From Docteur to Mister : un survol de deux cultures médicales

From Docteur to Mister: an overview of two medical cultures

P Mouriquand

Service de chirurgie infantile, Hôpital Mère Enfant, Bron

Mots clés

- Cursus médical
- Santé publique
- Formation médical
- Mentalité médicale
- Grande-Bretagne

Résumé

Regard posé sur 8 ans d'exercice de la chirurgie en Angleterre entre 1990 et 1998 comme « consultant paediatric urologist » à Cambridge et à Londres.

Keywords

- Medical training
- British health system
- Patient's mentality
- Great Britain

Abstract

Impressions over two medical worlds after 8 years as a Consultant Paediatric Urologist in Cambridge and London.

Après des études de médecine à Lyon, j'ai eu le privilège de faire un internat médaille d'or en urologie pédiatrique, à l'hôpital des enfants de Londres (Great Ormond Street Hospital). Cela m'a permis de nouer des liens avec les équipes anglaises et internationales et de créer en 1989 avec nos collègues anglais et hollandais « The European Society for Pediatric Urology » (ESPU) qui est maintenant la grande société scientifique internationale référente de l'Urologie Pédiatrique. Mon clinicat a été partagé entre l'urologie d'adulte et la chirurgie pédiatrique à Lyon. En 1991, au terme de cette formation, faute de poste disponible, j'ai tourné mon regard vers la Grande-Bretagne qui m'avait si bien accueilli quelques années auparavant. Mr. Robert Whitaker, figure emblématique de l'urologie pédiatrique britannique libérant son poste de « consultant » à Cambridge pour des raisons de santé, j'ai proposé ma candidature à sa succession. A ma grande surprise et à celle inquiète de ma famille, j'ai été nommé « consultant in paediatric surgery » à l'hôpital universitaire d'Addenbrookes et « associate lecturer » de l'université Cambridge. En 1994, ma carrière a évolué en devenant « consultant paediatric urologist » de Great Ormond Street Hospital à Londres et « honorary senior lecturer » du « Institute of Child Health – University College London ». Je suis retourné à Lyon pour prendre un poste de professeur de chirurgie infantile en 1998. C'est de ce parcours que j'ai pu poser un regard sur deux cultures très différentes et passionnantes : le monde anglo-saxon et le monde latin.

Deux cultures opposées conduisant à deux médecines différentes

Si le ciel est dégagé (ce qui n'est pas souvent le cas outre-Manche), la vue de la Perfide Albion par le hublot de l'avion montre que l'arrangement sur mesure des champs séparés par des haies est bien différent des grands damiers géométriques qui entourent Paris. De même, le survol des villes avec leurs rangées de maisons en briques identiques accroche tout de suite le regard. Le jardin à la française avec ses motifs tirés au cordeau s'oppose au grand désordre savamment organisé des jardins britanniques. Le premier est l'ordre qui cache le désordre, le second est le désordre qui cache l'ordre. Cela résume assez bien les mentalités de ces deux pays. Deux ouvrages illustrent précisément cette dichotomie : celui d'André Maurois (1), anglophile convaincu, qui donne des conseils aux Français se rendant en Grande-Bretagne et le guide du comment haïr les Français (2), livre humoristique reflétant le divorce historique de nos deux peuples de Jeanne d'Arc à nos jours. Le Français, par son esprit cartésien, aime les principes et se repose dessus, alors que le Britannique encourage l'excentricité et aime remettre en question ce qu'il a appris. Cela se traduit par une ouverture d'esprit et par l'esprit scientifique qui n'est pas inné chez les latins. Dans le monde médical, c'est le développement de la médecine factuelle (« Evidence based medicine ») des anglo-saxons qui s'oppose à la médecine dogmatique latine que beaucoup d'entre nous

Correspondance :

Pierre Mouriquand, FRCS(Eng), FEAPU
Professeur de Chirurgie Infantile
Hôpital Mère Enfant, 59, boulevard Pinel, 69677 Bron Cedex

Disponible en ligne sur www.bium.univ-paris5.fr/acad-chirurgie
1634-0647 - © 2012 Académie nationale de chirurgie. Tous droits réservés.

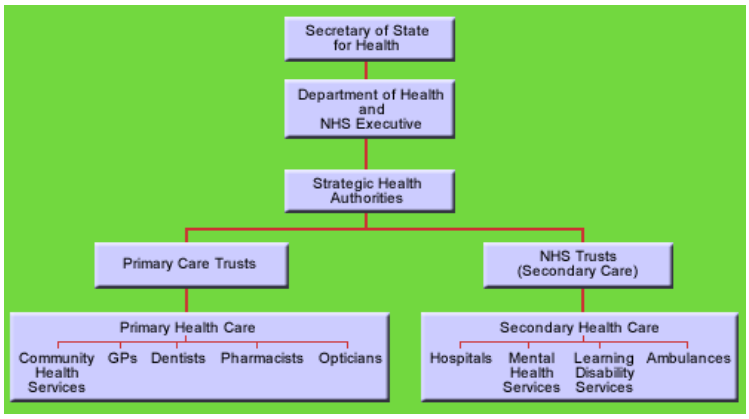

Tableau 1 - Schéma simplifié du fonctionnement de l'organisation médicale britannique (source internet).

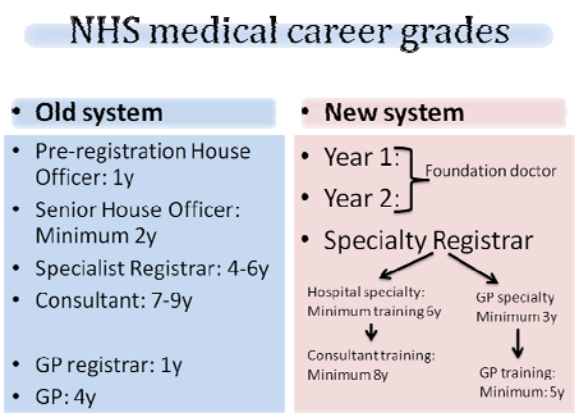

Tableau 2 - Organisation de la santé publique britannique.

avons apprise sur les bancs de nos facultés. En prenant encore plus de distance, c'est l'opposition entre le Nord et le Sud, le chaud et le froid, le protestantisme et le catholicisme et, dans le monde médical, entre la prévalence de la fonction sur l'anatomie. La fracture est encore plus profonde comme l'illustre les différences de climats et de religions bien soulignées par Claude Levi-Strauss qui opposait dans son livre « Le crû et le cuit » (3), les peuples du Nord qui font bouillir et ceux du Sud qui rôtissent. A l'arrivée, il suffit d'observer la taille des annuaires des médicaments français et britanniques pour comprendre deux approches très distinctes des maladies et de leurs traitements. Le patient anglais considère la santé comme un don du ciel, la maladie et la mort comme une fatalité. Le médecin est considéré comme quelqu'un à l'écoute qui cherche à faire traverser les épreuves. La prescription de médicaments n'est qu'un recours ultime. Le Français considère que la santé est un droit (« *Je paye donc j'y ai droit* »). Le médecin est responsable de ma maladie et donc responsable du traitement. La guérison est normale. Les complications et la mort sont des échecs de la médecine. Un bon médecin est celui qui prescrit. Même si ces raccourcis sont un peu caricaturaux, ils reflètent assez bien les mentalités des patients et des médecins des deux côtés de La Manche. Ils ne doivent pourtant pas faire penser que tout est dans le meilleur des mondes du côté britannique. L'accessibilité médiocre des soins de santé publique, la grande variabilité des prises en charge, la séniorisation inconstante des soins, la qualité très variable des soins qui en découle, les listes d'attente renommées, la médecine à deux vitesses, sont quelques exemples des failles du système britannique. Le système français conserve, à l'inverse, une plutôt bonne réputation aux yeux de sa population et des pays étrangers.

Comment ça marche en Grande-Bretagne ?

L'organisation des soins en Grande-Bretagne repose sur le « National Health System » (NHS) créé en 1948 et représentant le plus grand employeur britannique avec 1,7 millions d'employés et un budget de 106 milliards de Livres Sterling en 2011. La complexité de son organisation est à la mesure de sa taille (tableau 1). Elle fait intervenir des acteurs nationaux (secrétaire de la santé, direction du NHS), des acteurs par régions sanitaires (« NHS Trusts ») avec des enveloppes budgétaires gérées par des organismes spécifiques (« providers ») pour aboutir à des soins de proximité directs (« Primary health care ») représentés par les médecins généralistes, les pharmaciens, les dentistes, etc… et des soins plus lourds (« Secondary health care ») essentiellement représentés par les hôpitaux locaux et régionaux. Certains hôpitaux sont identifiés comme centres de recours pour des pathologies définies (« Tertiary hospitals »). Les professionnels de santé sont donc salariés mais certains d'entre eux peuvent exercer une activité privée qui est plutôt encouragée, car elle représente une source financière complémentaire pour le système. Certains médecins et soignants sont indépendants du NHS et exercent une activité purement privée dans des établissements dédiés,

239 270 médecins enregistrés au General Medical Council (GMC)
Angleterre: 178 301
Irlande du Nord: 6415
Ecosse: 19849
Pays de Galle: 10510
58% M; 42% F – Age moyen : 40
68 843 : Specialist Registered
59 738 : GP Registered

Tableau 3 – 240 000 médecins environ exercent en Grande-Bretagne (source: British Medical Association).

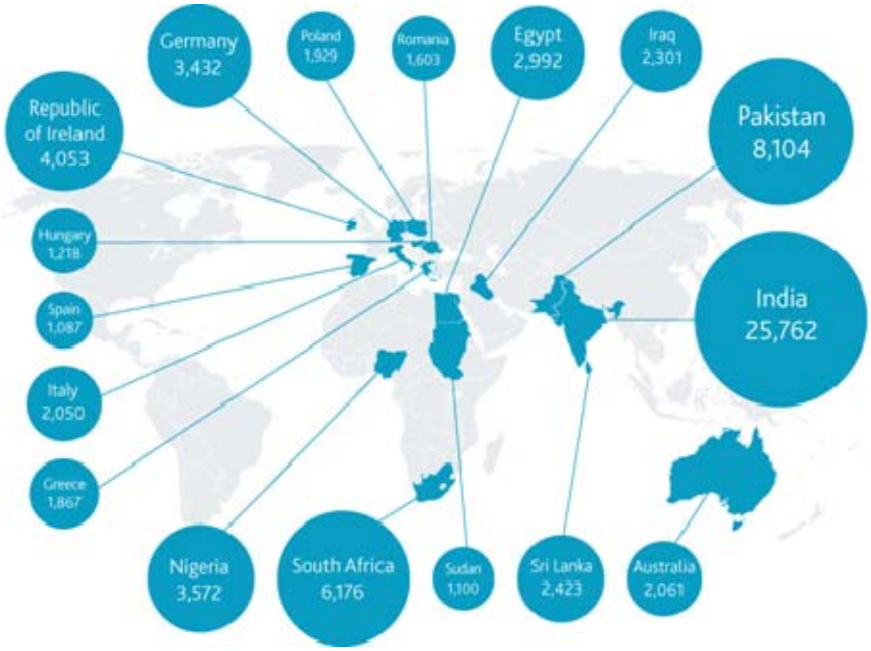

Tableau 4 - Distribution géographique des médecins en Grande-Bretagne (source: BMA).

How doctors salaries compare to other public sector workers
GPs - £103,000 a year for partners and £81,158 for GPs
Hospital consultants - £74,504 to £100,446 a year
Trainee doctors - £23,533 a year rising to £65,392 a year.
Tube driver - £45,000 to £46,000 a year.
Teachers - Up to £41,500 a year
Police constable - £21,000 to £36,500 a year
Average primary school headteacher (local authority controlled) - £51,800
Average secondary school headteacher (local authority controlled) - £60,900

Tableau 5 - Comparaison de certains salaires en Grande-Bretagne (sources : British Medical Association, Police Federation of England and Wales, Transport for London, Department for Education).

souvent gérés par des assurances médicales privées (par exemple : BUPA).
Les études de médecine ont récemment fait l'objet d'une réforme (tableau 2). Elles comportent un tronc commun de 4 à 6 ans suivi de 2 années (« Foundation training ») de transition permet d'obtenir un diplôme médical (« graduation ») qui permettra à l'étudiant en devenant « specialist registrar » (équivalent de nos internes et assistants) de se diriger soit vers la médecine générale (« Qualified General Practitioner »), soit vers un poste de « Consultant (équivalent de Praticien Hospitalier). L'interpénétration médecine générale de proximité – médecine hospitalière est beaucoup plus étroite qu'en France et de ce fait le généraliste est mieux formé et respecté. Ce système de formation et d'exercice de la santé est contrôlé par des institutions essentielles que sont les Collèges de spécialités et par le « General Medical Council » (GMC) qui est l'équivalent de notre Ordre des Médecins. En ce qui concerne la Chirurgie, le Royal College of Surgeons of England est maître à bord pour la formation des étudiants, et l'exercice de la chirurgie en Angleterre en étant une interface omniprésente entre le chirurgien, les hôpitaux, le patient et le gouvernement. La France ne possède pas véritablement de structures centralisées de ce type contrôlant sur le plan académique la spécialité concernée. Chaque chirurgien est donc diplômé de ce Collège et devient donc « Fellow » du dit collège. Le GMC a un rôle assez voisin en s'intéressant plus aux conséquences de terrain, c'est-à-dire à la qualité des soins. Une nouvelle réforme lourde est mise en place conduisant à une requalification du praticien tous les 5 ans par un processus d'évaluation des connaissances et des pratiques.
Au total, environ 240 000 médecins (tableau 3) exercent en Grande-Bretagne dont 180 000 environ en Angleterre (tableau 2). Il existe une courte majorité de « Consultants » comparée aux médecins généralistes avec une discrète prédominance masculine. La Grande-Bretagne accueille de très nombreux médecins étrangers (tableau 4), Moyen Orient, Inde, Pakistan, Italie, Allemagne, etc…
La rémunération des médecins britanniques (tableau 5) peut certainement faire envie aux Français, ceux-ci étant parmi les plus mal payés en Occident. Un médecin a un salaire NHS variant approximativement entre £70 000 et £105 000 par an auxquels il faut ajouter l'activité privée. Un médecin en formation touche de £25 000 à £65 000 par an. Cela mériterait que nos dirigeants français y réfléchissent à deux fois avant de classer tous les médecins dans la catégorie des nantis.

Ce que j'ai appris comme Urologue Pédiatre

De mon séjour britannique entre Cambridge et Londres, j'ai appris une autre approche de l'Urologie Pédiatrique moderne dont les leaders incontestés de ces 40 dernières années ont été Sir David Innes Williams et Mr. Philip Ransley. J'ai eu la chance de travailler avec eux et d'apprendre à remettre quotidiennement mon ouvrage sur le métier. La prévalence de la fonction sur la morphologie si chère aux Britanniques permet une approche très différente des pathologies génito-urinaires de l'enfant, en particulier en ce qui concerne l'urologie prénatale, les dysfonctions de l'appareil urinaire, les troubles mictionnels et de l'élimination, le reflux vésico-urétéral, les anomalies congénitales du développement génito-sexuel (« DSD : Disorders of Sex Development »), les chirurgies de reconstruction d'anomalies complexes du bas appareil urogénital comme l'exstrophie vésicale.
Le « passeport international » que m'a procuré cet exil britannique est à l'origine, outre de « The European Society for Paediatric Urologists » (créée en 1989), du « Journal of Pediatric Urology créé en 2004 et dont le je suis le co-éditeur avec Mr. David Frank, Consultant Paediatric Urologist à Bristol, Mr. Padraig Malone, Consultant Paediatric Urologist à Southampton et Doctor Antony Caldamone, Professor of Pediatric Urology à Providence (USA). Le lecteur s'étonnera peut-être que les titres de ces différents médecins soient différents. En effet, les chirurgiens britanniques ne sont pas « docteurs en médecine » mais font historiquement partie de l'Ordre des Barbiers et mettent un point d'honneur à se faire appeler Mister (ou Mrs, Miss) et non Docteur.

Conclusion

Nous avons beaucoup à apprendre des systèmes de santé voisins et des cultures qui les entourent. Tout n'est, de loin, pas parfait outre-Manche, mais nous avons des leçons à prendre en ce qui concerne l'encadrement de l'enseignement et de la recherche. Il nous manque des structures solides qui coordonnent la formation et l'exercice de notre spécialité, l'équivalent des Collèges britanniques, et qui servent d'interface entre le médecin (chirurgien), le gouvernement, le patient et l'hôpital. Un tel système impose une reconnaissance beaucoup plus forte des professions de santé. A mon propre avis, le mélange académique de la médecine et des sciences en France est un frein considérable au développement de chacune de ces branches. Il paraitrait plus souhaitable de donner à ces disciplines leur autonomie spécifique tout en conservant un certain nombre de passerelles entre elles et en créant d'autres passerelles avec les disciplines des lettres, du droit, des langues, etc... Enfin, à l'exemple du GMC, on peut se demander si le rôle de l'Ordre des Médecins sur la qualité des soins ne devrait être plus présent qu'il ne l'est actuellement.

Références

1. André Maurois. Conseils à un jeune Français partant pour l'Angleterre. Grasset. 1938
2. The I hate the French: Official Handbook. Arrow. 1992
3. Claude Levi-Strauss. Le crû et le cuit. Plon. 1964