitiques : Ah, le bizutage n'existe pas en Allemagne ?

Gerold Schroder : Non, certainement pas ! De manière générale je trouve que les étudiants en Allemagne font davantage preuve de maturité. D'abord il y a beaucoup moins de réussite au bac, seulement 30 % alors qu'en France on a fixé cet objectif absurde de 80 %. Et en Allemagne, il n'y a pas d'école toute la journée, seulement le matin, et les jeunes prennent très tôt l'habitude de travailler à côté pour gagner un peu d'argent. Comment décrire l'impression que m'a faite le bizutage ? J'ai trouvé cela très curieux, très malsain aussi, avec des épreuves mi-sexe, mi-gâchis de nourriture. Je repense à cet éthologiste allemand, Konrad Lorenz, et ses descriptions des comportements des animaux, qui expriment ainsi leurs besoins profonds. J'avais l'impression qu'on lâchait des fauves après les avoir enfermés pendant un an à ne faire que s'abrutir de travail. Ce n'est pas étonnant d'ailleurs, que ces jeunes de 18-20 ans ressentent le besoin de se défouler ainsi après une année de privation, de dénaturation, sans aucune activité physique. Mais je pense que si j'ai

été aussi profondément choqué par le bizutage, c'est qu'en tant qu'allemands nous portons une sorte de culpabilité historique, et c'est inconcevable de s'amuser à infliger des sévices ou à jouer avec des cadavres.

Cosmopolitiques : Et à part cette étape pénible de la première année de médecine, est-ce que vous pensez que les systèmes de formation des deux pays se valent ?

Gerold Schroder : En qualité, tout-à-fait ! Et les deux donnent d'excellents résultats. Mais je dirais que le système français est plus équilibré que l'allemand car les cours théoriques alternent tout au long du cursus avec des stages pratiques, pendant six ans, alors qu'en Allemagne il y a cinq années d'études théoriques et un an de stage pratique. Je suis peut-être un peu trop critique sur l'élitisme du système de sélection par concours en France, parce qu'il m'a tout de même permis de faire mes études de médecine alors que je n'aurais pas eu cette chance en Allemagne. Mais ce que je reproche à ce système, c'est de laisser beaucoup trop de gens compétents sur le carreau, alors qu'il y a pénurie de médecins dans presque toutes les spécialités. Or toute la carrière se joue avec l'internat : et en fonction du classement, des vocations peuvent être définitivement anéanties. Ainsi je me souviens de l'un de mes amis qui avait eu les mains brûlées étant petit, et qui, depuis cet accident, rêvait de devenir chirurgien de la main. Et il avait toutes les qualités pour être un excellent chirurgien. Mais il n'a pas été suffisamment bien classé à l'internat, et son rêve s'est brisé, il est devenu spécialiste de médecine nucléaire.

Cosmopolitiques : Et vous, vous avez pu devenir chirurgien ?

Gerold Schroder : Oui, mais comme je travaillais de nuit pour payer mes études, je ne me sentais pas le courage de passer l'internat. Non seulement je n'étais pas certain de le réussir, et de pouvoir devenir ensuite chirurgien mais en plus, je n'avais pas envie de garder le statut d'étudiant jusqu'à la fin de mon cursus de spécialiste. J'ai donc préféré retourner en Allemagne où le système de concours n'existe pas, et où il est possible d'être sélectionné par un chef de service hospitalier qui va vous prendre sous son aile et vous permettre d'exercer en tant que médecin généraliste dans sa spécialité. Pour devenir spécialiste, il faut remplir un certain nombre de conditions fixées par le chef de service. Mais il n'y a pas de délai pour remplir ces conditions, tant et si bien que certains médecins généralistes exercent ainsi pendant 20 ans dans des spécialités sans pour autant jamais arriver à obtenir le titre de spécialiste. Les

chefs de service en Allemagne exercent un népotisme incroyable. Ils ont un pouvoir considérable sur la gestion des carrières, sur les revenus, sur les contrats de leurs collaborateurs. Ce sont eux qui prennent toutes les décisions médicales ou techniques sans laisser de possibilité à leur équipe de pratiquer autrement. Il n'y a pas de concertation, ou de débriefing en groupe. C'est ce système allemand oppressant que j'ai fui dès que j'ai obtenu ma qualification de chirurgien. Mais je suis heureux parce que j'ai réussi à devenir ce que je voulais être, chirurgien, pour pouvoir traiter les vraies maladies. J'ai fait des stages dans différents domaines, en réanimation, en gynécologie, en cardiologie, et aussi au SAMU. J'ai beaucoup appris en travaillant aux urgences, mais j'ai toujours été surpris de constater qu'un accidenté pouvait être vu par différents spécialistes sans que personne ne coordonne les avis des différents spécialistes et ne s'assure d'une prise en charge globale du malade. Depuis les urgentistes se sont regroupés, ont obtenu que soit davantage reconnue la spécificité de leur métier, et ils sont aujourd'hui plus polyvalents, mieux formés, et prennent mieux en charge les patients.

Cosmopolitiques: Vous avez souligné que la caractéristique du système français est la sélection par concours. Est-ce que cela permet une répartition équilibrée des effectifs de médecins dans chaque spécialité ?

Gerold Schroder: Non, pas du tout ! Non seulement le numerus clausus a engendré une pénurie de médecins dans certaines spécialités, mais il n'y a pas eu non plus de politique de répartition territoriale. D'ailleurs en ce qui concerne les chirurgiens et les anesthésistes, la pénurie n'existe pas seulement au niveau national, mais aussi au niveau mondial. Il y a un phénomène général de fuite des régions ou des pays à faible revenu et à faible qualité de vie. En France j'imagine qu'il y a eu des experts au ministère de la Santé qui ont eu à un moment une vision prospective. Mais le fait d'avoir imposé des numerus clausus pour des raisons de coût, en partant du principe que si l'on réduisait l'offre de médecins on réduirait le nombre de leur patients et aussi le déficit de la sécurité sociale, était un peu absurde dans un domaine où c'est la demande du patient qui justifie l'offre de soins. Et puis les technocrates ont aussi pensé qu'avec la diffusion des équipements sophistiqués, la machine remplacerait l'homme. Or c'est complètement faux ! Plus les équipements sont complexes, plus il faut y spécialiser un médecin. Alors il y a diverses formations spécifiques post-universitaires qui sont proposées. Ensuite la manipulation de la machine devient la spécialité du médecin qui aura suivi la formation.

Cosmopolitiques: Et qui décide de l'achat des équipements ?

Gerold Schroder: C'est le médecin qui veut prendre en charge un malade qui essaye de convaincre la commission médicale d'établissement, laquelle ensuite propose au directeur d'acheter l'équipement. Ce n'est que depuis peu que les hôpitaux comme les cliniques doivent avoir un budget équilibré et en sont responsables comme s'il s'agissait d'une entreprise. Leur intérêt n'est pas d'acheter un équipement coûteux qui ne sera utilisé que pour un seul malade. En fait, dans une logique d'amortissement, les établissements de soin doivent traiter le plus de malades possible, d'autant que pour chaque malade une opération va représenter un certain nombre de frais fixes (tarification à l'activité – TAA – pour le chirurgien, l'anesthésiste, le radiologue et frais opératoires destinés à l'établissement) et qu'il est aussi possible d'intéresser les industries pharmaceutiques à la quantité de médicaments prescrits par malade selon les pathologies. La logique de gestion comptable l'emporte sur la nécessaire polyvalence que devraient avoir les établissements de soins, qu'ils soient privés ou publics. Les hôpitaux publics français ne sont entrés que récemment dans cette logique, qui était celle de la rentabilité recherchée surtout par les cliniques privées. En Allemagne, cela fait longtemps que les hôpitaux sont ainsi soumis à un mode de gestion économique. Lorsqu'on a commencé à parler d'évaluation de la qualité des soins, j'ai toujours pensé que ce pouvait être possible d'inciter par cette méthode à un meilleur fonctionnement des structures, pourvu que cela repose sur des critères cohérents. Ainsi il est possible d'avoir des statistiques très précises sur l'activité opératoire, en retenant le nombre de patients transportés par les brancardiers, le temps nécessaire pour que la salle d'opération soit nettoyée, etc. mais la qualité des soins elle, est beaucoup plus délicate à évaluer. Je me souviens qu'il y a une dizaine d'années en Allemagne, les caisses de sécurité sociale avaient lancé une grande enquête sur le traitement des hernies et vésicules opérées. Alors ils ont envoyé des questionnaires très longs à remplir avec des questions sur des tas de détails, la durée de l'opération, les hémorragies post-opératoires, etc. Les questions étaient sans cohérence globale et surtout il fallait une bonne demi-heure pour y répondre. Comme il n'y avait pas de contrôle sur la manière de remplir les fiches, ni aucun retour informatif utile pour nous, personne ne le faisait sérieusement et nous avons dû le faire *a posteriori*, en indiquant des éléments plus ou moins pris au hasard. Dans certains services le mot d'ordre a été « chez nous les infections et complications sont interdites ». Paradoxalement quand l'étude comparative a été publiée avec grand

enthousiasme, les rares établissements qui avaient scrupuleusement rempli tous les critères se sont retrouvés épingleés, alors même que l'étude énonçait des absurdités qui ne pouvaient pas avoir été écrites par quelqu'un ayant une connaissance de la médecine. Il faut donc se méfier des critères trop technocratiques et inadaptés à la pratique médicale hospitalière.

Cosmopolitiques: Les grands centres hospitaliers bénéficient aussi de la dynamique de formation et de recherche...

Gerold Schroder: Je ne sais pas si ce sont des activités très compatibles, en fait. En France, il y a les Centres Hospitaliers Universitaires qui centralisent au niveau régional les activités d'enseignement et de recherche, mais il y a des grandes stars universitaires qui ont peu d'activités pratiques, et ce n'est pas parce qu'on n'est pas payé pour faire des travaux de recherche par le CNRS qu'on ne peut pas écrire et publier des articles intéressants. C'est très différent en Allemagne où il est très bien vu de publier des articles, où tout le monde essaye de « percer » par le nombre des papiers publiés. De ce point de vue, l'Allemagne se rapproche de l'Italie. Mais cette pression sociale pour la publication d'article a son revers, et c'est ainsi que sont publiés bien des articles inintéressants, voir malhonnêtes car ils reposent sur des données qui ont été faussées. Il y a ainsi une rumeur qui circule dans les couloirs des congrès de cancérologie sur le Dr Veronesi, qui a été ministre de la Santé en Italie, mais qui aurait publié des articles reposant sur de fausses données statistiques. Or il y a très peu de recours contre ce type de publication malhonnête. En France, je ne sais pas si c'est parce que la pression est moins élevée, mais il me semble que les articles sont plus contrôlés, mieux documentés, plus sérieux aussi.

Cosmopolitiques: Est-ce que vous ne pensez pas que toute cette expertise scientifique finit par déposséder le malade de la capacité à écouter son corps et à le préserver?

Gerold Schroder: Peut-être mais je pense que ce qui est dangereux ce sont plutôt les contre-vérités pseudo-scientifiques assénées par la publicité pour arriver à vendre des produits au prétexte qu'ils sont bons pour la santé. Je ne suis pas très favorable à la prescription de médicaments. D'abord parce que je ne me souviens jamais des noms, et ensuite parce que je n'aime pas en prendre moi-même. Dans la plupart des cas de maux de ventre par exemple, lorsqu'il n'y a pas de pathologie grave,

bien sur, on ne sait pas à quoi sont dues les douleurs. Alors je crois qu'il vaut bien mieux prendre une boisson chaude non calorique le soir pour activer les sécrétions gastriques que de prendre des médicaments. Surtout ce qui m'agace, ce sont les personnes qui me disent « ma mère a pris ce médicament et cela lui a fait du bien, donc j'en ai pris aussi ». Il faut se méfier de sa subjectivité et apprendre une certaine humilité de raisonnement, qui permet de relativiser son propre cas. Il faudrait que les gens comprennent que la logique médicale est différente de la logique des juristes qui raisonnent comme s'il s'agissait d'une jurisprudence ! Il faut savoir que chaque organisme réagit différemment à tout traitement, et qu'on ne peut valider une expérience sans vérifier par toute une série qu'il ne s'agit pas d'un hasard. D'ailleurs je suis profondément agacé par le marché pseudo-médical de l'homéopathie ou de toutes ces pratiques qui revendiquent de pouvoir soigner alors qu'elles n'ont jamais pu supporter d'être confrontées à l'évaluation scientifique. Je sais que vous allez me prendre pour un affreux fasciste, mais je m'élève contre tous ces ignorants, qui au prétexte qu'ils ont un talent pour soigner, n'ont jamais fait l'effort d'apprendre ne serait-ce que l'anatomie. Si je prends par exemple le cas de l'acupuncture : certes, c'est une pratique qui remonte à des millénaires, et qui a prouvé son utilité dans le traitement de certains maux, notamment de la douleur, mais depuis, tout de même, la connaissance scientifique a fait bien des progrès, et les dessins anatomiques complètement faux de l'époque auraient dû être rectifiés ! C'est un sujet de dispute, et d'ailleurs pour éviter de m'énerver, je me réfère toujours à l'excellent livre du Professeur Stöhr sur les médecines alternatives, qui a très patiemment recensé toutes ces médecines parallèles et les a analysées avec beaucoup d'humour. Je ne sais pas si ce livre a été traduit en français.

Cosmopolitiques : Pensez-vous que les récentes évolutions juridiques sur le droit des malades ait transformé la relation des médecins avec les malades ?

Gerold Schroder : Non, je ne pense pas qu'il y ait eu de réelle évolution des mentalités suite à la publication de cette loi. Les médecins n'ont pas de culture juridique et ils pratiquent tous depuis l'époque des grecs en respectant les fameux principes du serment d'Hippocrate. Moi j'ai toujours considéré que le malade était au centre de mes préoccupations. Elle est tout de même lointaine, l'époque où le vieux chirurgien spécialisé en cancérologie disait au malade « ce n'est rien, mais on doit vous enlever le sein ». Pour ma part j'ai plus le sentiment d'être un

conseiller pour le malade qui, lui-même, après, décide de ce qu'il advient de son corps. Mais surtout en tant que chirurgien, et même si la maîtrise de la technique est fondamentale, je pense que c'est la qualité de la relation avec le malade et la confiance qui s'instaure qui est le plus important dans la coproduction de la santé publique. Ce qui m'intéresse, c'est le malade dans sa globalité. En fait j'ai choisi ce métier parce que j'aime la bête humaine, et ma récompense c'est d'apporter par mon intervention le petit détail qui va allonger la vie. Je suis une sorte de prolongateur de vie.

Entretien réalisé par Évelyne Damm Jimenez