

DOSSIER DE PRESSE

GROUPEMENT DES PEDIATRES DE LA GIRONDE

"PEDIATRIE MENACEE, ENFANTS EN DANGER"

Avril 2002

RENSEIGNEMENTS PRESSE

ISABELLE LATOUR - GERVAIS /AGENCE EURO RSCG PASSERELLES - BP 35 - 33360 LATRESNE
tél. : 05 56 20 66 77 fax : 05 56 20 70 20 / e-mail : isabelle.gervais@eurorscgoi.com

SOMMAIRE

COMMUNIQUE DE PRESSE

PEDIATRIE MENACEE, ENFANTS EN DANGER

VERS UNE DISPARITION DE LA PEDIATRIE

- VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION PEDIATRIQUE
- DEGRADATION DES CONDITIONS D'EXERCICE
- DIFFICULTES SPECIFIQUES A LA PEDIATRIE

TOUS LES PANS D'UNE PROFESSION SINISTREE

- PROTECTION MATERNELLE INFANTILE (PMI)
- PEDIATRIE AMBULATOIRE
- PEDIATRIE AMBULATOIRE EN MATERNITE PRIVEE
- PEDIATRIE EN MILIEU HOSPITALIER

ANNEXES

1 - CHIFFRES CLES

2 - LA PEDIATRIE EN GIRONDE, EN AQUITAINE ET EN FRANCE UNE PROFESSION EN DANGER LA SANTE DES ENFANTS AUSSI (PR JL DEMARQUEZ - CHU DE BORDEAUX)

3 - LETTRE OUVERTE A LIONEL JOSPIN (A L'OCCASION DU MEETING QU'IL TIENDRA A BORDEAUX LE 11 AVRIL 2002) AINSI QU'A L'ENSEMBLE DES CANDIDATS A L'ELECTION PRESIDENTIELLE

GROUPEMENT DES PEDIATRES DE LA GIRONDE

COMMUNIQUE DE PRESSE

Bordeaux, le 9 avril 2002

PEDIATRIE MENACEE, ENFANTS EN DANGER

Toute menace de dégradation et de raréfaction de la pédiatrie constitue un danger majeur pour la santé de l'enfant. C'est la raison pour laquelle le Groupement des Pédiatres de la Gironde, soutenu par l'ensemble des pédiatres aquitains, souhaite alerter l'opinion ainsi que les pouvoirs publics sur la menace réelle de disparition de leur profession.

Depuis près d'un mois, les pédiatres libéraux sont en grève en maternité. Une démission a été décidée pour le 17 avril en Aquitaine, si les négociations en cours entre le SNPF (Syndicat National des Pédiatres Français) et les pouvoirs publics ne présentent pas d'avancées significatives à cette date.

"Surcharge de travail, manque de reconnaissance, très faibles revenus : la situation du pédiatre ne cesse de s'aggraver et explique en partie le vieillissement croissant de cette population médicale en France" déclare Gérard Hamelin, Président du Groupement girondin. Une lettre ouverte, faisant état de ces revendications, a été adressée le 8 avril au soir aux principaux candidats à l'élection présidentielle, et notamment à Lionel Jospin à l'occasion du meeting qu'il tiendra à Bordeaux le 11 avril prochain.

LE CONSTAT

Des conditions d'exercice difficiles :

Le temps de travail moyen d'un pédiatre est de 52 heures par semaine, auquel s'ajoutent, pour la plupart, les temps d'astreinte ou de gardes de jour comme de nuit sans repos compensateur. De plus, l'angoisse générale et les exigences croissantes des familles augmentent la pénibilité de l'exercice pédiatrique et engagent très largement la responsabilité du pédiatre.

Une pénurie de pédiatres :

Cette situation rend la profession peu attrayante aux yeux des étudiants et explique l'insuffisance du nombre de pédiatres en formation. Alors que former 200 pédiatres ne suffirait pas à combler le déficit des postes prévisible en France d'ici 2015, seulement 165 l'ont été cette année, dont 6 en Gironde.

De plus, malgré les promesses ministérielles, aucun poste pédiatrique supplémentaire n'a été créé en 2000, et seulement 17 l'ont été en 2001.

Les pédiatres ont les revenus les plus faibles de tous les médecins :

De 14% inférieur à ceux des médecins généralistes et de 33% inférieur au revenu moyen de l'ensemble des médecins, le revenu net des pédiatres se situe 45 % en dessous du revenu moyen de l'ensemble des spécialistes. Ceci s'explique notamment par la longueur des consultations et le temps consacré aux nombreuses astreintes qui limitent le nombre des prestations médicales rémunérées.

Une position incohérente au vu de 12 ans de formation que demande une spécialité difficile, soit une durée de 4 ans supplémentaire à celle des généralistes et identique à celle des autres spécialistes.

Un manque de reconnaissance :

Le faible nombre des pédiatres dans le paysage médical français diminue ses possibilités de reconnaissance :

- par ses confrères : la formation continue est gérée par les médecins généralistes et les sujets pédiatriques sont exceptionnels;
- par les pouvoirs publics et les syndicats pluri-catégoriels : leurs revendications sont sous estimées, en particulier la reconnaissance du statut de pédiatre comme un spécialiste indispensable, la reconnaissance de l'acte pédiatrique comme un acte spécifique et rétribué à sa juste valeur, ainsi que le maintien de la démographie pédiatrique.

Vers une disparition de la profession :

La population pédiatrique vieillit (âge moyen compris entre 48 et 52 ans selon les régions) : 6,6% des pédiatres ont moins de 40 ans contre 10,2% de plus de 60 ans.

Qu'advient-il de la pédiatrie quand les 41% de pédiatres qui ont entre 40 et 50 ans prendront leur retraite ?

Une menace pour les enfants :

La disparition de la pédiatrie constitue une menace lourde pour la santé de l'enfant :

- manque de pédiatres dans les maternités pour assurer la sécurité de la naissance,
- manque de pédiatres pour le suivi des enfants en libéral et en médecine communautaire, (crèches, pmi...)
- manque de pédiatres pour les soins pédiatriques qui débordent alors l'hôpital,
- manque de pédiatres vacataires à l'hôpital où l'afflux des patients augmentera en consultation et aux urgences,
- manque de pédiatres dans les institutions spécialisées pour enfants porteurs de handicaps,
- manque de pédiatres dans les grandes zones non urbanisées,
- manque de pédiatres pour détecter les inadaptations sociales

Les attentes

Les pédiatres réclament auprès des pouvoirs publics :

- une vraie politique de santé pour l'enfant
- une augmentation du nombre de pédiatres en formation
- un tarif spécifique de consultation
- une revalorisation de la consultation et des actes d'urgence
- des astreintes de garde rémunérées de jour comme de nuit

" Exercée en ville ou à l'hôpital, la pédiatrie n'est pas une spécialité comme les autres; c'est un ensemble de compétences spécifiques appliquées à une tranche d'âge allant de 0 à 15 ans. Dans cette tranche d'âge, il existe de grandes différences selon l'âge considéré : on ne soigne pas un nouveau-né à terme comme un prématuré de 800 grammes, comme un enfant d'âge scolaire ou préscolaire, ou encore comme un adolescent".

Professeur J.L. Demarquez

RENSEIGNEMENTS PRESSE

ISABELLE LATOUR - GERVAIS /AGENCE EURO RSCG PASSERELLES - BP 35 - 33360 LATRESNE
tél. : 05 56 20 66 77 fax : 05 56 20 70 20 / e-mail : isabelle.gervais@eurorscgol.com

VERS UNE DISPARITION DE LA PEDIATRIE

Personne ne peut nier la **compétence spécifique du pédiatre**.

Il est le médecin spécialiste de l'enfant et de l'adolescent. Sa formation exige, en plus des 8 années d'études de médecine générale, 4 années de spécialisation en médecine de l'enfant.

Personne ne conteste l'**absolue nécessité du pédiatre** en néonatalogie (reconnue par la Loi), mais aussi dans la prise en charge de l'urgence pédiatrique, dans le traitement des cancers et dans celui de toutes les affections lourdes (mucoviscidose, hémophilie, myopathie...).

Personne ne conteste le **rôle de prévention** du pédiatre dans l'amélioration des conditions de vie de tous les futurs adultes.

Toutes les études montrent régulièrement l'**intérêt économique** lié à la compétence pédiatrique :

- prescriptions réduites à leur utilité réelle, moins coûteuses,
- bilans mieux adaptés, moins lourds,
- hospitalisations très nettement moins fréquentes.

Or, la pédiatrie est en grand danger.

VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION PEDIATRIQUE

La population des pédiatres est âgée, il n'y a pas assez de pédiatres formés pour assurer leur renouvellement après départ à la retraite.

- 53% des pédiatres ont plus de 50 ans, 10,2% ont plus de 60 ans, 6% ont moins de 40 ans.
- Le nombre des pédiatres libéraux a chuté de 18% en 15 ans, de 8,23% entre 1995 et 2000.
- Avec une densité totale de 9,28 pédiatres (hospitalier + libéral) pour 100 000 habitants en 1999, la France se place seulement au 11^{ème} rang européen.
- 200 pédiatres formés par an ne suffiraient pas à combler le déficit des postes hospitaliers qui est prévisible d'ici 2015, or il en est formé 147 depuis plusieurs années et 165 cette année.

D'ores et déjà les départs en retraite ne sont pas comblés et les pédiatres ne trouvent plus de remplaçants pour leurs congés.

DEGRADATION DES CONDITIONS D'EXERCICE DE LA PEDIATRIE

La dégradation des conditions d'exercice de la pédiatrie démobilise les pédiatres en exercice et en fait une spécialité peu attractive pour les jeunes médecins.

- Les pédiatres ont les revenus les plus bas de tous les médecins libéraux : 14% au-dessous des revenus des médecins généralistes et 45% au-dessous de la moyenne des autres spécialistes. Cela paraît incohérent eu égard à la formation spécialisée de 4 années de plus que les généralistes et identique à celle des autres spécialistes.
- Le temps de travail moyen d'un pédiatre est de 52 heures par semaine auquel s'ajoutent les temps d'astreinte ou de gardes (18h) de jour ou de nuit, en ville, en maternité ou à l'hôpital, sans repos compensateur. Soit au total 70 heures, le double des 35h légales, auxquelles il faut ajouter 48 heures de garde un week-end par mois.
- L'angoisse et l'exigence générales de la population et celles centrées sur l'enfant augmentent la pénibilité de l'exercice de la pédiatrie (le pédiatre passe en moyenne 78 minutes par jour à répondre aux sollicitations de conseils par téléphone).
- La responsabilité pénale du pédiatre est très largement engagée de même que dans son travail en néonatalogie où on note une augmentation des recours en justice.

DIFFICULTES SPECIFIQUES A LA PEDIATRIE

Le pédiatre ajoute ses difficultés propres d'exercice à celles de tous les médecins.

- L'augmentation des charges obligatoires et de fonctionnement (passées en moyenne de 40 à 60% en 10 ans) dégrade d'autant plus les conditions de travail du pédiatre que la pénurie de pédiatres empêche les regroupements en association (impossibilité par exemple d'assumer un secrétariat, d'entretenir ou d'améliorer son cabinet), et rend hasardeux les plans de prévoyance maladie ou de retraites complémentaires.
- La chute des revenus incite, pour préserver le niveau de vie personnel, à augmenter le temps de travail d'autant que la demande augmente, ce qui menace la qualité du travail et diminue aussi le temps indispensable pour la formation permanente et un repos décent.
- Le faible nombre des pédiatres dans le paysage médical français diminue ses possibilités de reconnaissance : par ses confrères d'une part (la formation continue est gérée par les médecins généralistes et les sujets pédiatriques sont exceptionnels), par les pouvoirs publics et les syndicats pluri-catégoriels d'autre part (les revendications du Syndicat National des Pédiatres Français sont sous-estimées au sein des revendications des autres médecins).

TOUS LES PANS D'UNE PROFESSION SINISTREE

" Les pédiatres libéraux sont devenus inquiets, harassés et lassés.

Inquiets, parce qu'ils estiment que les acquis remarquables auxquels ils ont si fortement contribué concernant la santé des enfants sont actuellement menacés ; harassés par les efforts très importants auxquels ils consentent pour conserver, malgré ces menaces, le niveau des services qu'ils rendent aux familles et à leurs enfants ; lassés, car les conditions de leur exercice sont devenues incompatibles avec un statut acceptable, en termes financier, de qualité de vie et de reconnaissance de leur profession.

Si les médecins du secteur libéral se manifestent actuellement au regard des pouvoirs publics par une grève, et souhaitent aussi, par cette grève, attirer l'attention des usagers sur leurs difficultés et leurs inquiétudes, il faut savoir que leur malaise reflète celui très général dans lequel se retrouvent tous les acteurs, médecins ou paramédicaux, qui interviennent dans la santé de l'enfant : à leurs côtés, et totalement solidaires de leur cause, on ne doit pas s'étonner de trouver les pédiatres du secteur hospitalier, et des services de Protection Maternelle Infantile (PMI). Cette action est la conséquence d'un "ras-le-bol" global et ne concerne pas qu'une fraction de mécontents. Elle exprime la foi des pédiatres en leur métier et leur conviction du caractère justifié de leurs revendications."

Professeur J.L. Demarquez (cf. annexe 2)

Avec le développement fulgurant de la médecine au cours de ces dernières années, il a été possible de mettre un nom sur de nombreuses maladies et de comprendre leur déterminisme. Il est alors devenu évident qu'il fallait trouver des cadres pour ranger toutes ces découvertes et les regrouper par "spécialités".

C'est ainsi qu'est née la pédiatrie, reconnaissant à l'enfant un statut particulier, des maladies particulières, une prise en charge spécifique. Rapidement est également apparue la nécessité de développer des sous-spécialités pédiatriques, et notamment la néonatalogie.

On s'est aperçu que l'on pouvait sauver des enfants pour peu que des spécialistes soient là ; progressivement la limite de viabilité a été abaissée : actuellement à partir de 27 semaines de grossesse, un enfant a de grandes chances de survie.

De la même manière, les progrès sont constants dans tous les domaines (endocrinologie pédiatrique, en cancérologie pédiatrique...).

LA DISPARITION DES PEDIATRES EQUIVAUT A UNE PERTE DE CHANCES POUR TOUS LES ENFANTS A NAITRE.

Or aujourd'hui, ce sont **tous les pans de la pédiatrie qui se trouvent menacés** :

- Protection maternelle infantile
- Pédiatrie ambulatoire (hors milieu hospitalier)
- Pédiatrie ambulatoire en maternités privées
- Pédiatrie en milieu hospitalier

I. LA PROTECTION MATERNELLE INFANTILE (PMI)

D'après la législation (loi du 18 décembre 1989), le service de PMI est une institution départementale participant à la protection et à la promotion de la santé de la famille et de l'enfant.

Rôle du médecin de PMI :

- Le médecin de PMI suit l'enfant jusqu'à l'âge de 6 ans ainsi que les mineures enceintes, le relais devant être pris par les médecins scolaires.
- Il effectue un suivi systématique, à des moments clés du développement de l'enfant, très rapproché en début de vie, plus espacé ensuite, en tout 20 examens de 0 à 6 ans. Ce suivi systématique permet d'aborder avec les parents l'éducation à la santé.
- Le médecin de PMI a, de par la loi, une mission de surveillance et de contrôle des établissements et des services d'accueil de la petite enfance de son secteur.
- Il doit organiser un certain nombre de consultations et d'actions de prévention médico-sociale en faveur des jeunes, des futurs parents et des jeunes enfants.
- Le médecin de PMI doit assurer un recueil d'information en épidémiologie et en santé publique, ainsi que la distribution du carnet de santé de la maternité et de l'enfant.
- Il a un rôle essentiel dans le repérage des difficultés de l'enfant. Les difficultés dépistées font l'objet d'une évaluation en liaison avec les différents partenaires. Le médecin de PMI participe à l'orientation vers le pédiatre, libéral ou hospitalier, dans le cas d'une pratique dispersée des soins médicaux.
- Le médecin de PMI est donc en position de relais ou de coordinateur.

Ces actions sont menées en étroite collaboration d'une part avec le service social départemental (répondre aux différents besoins des familles), et d'autre part avec le service de l'aide sociale à l'enfance (prévention de la maltraitance et prise en charge des mineurs maltraités).

Les premiers objectifs de la PMI (réduction de la mortalité infantile puis de la mortalité et des pathologies périnatales) ont été atteints.

Aujourd'hui, de nouvelles pathologies sont apparues : difficultés relationnelles, troubles du comportement, difficultés d'adaptation à l'école, mauvais traitements...

Nous assistons actuellement à un accroissement des inégalités sociales dans l'état de santé et dans l'accès aux soins.

Il en va de même pour certains états pathologiques comme l'obésité, les allergies ou les conséquences de violences subies. Or, il est possible de prévenir ces problèmes.

L'association de ces nouvelles pathologies et des problèmes de démographie médicale et para-médicale constitue un enjeu majeur pour l'avenir des enfants. Il est donc essentiel de :

- Mener une réflexion sur l'avenir et les rôles respectifs de l'hôpital, de la médecine générale, de la pédiatrie ambulatoire, de la gynécologie et de la gynéco-obstétrique, des services de PMI et du service de promotion de santé en faveur des élèves.
- Renforcer les actions de collaboration.
- Epauler les familles dans leur rôle éducatif.
- Renforcer les actions d'éducation à la santé et de santé communautaire.

Il est nécessaire de souligner également que la gratuité du service de PMI permet l'accès au pédiatre pour des familles économiquement exclues de fait de la médecine et pour des familles qui, culturellement, fonctionnent dans un dispositif de soins collectif. Dans ces cas, les familles feront le plus souvent appel aux médecins généralistes et/ou à l'hôpital pour les soins curatifs.

La pluridisciplinarité du service fait du centre de PMI un lieu d'accueil, de rencontres de parents avec leur enfant autour de diverses activités (groupe d'éveil, groupe de mères, "baby gym", atelier livres...) bénéficiant de l'action de personnels spécialisés.

II. LA PEDIATRIE AMBULATOIRE

La pédiatrie ambulatoire se définit comme la médecine de l'enfant en dehors de l'hôpital : pédiatrie libérale et pédiatrie communautaire.

Le rôle du pédiatre ambulatoire est incontournable :

- en premier recours dans le cadre de certains champs d'activités spécifiques ;
- en collaboration avec le médecin généraliste lorsque celui-ci éprouve la nécessité d'un appui spécialisé sans que le recours au pédiatre hospitalier ne s'impose ;
- en relais et/ou en complément du pédiatre hospitalier pour, en amont, limiter les hospitalisations, et en aval, assurer en ville le suivi spécialisé d'enfants atteints d'une pathologie spécifique.

Ce rôle, indispensable techniquement et justifié économiquement, est mal assuré du fait du nombre insuffisant de pédiatres et de leur répartition inégale dans le pays. Pourtant, d'un point de vue de santé publique, ces missions font des pédiatres ambulatoires des acteurs fondamentaux du système de santé pour les enfants de notre pays.

La consultation de pédiatrie ambulatoire :

La consultation pédiatrique s'adresse à un être en développement. Son contenu est donc renouvelé à chaque âge. Chaque étape se construisant sur la précédente, chaque consultation pédiatrique est un acte de dépistage et de prévention des anomalies et d'inadaptation du développement. Le pédiatre est le médecin non seulement du "devenir" mais de "l'avenir" de l'enfant.

La situation clinique pédiatrique est bien particulière. L'enfant est très investi dans notre société (notion de responsabilité) et son comportement peut être le reflet de malaises

familiaux (notion d'enfant symptôme). Le pédiatre est le médecin de l'individu, il s'interpose en tiers bienveillant, garant des intérêts de l'enfant.

La relation triangulaire enfant, parents, pédiatre prend en compte :

- chaque parent individuellement, en qualité d'individu, de parent et d'élément d'un couple dont l'anxiété est tantôt exprimée, tantôt refoulée;
- l'enfant, qui participe, ignore ou s'oppose. Les temps d'interrogatoire et d'observation peuvent permettre d'entrer en relation avec lui, temps de "séduction" indispensable à un examen dans de bonnes conditions.

Ainsi l'interrogatoire des parents et de l'enfant demande tact et savoir-faire. Il doit être long et complet, ce qui permet de comprendre qu'une consultation pédiatrique ne puisse pas durer moins de 30 minutes et soit souvent plus longue.

Les champs d'activités spécifiques et prioritaires du pédiatre ambulatoire

Le pédiatre ambulatoire, omnipraticien de l'enfant par sa pratique et sollicité en tant que tel par les parents, est spécialiste par sa formation. Ceci lui confère des devoirs, dont celui d'exercer ses responsabilités dans un certain nombre de domaines spécifiques et prioritaires, et des droits, dont celui de voir rémunérer à leur juste valeur des actes non techniques mais trop "chronophages" pour être multipliés dans un temps limité.

Les champs d'activité spécifiques sont les suivants :

- la participation à la périnatalogie, c'est-à-dire l'implication du pédiatre dès la période anténatale, à la naissance et dans les jours qui suivent ;
- la contribution à la prise en charge diagnostique et thérapeutique des pathologies aiguës ;
- le suivi en réseau de soins des patients atteints de maladies chroniques, en relais des pédiatres hospitaliers ;
- la prise en charge des affections aiguës récidivantes ;
- la participation aux gardes libérales et hospitalières (urgences et néonatalogie) ;
- le suivi du développement somatique, neuro-moteur, neuro-sensoriel et affectif des nouveau-nés, des nourrissons, des enfants et des adolescents ;
- la prise en charge quotidienne d'un nombre considérable de "consultations téléphoniques" ;
- le dépistage et la prise en charge de troubles d'origine psychosociale ;
- les interventions dans les centres de dépistage et de soins communautaires (PMI, santé scolaire, pouponnières, crèches...) ;
- la recherche épidémiologique, clinique ou thérapeutique dans les domaines concernant l'enfant non hospitalisé ;
- la contribution à la formation des médecins généralistes et des étudiants en médecine et en pédiatrie.

III. LA PEDIATRIE AMBULATOIRE EN MATERNITE PRIVEE

Les pédiatres libéraux qui interviennent en maternité privée ont une formation supplémentaire pour cette sur-spécialité de néonatalogie.

Dans ce cadre, plusieurs missions leur incombent.

Ils assurent le suivi du nouveau-né, de sa naissance à sa sortie de maternité :

- Connaissance du dossier obstétrical de la mère.
- Dépistage des anomalies congénitales durant les premiers jours de vie.
- Examen de sortie et certificat de santé de la première semaine de vie, conseils pour l'allaitement, information sur les petites difficultés éventuelles à la sortie de la maternité.
- Suivi des pathologies qui peuvent être gérées à la maternité (ictère, infection, nouveau-né de faible poids de naissance, etc.), demande d'examens complémentaires, ce qui permet d'éviter dans la mesure du possible d'hospitaliser ces bébés et de les séparer de leur mère.
- Evaluation de la relation mère/enfant ; certaines situations sociales problématiques peuvent nécessiter une aide ultérieure.

Ils assurent les urgences :

- A la naissance : en cas de situation à risque, à la demande du médecin accoucheur, le pédiatre assure la prise en charge du nouveau-né dès sa naissance et les soins de réanimation nécessaires.
- Pendant le séjour si l'état clinique de l'enfant nécessite des soins urgents.
- En cas de transfert de l'enfant à l'hôpital, le pédiatre assure la mise en condition de l'enfant avant le transport par SAMU, ainsi que la coordination avec les pédiatres hospitaliers du service qui l'accueillera.

Ils participent :

- A la formation du personnel paramédical.
- A l'élaboration de protocoles de soins.

Tout ceci demande une disponibilité importante, en sachant que ces praticiens ont par ailleurs une activité de consultation libérale. Une astreinte opérationnelle mobilise pour chaque établissement un pédiatre par jour et ceci 365 jours sur 365, jour et nuit (6 maternités privées sur la Communauté Urbaine de Bordeaux qui assurent environ 6500 naissances par an, soit plus de la moitié du nombre total des naissances), d'où une charge de travail considérable.

Par ailleurs certains pédiatres libéraux participent au service public à la maternité du centre hospitalier universitaire (gardes de nuit en néonatalogie, examens des nouveau-nés, consultations hospitalières).

IV. LA PEDIATRIE EN MILIEU HOSPITALIER

La pédiatrie hospitalière, notamment ses champs d'intervention, son organisation, ses contraintes et les pré-requis de la fonction du pédiatre à l'hôpital sont détaillés en annexe 2. 3 domaines sont développés ici parce qu'ils illustrent l'importance des flux de population pédiatrique en provenance du bassin de recrutement :

- **les urgences pédiatriques**
- **le SMUR**
- **la maternité.**

LES URGENCES PEDIATRIQUES

L'unité d'Urgences Pédiatriques du CHU de Bordeaux accueille les urgences médicales et chirurgicales de l'enfant jusqu'à 15 ans. Cette unité est individualisée au sein de l'Hôpital des Enfants (215 lits), situé dans le Groupe Hospitalier Pellegrin.

Accueil des urgences

Les statistiques montrent la persistance d'une augmentation régulière de l'activité des Urgences Pédiatriques. **Ainsi en l'an 2000, le nombre de passages était de 31 183, contre 16 127 en 1991 (soit près du double).**

La population accueillie est jeune, âgée de 3 ans dans la moitié des cas. La provenance des malades est quasi exclusivement départementale (96,6%).

Dans 2/3 des cas, les parents viennent prendre un premier avis aux Urgences, sans avoir consulté de médecin au préalable. Cependant, depuis les trois dernières années, on assiste à une augmentation importante du nombre d'enfants adressés par les médecins généralistes pour avis. Les enfants adressés par les pédiatres représentent 10% des consultations et sont hospitalisés dans 90% des cas.

Les motifs de ces consultations sont pour une moitié des pathologies chirurgicales (dominées par la traumatologie), et pour l'autre moitié des pathologies médicales (maladies infectieuses, digestives, respiratoires, intoxications). Parmi les pathologies médicales, on note :

- **24% d'urgences réelles nécessitant une hospitalisation**
- 59% d'urgences ressenties
- 17% de consultations banales.

L'évolution actuelle montre un nombre relativement stable des urgences réelles, l'augmentation d'activité concernant principalement les urgences ressenties. A noter également une augmentation régulière des consultations non-urgentes ou à caractère psychosocial ou médico-légal.

Le réseau ville hôpital

Diverses actions sont menées pour améliorer la prise en charge aux Urgences dont la création et le développement d'un *réseau ville hôpital*.

Une collaboration efficace entre l'Hôpital Pédiatrique et les pédiatres libéraux a pu se développer. Leur participation au fonctionnement des Urgences Pédiatriques depuis 1993 a

permis de resserrer les liens entre la pédiatrie libérale et la pédiatrie hospitalière, d'harmoniser la prise en charge des enfants sous forme de protocoles thérapeutiques communs.

LE SMUR PEDIATRIQUE

Le SMUR (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation) pédiatrique fonctionne depuis 1996, les secteurs d'intervention s'étendant à la région sanitaire d'Aquitaine, en complémentarité des structures déjà en place dans les différents centres hospitaliers.

La régulation est effectuée par le SMUR adulte. Globalement, 1000 interventions sont réalisées chaque année.

Le SMUR pédiatrique peut intervenir dans quatre circonstances :

- transports urgents,
- transports programmés urgents,
- transports programmés non urgents,
- assistance anténatale.

La prise en charge de nouveau-nés, de nourrissons ou d'enfants en détresse vitale requiert des compétences, des connaissances et une spécificité qui doivent être assurées par un pédiatre habitué à de telles situations.

La durée de mise en condition initiale est inversement proportionnelle au poids et terme de l'enfant. Même si elle est longue, elle doit être optimale car souvent garante d'un profil évolutif favorable prévenant des complications et des séquelles ultérieures handicapantes.

Concernant la prise en charge des nouveau-nés, la rapidité et la qualité de la prise en charge, même quand le pronostic vital n'est pas engagé, permet d'éviter des déperditions thermiques et des hypoglycémies.

LA MATERNITE

La structure :

La maternité du CHU de Bordeaux a été conçue pour 5000 accouchements normaux des années 1970. Depuis, la surveillance technologique de la grossesse et de l'accouchement, le diagnostic anténatal, l'assistance médicale à la procréation, et maintenant les réseaux de périnatalité y amenant la majorité des grossesses à risque d'Aquitaine ont rendu cette structure inadaptée en terme de locaux et de personnel.

L'activité :

Aujourd'hui, il y a de nouveau 5000 naissances par an, dont 1000 à l'issue d'une grossesse à risque (prématurité, retard de croissances, malformations...).

Le pédiatre est amené à intervenir dans diverses circonstances :

- Participation au diagnostic anténatal.
- Information aux parents concernés par une grossesse à risque.
- Préparation à l'accouchement.
- Prise en charge à la naissance.
- Surveillance des nouveau-nés.
- Examens systématiques et préparation au retour à domicile.
- Suivi post natal des anomalies ne justifiant pas une hospitalisation immédiate.

- Hospitalisation en néonatalogie (prématurité, retard de croissance, infections...).
- Consultations de suivi après hospitalisation en néonatalogie.
- Enseignement de la pédiatrie aux étudiants médecins, sages-femmes, puéricultrices, infirmières...

Les pédiatres :

Trois pédiatres hospitaliers à temps complet et trois pédiatres en formation pour gérer :

- Une unité de néonatalogie de 25 lits dont 12 incubateurs (soins intensifs).
- Le diagnostic anténatal, les grossesses à risques, la préparation à la naissance.
- Les urgences en salles de naissance et au bloc obstétrical.
- Les bébés non hospitalisés mais soignés auprès de leur mère.

A noter également que neuf pédiatres libéraux assurent les examens systématiques des nouveau-nés bien portants.

Tout ceci met en évidence l'interaction entre la pédiatrie "hospitalière" et "privée".

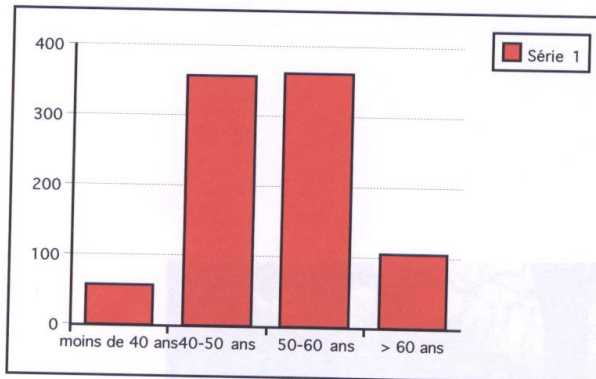
"Les pédiatres hospitaliers sont complètement solidaires des revendications des pédiatres libéraux. Une pédiatrie libérale moribonde n'est pas une bonne chose pour l'enfant et la pédiatrie hospitalière ; les pédiatres hospitaliers estiment qu'à travers les craintes émises par leurs collègues du privé, ajoutées à celles qui sont propres à l'hospitalisation publique, à la PMI, à la médecine scolaire, c'est toute la santé de l'enfant qui est en danger".

Professeur J.L. Demarquez (cf. annexe 2)

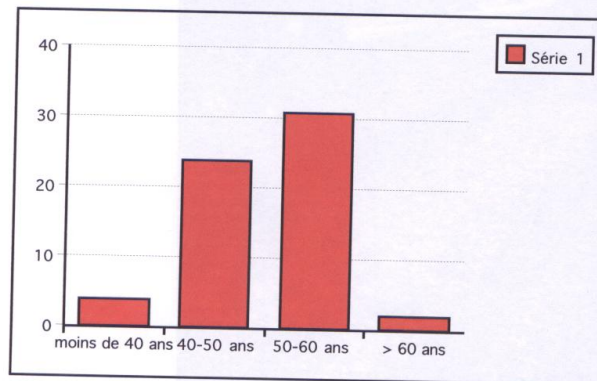
ANNEXE 1

DEMOGRAPHIE COMPARATIVE DE LA POPULATION PEDIATRIQUE AQUITAINE / ILE DE FRANCE

DEMOGRAPHIE ILE DE FRANCE



DEMOGRAPHIE AQUITAINE



LA POPULATION PEDIATRIQUE VIEILLIT

**PEDIATRIE : LE PLUS FAIBLE REVENU, LE PLUS FAIBLE
POUVOIR D'ACHAT**

Evolution du pouvoir d'achat des médecins actifs à part entière			
	Pouvoir d'achat du revenu par médecin (% annuel moyen)		Revenu annuel par médecin en euros
	1993-1999	1997-1999	en 1999
Omnipraticiens	- 0,4	0,9	50 700
Anesthésistes	0,6	2,1	120 300
Cardiologues	0,8	1,5	88 100
Chirurgiens	- 0,5	- 0,5	115 100
Dermatologues	- 1,6	0,4	52 600
Gastro-entérologues	- 0,9	- 1,4	74 600
Gynécologues	- 0,1	- 0,3	66 100
Ophtalmologues	1,2	1,0	85 600
ORL	- 1,1	- 1,4	68 500
Pédiatres	-1,1	- 1,6	46 700
Pneumologues	0,1	- 1,2	59 100
Psychiatres	0,0	- 0,8	48 000
Radiologues	2,9	1,7	165 000
Rhumatologues	- 0,1	- 1,2	55 500
Stomatologues	- 0,4	- 1,0	79 500
Total des spécialistes	0,8	0,8	82 400
Total des médecins	0,2	0,8	64 500
Indice des prix	1,3	0,6	
<p><i>Champ : l'ensemble des médecins dits « actifs à part entière »</i> <i>Source : fichiers SNIR (CNAMTS) et BNC 2035 (DGI/INSEE)</i></p>			

ANNEXE 2

LA PEDIATRIE en FRANCE est une profession EN DANGER ...la santé des enfants aussi

....

La pédiatrie hospitalière

Pr JL DEMARQUEZ

La présentation qui suit cherche plus particulièrement à éclairer le lecteur non initié sur la grandeur et les servitudes de la pédiatrie hospitalière, et les grandes inquiétudes qu'elle partage avec la pédiatrie libérale, et à montrer aussi en quoi le dysfonctionnement de la pédiatrie libérale peut affecter son équilibre déjà précaire.

I - Divers types d'hospitalisation pédiatrique

Il existe plusieurs types d'hôpitaux susceptibles d'accueillir des enfants : hôpitaux régionaux, hôpitaux intercommunaux, centres hospitalo-universitaires (CHU). Toutes les unités des services de pédiatrie sont animées par des équipes médicales et de puéricultrices de haut niveau qui sont malheureusement en nombre insuffisant. Les hôpitaux non universitaires possèdent une structure plus ou moins importante réservée à la pédiatrie, qui se consacre essentiellement à la prise en charge de la pédiatrie hospitalière dite "de secteur", dont le recrutement est constitué pour une bonne partie par les pathologies infectieuses, et les urgences médico-chirurgicales de l'enfant (pathologie accidentelle), et du nouveau-né. Quelques centres peuvent assumer les soins pour des pathologies plus complexes, et certaines équipes médicales de ces hôpitaux ont pu acquérir des compétences dans des champs plus précis, complétant utilement les activités du CHU.

D'autres structures assurent des soins de moyen ou long séjour pour des enfants dont la prise en charge à domicile s'avère, pour des raisons techniques, sociales et familiales, temporairement ou durablement impossible.

La plupart des CHU de France ont pu consacrer un édifice spécifique destiné uniquement à l'accueil des enfants malades ; ces hôpitaux d'enfants conjuguent deux fonctions de soins :

-**pédiatrie de secteur** drainant la population pédiatrique de son "bassin naturel de recrutement", à savoir Bordeaux et la Communauté Urbaine élargie, de la même façon que les hôpitaux régionaux attirent les patients de leur propre zone géographique d'influence.

-**pédiatrie de « surspécialité »**, offrant à la population locale mais aussi à l'ensemble de la région **des soins de référence** spécifiques pour des pathologies d'organe ou de fonction, en complémentarité totale avec les hôpitaux régionaux.

2 - Les prérequis de la fonction de pédiatre à l'hôpital et de l'hospitalisation pédiatrique.

Etre pédiatre à l'hôpital :

1- C'est de façon générale avoir pris conscience que **l'enfant**, même s'il est soustrait, du fait de l'hospitalisation, à son milieu naturel qu'est sa famille, même s'il est atteint d'une pathologie sévère justifiant des soins de haute technicité, **reste un être à part entière, et ce quel que soit son âge, un être en développement physique, intellectuel et affectif, et qui doit être considéré et traité dans la globalité de son environnement affectif, familial, scolaire et social.** Cela implique en particulier de la part du pédiatre une forte aptitude à ce dialogue très « singulier » qui va tisser sa relation avec le petit patient quel que soit son âge, et une capacité d'empathie à l'égard des parents, de manière à ce que s'instaure avec eux un pacte de confiance dans le cadre de cette

relation triangulaire enfant-parents-équipe pédiatrique, relation qui ne doit pas exclure, bien au contraire, le lien privilégié de la famille avec le pédiatre praticien.

C'est l'occasion de dire ici que, exercée en ville ou à l'hôpital, **la pédiatrie n'est pas une spécialité comme les autres ; c'est un ensemble de compétences spécifiques appliquées à une tranche d'âge allant de 0 à 15 ans au sein de laquelle il existe de grandes différences selon l'âge considéré : on ne soigne pas un nouveau-né à terme comme un prématuré de 800 g, comme un enfant d'âge scolaire ou préscolaire, ou encore comme un adolescent.**

2- C'est également avoir compris, s'agissant d'enfants encore plus que pour les patients plus âgés, que le « primum non nocere » est le principe de base des soins et des examens médico-chirurgicaux ; **cette médecine se veut une médecine « douce »** et rassurante, **exempte d'interférences liées à la douleur** qu'il faut ou calmer ou prévenir ; le développement à l'hôpital des techniques de **soins dits « non invasifs »** représente l'application concrète de cette préoccupation primordiale de l'hospitalisation pédiatrique. Dans ce domaine les pédiatres ont été des précurseurs par rapport à leurs collègues médecins d'adultes.

3- C'est s'efforcer de **solliciter la pleine participation aux soins du jeune patient et de sa famille**, grâce à l'établissement du lien ci-dessus évoqué et grâce aussi à une information claire et livrée avec le maximum de sensibilité et de pédagogie.

4- **C'est réfléchir sur ses pratiques médicales** pour que celles-ci soient : les plus efficaces, les moins agressives, les plus dénuées d'effets secondaires et de complications, les moins coûteuses, évaluables à distance, ... mais ceci n'est pas spécifique aux soins pédiatriques.

5- **C'est enfin organiser les soins à l'hôpital de manière à ce que le séjour de l'enfant soit le plus court possible et qu'il y soit le moins possible déraciné de sa vie normale** ; c'est pourquoi dans un hôpital d'enfants, sont prévus :

-des chambres mère-enfant permettant à l'un des parents (surtout la mère) de rester en permanence auprès de son enfant hospitalisé, et de participer aux soins, ce qui permet d'ailleurs une meilleure continuité des soins au moment du retour à domicile,

-un accès des parents directs quasiment libre à la chambre de l'enfant lorsque l'hospitalisation mère-enfant s'avère techniquement impossible,

-parfois des structures hôtelières d'accueil des familles au sein du complexe hospitalier et presque contiguës de la structure d'hospitalisation pédiatrique ont été édifiées de manière à favoriser le rapprochement familial(sous l'égide souvent de fondations privées ayant passé des conventions avec le centre hospitalier),

-une organisation des soins dans le cadre d'une hospitalisation « de jour », voire de semaine, qui permet à l'enfant de ne pas rompre le contact avec sa famille,

-l'école à l'hôpital, qui est un complément indispensable pour les longues hospitalisations d'enfants d'âge scolaire, assortie des moyens modernes d'accès à l'information,

-des interventions diverses d'animateurs bénévoles et d'organisations caritatives, qui contribuent à humaniser l'hospitalisation : clowns, activités artistiques(musiciens), conteurs, jouets, jeux informatisés,

-un soutien des familles et des enfants en difficulté par des psychologues, pas assez nombreux et pourtant si nécessaires, et des pédopsychiatres. Leur impact est particulièrement important dans les cas de maladies chroniques, au pronostic malheureusement incertain, invalidantes, nécessitant des soins lourds et contraignants.

-des services sociaux attentifs, en contact permanent, comme le sont aussi les médecins et les puéricultrices, avec les services de PMI.

6- Le cas particulier de la médecine du nouveau-né mérite d'être souligné ici ; les premiers jours de la vie représentent une étape charnière du développement de l'enfant ; l'hospitalisation d'un nouveau-né, souvent fort longue lorsqu'il s'agit d'un très petit prématuré, est un véritable traumatisme affectif, qui peut rompre gravement le lien mère-enfant ou empêcher qu'il s'établisse ; cela peut avoir des conséquences délétères durables et souvent définitives sur le développement psycho-affectif de l'enfant et son intégration future dans sa vie scolaire et sociale. Tout un programme d'organisation des soins et de l'hospitalisation a été élaboré pour tendre à limiter la séparation de la jeune mère de son bébé malade, favoriser le contact, fondateur de ce lien, tout en améliorant encore davantage les conditions de sécurité.

7- On ne saurait séparer le rôle du pédiatre dans les soins curatifs, de son action dans la prévention des pathologies organiques et psycho-développementales, qui se fait en complément de l'action du pédiatre libéral et des acteurs du domaine socio-éducatif.

- Le pédiatre hospitalier est un rouage essentiel dans de nombreuses actions de dépistage et de prévention, à la naissance ou plus tard, pour des pathologies organiques acquises ou constitutionnelles ; il joue aussi auprès des parents un rôle important dans l'apprentissage des bonnes pratiques nutritionnelles, dont l'impact en termes de santé de l'adulte (obésité, hypertension artérielle etc.), donc en termes économique et financier, est considérable.

- Le pédiatre d'hôpital est très concerné **par l'épanouissement de l'enfant au sein de sa famille et de la société**. Il y contribue en collaboration avec le médecin pédiatre libéral, les psychologues et les pédo-psychiatres, complétant les actions de la PMI et de la médecine scolaire. Il est très impliqué dans la guidance familiale et le dépistage des « dérives » comportementales du jeune enfant et de l'adolescent, la surveillance de l'enfant à risque de carence de soins, et la prise en charge de la maltraitance avérée (psychosociopathies). Le diagnostic et la prise en charge des troubles du langage et des apprentissages (lecture...) font aussi partie des responsabilités qu'il doit partager avec le pédiatre de famille. **La réapparition préoccupante de la précarité sociale, assortie de la violence des jeunes que l'on sait, rend plus que jamais nécessaire l'implication des acteurs de la santé mentale et somatique de l'enfant dans le domaine psycho-éducatif.**

3-Les contraintes pratiques de l'exercice hospitalier de la pédiatrie

Imprégné de cette « éthique » dans son exercice à l'hôpital, le pédiatre doit y assumer de nombreuses tâches :

1- **satisfaire à la pédiatrie dite de proximité** pour d'une part les enfants atteints de pathologie grave, et d'autre part les consultations urgentes ou ressenties comme telles, parmi lesquelles les médecins doivent trier celles qui relèvent indiscutablement d'une pathologie potentiellement inquiétante ou déjà grave, ce qui demande une très grande expertise et une forte expérience.

Cette demande est en augmentation quasi-exponentielle, notamment en période d'épidémie hivernale (8,6% par an dans les hôpitaux généraux) ; l'accroissement de la demande des consultations hospitalières non programmées pour les enfants se fait deux fois plus rapidement que pour les urgences adultes. Les urgences médicales concernent dans 50% des cas des nourrissons, avec une moyenne d'âge de 2 ans et demi ; les urgences chirurgicales sont surtout traumatologiques ; leur moyenne d'âge est de 9 ans.

La pression des urgences pédiatriques désorganise l'ensemble du système de soins au détriment des soins programmés et de la prise en charge des pathologies chroniques et de la prévention.

2- **Se doter d'une compétence très ciblée mais adaptée aux pathologies de l'enfant, dans l'une ou l'autre des spécialités auxquelles les patients adultes font appel**, dans les domaines par exemple de la pneumologie, de la gastro-entérologie, de l'endocrinologie, de l'oncologie, de la neurologie, de la néphrologie, etc..Cette « surspécialisation » du pédiatre hospitalier dans une médecine d'organe demande un investissement personnel important ; elle s'effectue en étroite concertation avec les collègues impliqués, pour la même spécialité, dans la médecine hospitalière des adultes, et avec certains pédiatres libéraux exerçant dans des villes assez importantes, qui ont su également acquérir une « surspécialisation », aboutissant ainsi à la constitution d'un véritable réseau dans la spécialité considérée.

L'apport des pédiatres libéraux aussi bien dans l'exercice traditionnel de la pédiatrie que dans des secteurs plus spécialisés est d'un soutien considérable pour les pédiatres hospitaliers, dont ils déchargent, prolongent et complètent les consultations aussi bien par leur activité « de ville » (dans le cadre d'un réseau ville -hôpital) que par leur participation aux consultations hospitalières. Il est souhaitable que l'hôpital leur ouvre la porte encore davantage et qu'ils soient toujours en mesure d'y maintenir leur présence.

3- être extrêmement compétent dans le domaine très sensible que sont les soins délivrés aux nouveau-nés, et particulièrement aux prématurés de très petit poids de naissance, pour lesquels sauver le cerveau est aussi important que sauver la vie ...Gérer avec rigueur le fonctionnement du réseau obstétrico-pédiatrique de périnatalité qui concerne toutes les maternités privées et publiques et les hôpitaux de la région, dont l'un des rôles est de choisir comme lieu de naissance celui où les meilleures conditions de sécurité seront offertes à la mère ainsi qu'à son fœtus selon le risque présenté, et selon les places disponibles ; cela suppose d'organiser un transfert anténatal, parfois vers un hôpital éloigné du domicile familial, l'utérus maternel étant pour le futur nouveau-né le mode de transport le plus sûr, quitte à ce que, la situation s'étant suffisamment améliorée, soit favorisé le retour vers l'hôpital le plus proche du domicile ; si un enfant naît dans une clinique ou dans un hôpital où les soins nécessaires ne sont parfaitement réalisables, l'hôpital de référence concerné organise un transfert médicalisé qui sera effectué par une équipe spécialisée (SMUR pédiatrique)...Savoir donner une place importante, dans le cadre de cette médecine qui frôle souvent une médecine de l'extrême, à la réflexion éthique, dont le but est de préserver la vie dans le respect de la personne adolescente et adulte future et de sa dignité.

4- organiser le suivi des enfants, qu'on ne doit pas « lâcher » après les avoir soignés, qui s'effectue avec la collaboration de tous les hôpitaux et des pédiatres libéraux, et à l'échelon régional, comme par exemple le suivi des anciens prématurés, contrôle certes rétrospectif, mais ô combien nécessaire, de l'efficacité et du bien-fondé des soins délivrés quelques années auparavant... Comme encore celui des malades guéris de pathologies hémato-cancéreuses, des patients atteints de mucoviscidose, de myopathies...

5- participer aux différentes gardes à l'hôpital et astreintes à domicile dont la loi exige la «seniorisation» (senior =médecin thésé, ...mais aussi médecin préparé et disponible pour cette tâche), pour :

- l'accueil des urgences,
- le transport des nouveau-nés et des enfants en situation précaire vers l'hôpital,
- la sécurité des malades hospitalisés particulièrement à risque (greffe de moëlle, traitement chimiothérapique, détresse neurologique, bronchopneumopathies, nutrition artificielle, soins post-opératoires, etc...),
- la réanimation et les soins intensifs des nouveau-nés et des enfants, qui suppose une connaissance étroite des technologies ultra-sophistiquées qui sont développées dans les structures qui prennent en charge ces enfants.

Dans les hôpitaux généraux, les pédiatres seniors assurent en moyenne 5,25 gardes par mois ; le tableau de garde est en moyenne constitué de 5,85 pédiatres alors qu'il en faudrait au moins 7 à 8 pour remplir une liste de gardes sur place.

Au sein de nombreux hôpitaux universitaires, les pédiatres doivent remplir des listes de gardes distinctes pour chacune des tâches déclinées ci-dessus, sans compter les astreintes à domicile en semaine et en week-end.

Il est presque inutile de stigmatiser la pénibilité de ces gardes de nuit ou de week-end qui amène nécessairement le plafonnement de leur nombre mensuel (4 est un maximum) ; un repos dit de sécurité doit les suivre. Les gardes et les récents aménagements sur le temps de travail consomment une part conséquente du temps hebdomadaire de travail légal.

Comment faire dans ces conditions pour maintenir opérationnelles les équipes de gardes ?.. si ce n'est en créant des postes supplémentaires, dont le nombre annoncé est notoirement insuffisant, et en faisant appel à toutes les forces disponibles, donc aux collègues du secteur privé?

6- participer à la formation pratique des étudiants avant toute orientation spécifique vers la médecine de l'enfant. Dans le cursus des études médicales, un stage dans une unité pédiatrique est devenu incontournable et obligatoire pour les futurs médecins. Les pédiatres hospitaliers doivent inclure, malgré leurs emplois du temps déjà chargés, leur formation dans leurs tâches quotidiennes... Sans compter l'enseignement théorique universitaire et son évaluation, à tous les niveaux du cursus des études médicales, auxquels participent tous les praticiens du CHU, quel que soit leur statut. Ceux- ci doivent aussi s'investir dans les formations paramédicales. Par ailleurs, les futurs spécialistes pédiatres (les internes), déjà impliqués dans les soins, le sont sous le contrôle et la responsabilité des seniors qui leur doivent un apprentissage de terrain et une formation théorique approfondie.

Des diplômes post-universitaires sont organisés sous l'égide de l'Université et sous la responsabilité pédagogique des pédiatres hospitaliers, pour former ou «recycler» les pédiatres libéraux ou hospitaliers désireux de se perfectionner en néonatalogie, en urgences pédiatriques en maternité, et des médecins généralistes concernés par les urgences chez les enfants (ils assurent 30% des urgences pédiatriques). D'autres diplômes sont organisés, pour d'autres spécialités, qui sont l'occasion de solliciter la contribution des pédiatres de diverses villes selon leur domaine de compétence, et ce quel que soit leur type d'exercice, hospitalier, universitaire ou non, libéral. On ne saurait omettre les demandes ponctuelles mais fréquentes d'enseignements « post universitaires » de la part de l'Université elle-même, de groupes de médecins ou de firmes pharmaceutiques, auxquelles les pédiatres se doivent dans la mesure du possible de répondre.

7- améliorer et maintenir le niveau de ses propres connaissances pour mieux les enseigner et les mettre en pratique dans les soins. Cette formation des formateurs suppose du temps libéré d'autres tâches pour la lecture et l'analyse critique des informations délivrées par les livres et périodiques français et étrangers, les banques de données électroniques, la participation à des séminaires et congrès...

8- s'investir, surtout en CHU, dans la recherche, sans laquelle la médecine actuelle et notamment la pédiatrie ne seraient pas ce qu'elles sont actuellement, avec des progrès considérables en matière de soins aux nouveau-nés, de traitement de pathologies comme l'asthme, ou les leucémies. Il est toujours confondant et générateur de modestie que de relire un manuel ou un article publié il y a à peine 5 années, surtout lorsqu'on a contribué personnellement à sa rédaction. Cette recherche est surtout clinique, elle s'effectue souvent dans le cadre d'études multicentriques très rigoureuses impliquant de nombreux hôpitaux français et/ou étrangers ; la recherche fondamentale est aussi développée par les pédiatres au sein de structures spécifiques de recherche comme l'INSERM.

9- assurer des tâches immenses d'organisation et de gestion, pour « manager » les équipes, les former, les dynamiser, améliorer les pratiques et les résultats et les évaluer, structurer des dossiers pour obtenir des crédits pour la recherche, et pour des améliorations matérielles et fonctionnelles, répondre aux enquêtes et obligations émanant de la tutelle.

10- pour les internes et les chefs de clinique assistants désireux de répondre aux exigences des jurys et de se donner les meilleures chances de briguer avec succès un poste hospitalier ou hospitalo-universitaire intéressant, **c'est édifier une « épreuve de titres et travaux »** par l'accumulation de recherches et publications, l'acquisition de compétences et de diplômes scientifiques de haut niveau, sous la direction de leurs anciens. Cela nécessite un immense engagement personnel, tout en assumant les tâches quotidiennes, et néanmoins captivantes, du soignant hospitalier.

En conclusion, il ne faut pas rougir des résultats obtenus en France concernant la santé de l'enfant. La mortalité infantile a été divisée par 2 de 1970 à 1990 et encore divisée par 2 de 1990 à 1997. Elle est actuellement au troisième rang mondial, mais ces acquis sont gravement menacés faute de valorisation sous tous ses aspects de la profession de pédiatre.

La démographie des pédiatres en secteur libéral est actuellement très défavorable : leur moyenne d'âge s'accroît de façon préoccupante, faute de renouvellement suffisant par de jeunes spécialistes, malgré l'augmentation du nombre des pédiatres en France en 15 années, passé de 4528 à 6263. L'exercice en secteur libéral de cette spécialité est peu attractif financièrement et demande un investissement personnel incompatible avec une qualité de vie acceptable : 79% des jeunes pédiatres diplômés choisissent l'hôpital en 2001 contre 42% en 1988. De plus il existe une inégalité de répartition inter-régionale et intra-régionale des médecins qui n'est pas particulière à la pédiatrie mais qui pose ici des problèmes plus aigus car elle est une spécialité à forte contrainte de gardes et d'astreintes. La féminisation, particulièrement appréciée dans cette profession, a pour contrepartie sa conséquence bien connue sur le temps effectif de travail. L'ARTI, que les pédiatres hospitaliers n'ont pas souhaités, et qui est incompatible avec l'organisation rationnelle de la néonatalogie et de la réanimation pédiatrique, les demandes pour les gardes qu'il faut senioriser pour les sécuriser, génèrent et vont générer, nous l'espérons, des postes hospitaliers. Mais il est à craindre que ces créations restent en nombre très insuffisant (cette crainte est également ressentie pour les postes d'infirmières -puéricultrices).

C'est ainsi que va s'aggraver l'aspiration vers l'hôpital public de la majorité des jeunes pédiatres formés, que l'expérience d'un exercice en secteur libéral ne tente plus guère. Dans ce contexte, les possibilités d'accès à la spécialité pédiatrique pour les jeunes médecins sont bien trop limitées, malgré une récente et petite ouverture des vannes, non seulement pour répondre aux besoins hospitaliers et à ceux de la PMI, mais aussi pour contribuer à redynamiser le secteur libéral (à condition bien sûr d'en revaloriser l'exercice).

Permettre l'augmentation du nombre de spécialistes pédiatres dans une proportion qui soit telle que les secteurs publics et privés fonctionnent en équilibre et harmonie, offrir à l'hôpital public les moyens humains d'assumer ses tâches, redonner vie à la profession de pédiatre libéral, c'est contribuer à assurer une meilleure sécurité des enfants dans les maternités privées et publiques, une meilleure qualité des soins dans les hôpitaux, c'est éviter de mettre en péril la présence pédiatrique pour les astreintes et les gardes, c'est enfin faire en sorte que les pédiatres assument ce qui est l'essence de leur métier : l'accompagnement de l'enfant dans son développement et la surveillance de sa santé depuis sa naissance jusqu'à l'orée de l'âge adulte.

Les pédiatres hospitaliers sont donc complètement solidaires des revendications des pédiatres libéraux. Une pédiatrie libérale moribonde n'est pas une bonne chose pour l'enfant et la pédiatrie hospitalière ; les pédiatres hospitaliers estiment qu'à travers les craintes émises par leurs collègues du privé, ajoutées à celles qui sont propres à l'hospitalisation publique, à la PMI, à la médecine scolaire, **c'est toute la santé de l'enfant qui est en danger.**

Bordeaux , le 29 mars 2002

ANNEXE 3

Lionel Jospin
L'Atelier de Campagne
325 rue Saint-Martin
75003 Paris

Bordeaux, le 8 avril 2002

Monsieur le Premier Ministre,

Voilà 2598 jours que le tarif de la consultation pédiatrique n'a pas été augmenté.

Comprenez bien qu'après sept années de blocage des honoraires, mettant en jeu le fonctionnement, la modernisation et la sécurité des cabinets médicaux, les pédiatres libéraux soient excédés :

- depuis 7 ans, leurs charges augmentent de 4,1% par an,
- depuis 7 ans, leur pouvoir d'achat chute de 1% par an et depuis 1998 de 1,7% par an,
- avec 70 heures travaillées par semaine, 52 heures de consultation et 18 heures d'astreintes hebdomadaires, **ils ont le niveau de revenu le plus bas de tous les médecins** (46 700 euros annuels). En admettant qu'ils aient droit à des congés payés comme tous les Français, cela représente un revenu horaire de 12,22 euros, à bac +12.

Le niveau de revenu net du pédiatre libéral se situait en 1999 à 14% en dessous de celui des médecins généralistes, à 33% en dessous de celui du revenu moyen des médecins français et à 45% en dessous du revenu moyen des spécialistes. Cette situation est inadmissible et compromet le fonctionnement de l'entreprise médicale.

Notre spécialité n'est plus attractive :

Avec le niveau de revenu le plus bas de tous les médecins, des charges toujours croissantes, des consultations longues, souvent pénibles et stressantes, une responsabilité médicale lourde et omniprésente, la pédiatrie n'est pas choisie en priorité par nos jeunes médecins. Il est temps de la rendre à nouveau attractive en proposant à nos jeunes pédiatres des honoraires conséquents leur permettant de faire fonctionner l'entreprise médicale et d'exercer une médecine de qualité.

Rien n'a été fait pour arrêter l'hémorragie :

De moins en moins de pédiatres s'installent en libéral. De 1985 à 2000, la part des libéraux dans la spécialité est tombée de 65,7% à 47,5% soit une diminution de 18,2%. En 2000, la

densité de pédiatres installés en libéral est retombée à celle de 1987, soit 4,94 pédiatres libéraux pour 100 000 habitants.

Avec une densité totale de 9,28 pédiatres(hospitaliers + libéraux) pour 100 000 habitants en France en 1999, la France se place au triste 11^e rang des pays européens.

La population pédiatrique vieillit :

De façon globale on constate qu'avec le numerus clausus et le peu de postes de pédiatrie offerts aux concours d'internat, le recrutement des pédiatres a été trop faible ces dernières années.

Avec seulement 6,6% de pédiatres libéraux de moins de 40 ans, on ne pourra en aucune façon relever les 10,2% de pédiatres de plus de 60 ans proches de la retraite. Qu'advient-il de la pédiatrie libérale quand les 41% de pédiatres qui ont entre 50 et 60 ans cesseront leur activité?

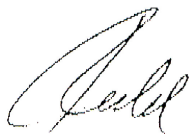
L'heure est grave :

Alors que le nombre de naissances augmentait de 4,8% de 1995 à 2000, on constate que celui des pédiatres ayant une activité libérale baissait de 7,5% sur la même période.

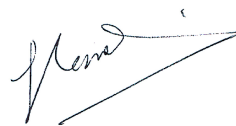
De plus les besoins spécifiques croissants des enfants en terme de soins, de dépistage et de prévention ne sont pas satisfaits. La pénurie des pédiatres est telle que tous les secteurs sont affectés. Les spécialistes de l'enfant que nous sommes mettent en garde le gouvernement.

Il faut un projet politique pour la santé de l'enfant en France.

Nous vous demandons de montrer fermement que la pédiatrie libérale ne doit pas disparaître et de mettre en oeuvre tous les moyens à votre disposition pour redonner à la pédiatrie libérale la dignité et la sérénité nécessaire à cet exercice si particulier, celui de soigner les enfants de France et de les accompagner jusqu'à l'âge adulte. Sans aucune avancée significative d'ici le 17avril, l'ensemble des pédiatres libéraux d'Aquitaine démissionneront des maternités.



Dr Francis RUBEL
Président du Syndicat National
des Pédiatres Français



Dr Gérard HAMELIN
Président du Groupement
des Pédiatres de la Gironde

