

■ Revues générales

Organisation des soins en pédiatrie : des idées pour progresser

RÉSUMÉ : Le recul de l'attractivité de la pédiatrie à l'internat, l'émergence de nouveaux besoins de santé, la distension des liens ville-hôpital et l'insuffisance des effectifs en regard des besoins à satisfaire conduisent à devoir repenser l'organisation de notre discipline. Des pistes sont proposées, telles que l'autonomisation progressive des urgences pédiatriques, le déploiement des unités d'adolescents, le développement des postes d'assistants partagés, le financement forfaitaire des soins ville-hôpital pour les maladies chroniques, l'extension du dépistage néonatal, de nouveaux modes d'installation en ville ou un plan Marshall pour la PMI.



P. FOUCAUD
Président d'honneur du Groupe
de Pédiatrie Générale.

C'est à un pédiatre hospitalier "jeune retraité" qu'a été confiée la rédaction de cet article prospectif visant à proposer des scénarios susceptibles de faire évoluer l'organisation des soins aux enfants, aujourd'hui soumise à de multiples contraintes. Il importe de rappeler que ces propos n'engagent que leur auteur, au cursus marqué par un ancrage métier au cœur de la pédiatrie générale et un engagement institutionnel en fin de parcours. Il s'agit d'une rédaction encore compliquée par le contexte actuel :

>>> Un système de santé plus administré que piloté, exsangue au terme d'un plan d'austérité porté par une implacable logique comptable.

>>> Une pandémie de COVID-19 ayant mis en exergue les dysfonctionnements générés par une politique de fermeture de lits inscrite dans le Plan triennal de l'Assurance Maladie depuis 2015, régulièrement dénoncée par les urgentistes quotidiennement confrontés au déficit de lits d'aval. L'engagement des professionnels de santé face à une crise sanitaire sans précédents, la plasticité organisationnelle qu'ils ont eux-mêmes déployée et la reconnaissance de la

population ont conduit au Ségur de la santé, dont on ne mesure toujours pas aujourd'hui, au-delà des intentions affichées, les réels bénéfices attendus.

>>> Une démographie des médecins en berne, suite à des choix politiques délibérés. Le nombre d'étudiants en médecine accédant par concours à la deuxième année est passé de 8 671 en 1977 à 3 511 en 1992. Cette funeste erreur, dont on prend la pleine mesure aujourd'hui, était portée par un concept simple : la réduction du nombre de prescripteurs devait mécaniquement limiter les soins prescrits et permettre une meilleure maîtrise de l'inflation des coûts de santé. De véritables déserts médicaux se sont constitués et la progression des coûts de santé est restée impavide. Il a fallu attendre 10 ans pour commencer à infléchir la courbe. En 2018, le nombre était monté à 8 205, donc pas encore au niveau de 1977. Nous sommes passés à 9 314 en 2019, pour supprimer le *numerus clausus* dès 2020. Du fait de la durée des études de médecine, de nombreuses années seront nécessaires pour sortir de l'impasse. La pédiatrie est particulièrement touchée, tous ses modes d'exercice sont concernés, en ville comme à l'hôpital.

■ Revues générales

■ La pédiatrie et la multiplicité de ses modes d'exercice

L'exercice de la pédiatrie est caractérisé à la fois par sa diversité et son unicité. Du nouveau-né jusqu'à l'adolescent, toute sa logique s'articule autour de la médecine du développement.

C'est l'une des 44 spécialités médicales issues de la réforme du 3^e cycle des études médicales, qui peut conduire à une pratique ambulatoire (libérale dans la grande majorité des cas), communautaire (protection maternelle et infantile [PMI] pour l'essentiel, mais aussi médecine scolaire), hospitalière ou hospitalo-universitaire. À la différence de bien d'autres spécialités, l'offre hospitalière est quasi exclusivement publique. En dehors de la pédiatrie en CHU, c'est un exercice qui échappe à la logique d'organe au profit d'une médecine globale, à la croisée des chemins entre spécialité et médecine générale d'une tranche d'âge donnée (à ce titre, elle se rapproche de la gériatrie), les 0-18 ans, très exigeante par ses domaines d'intervention très vastes.

Cette exigence est sélective et les divers profils de personnalité retrouvés en ses rangs sont souvent marqués par l'empathie. Elle s'est beaucoup féminisée au cours des 20 dernières années. Elle constitue par nature une médecine à dimension humaniste, portée par la triangulation de l'échange : l'enfant, ses parents, le pédiatre. Les progrès spectaculaires enregistrés au cours des 30 dernières années doivent beaucoup à la vitalité de la recherche en surspécialités : cardiopédiatrie, pneumopédiatrie, neuropédiatrie, génétique, etc. Dans le champ de la santé mentale, elle trouve son pendant avec la pédopsychiatrie, dont l'âge limite d'intervention est en règle de 16 ans.

■ Forces et faiblesses de la discipline pédiatrique

La légitimité de la spécialité pourrait se résumer par l'axiome suivant : l'enfant

n'est pas un adulte en miniature, tout particulièrement en termes de pathologies très spécifiques (la néonatalogie et la médecine de l'adolescent en sont les exemples les plus emblématiques) et d'expression clinique particulière de pathologies, même lorsqu'elles sont communes aux adultes. L'instabilité est un maître-mot pour la médecine du nourrisson et l'aggravation paraît souvent brutale lorsque se démasque un choc septique, une déshydratation sévère, une insuffisance respiratoire aiguë, etc.

Bien que nombre de médecins en formation soient prêts à s'y engager par vocation, la spécialité est en perte progressive d'attractivité. Les derniers choix des internes post-ECN (épreuves classantes nationales) 2019-2020 la placent en 27^e position sur 44. La récurrence et la pénibilité croissante des gardes de nuit et de week-end y contribuent largement, les plus jeunes aspirant bien légitimement à un meilleur équilibre entre vie personnelle et professionnelle.

Ce constat conduit à devoir considérer que la promotion de notre spécialité passe nécessairement par de nouveaux modèles d'organisation des soins aux enfants, ce d'autant que des indicateurs qualitatifs se dégradent, comme la stagnation depuis 10 ans de la mortalité infantile autour de 3,7 ‰ après des décennies de baisse [1].

■ Pédiatrie hospitalière

1. Urgences pédiatriques

Ce sont les urgences pédiatriques, unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD) comprises, qui constituent la priorité en matière de réorganisation. Si les hôpitaux d'enfants universitaires ont pu bénéficier de meilleures conditions d'exercice, avec de véritables services dédiés, la situation est particulièrement préoccupante pour tous les hôpitaux dotés d'un service de

pédiatrie générale – hôpitaux généraux le plus souvent –, dont les urgences enfants constituent le portail d'entrée essentiel (90 % des enfants hospitalisés le sont à partir des urgences). Ce sont ces unités, adossées aux urgences adultes, qui constituent le maillage national des soins urgents aux enfants, trop peu visibles aux yeux de notre discipline et des autorités de santé.

La progression du nombre de passages annuels est forte, près du double de celle observée pour les adultes, particulièrement dans les territoires où les cabinets de pédiatres ont fini par fermer les uns après les autres. Les enfants qui y sont pris en charge (âge médian autour de 5 ans) représentent 25 à 30 % des passages aux urgences, l'activité traumatologique étant le plus souvent assurée par les urgentistes. Aux heures ouvrables, ce sont des médecins affectés aux urgences pédiatriques (souvent par rotation) qui y officient mais, la nuit et durant le week-end, ce sont souvent les pédiatres, généralistes ou spécialistes, en charge des unités d'hospitalisation qui sont mobilisés.

L'activité aux urgences pédiatriques est donc trop souvent un "second métier", plus subi que revendiqué, alors même que la prise en charge des urgences type en pédiatrie est de plus en plus technique : échographie d'orientation par les cliniciens, perfusions intra-osseuses, pompes à morphine, ventilation non invasive, oxygène nasal à haut débit, etc. Le pronostic vital ou fonctionnel de l'enfant peut être en jeu et, bien souvent, la réanimation initiale des enfants nécessitant un transfert dans une unité de soins critiques est assurée par les seuls pédiatres. Ces conditions d'exercice sont peu favorables au déploiement des outils de la démarche qualité, comme l'apprentissage répété par la simulation, pour tous ceux dont l'activité principale est hors des urgences.

Par ailleurs, la maîtrise et la limitation du temps de travail liées à la pénibilité

I Revues générales

et au stress induit (strict respect des 48 h maximales de travail hebdomadaire, temps de garde inclus), auxquels les services d'urgences sont éligibles depuis 2015, sont rarement applicables dans les secteurs pédiatriques faute d'une activité exclusive, prérequis prévu par la réglementation. Enfin, l'indispensable repos de sécurité en sortie de garde (comme les temps de récupération) complique la continuité des soins en hospitalisation et vient contrarier le principe du médecin référent pour un enfant donné, principe auquel les parents sont naturellement très attachés.

Un radical changement de paradigme est nécessaire, en constituant à chaque fois que possible des équipes médicales et paramédicales dédiées. Elles assureraient la prise en charge de tous les passages aux urgences pédiatriques (jusqu'à 18 ans), 24 h sur 24 et 7 jours sur 7, sous la responsabilité du chef(fe) de service de pédiatrie, tout en cultivant des liens fonctionnels forts avec les urgences adultes. La mise en place depuis 2017 du diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine d'urgence (adulte et pédiatrique) et de la formation spécialisée transversale (FST) d'urgences pédiatriques (accessible par les DES de pédiatrie et de médecine d'urgence) offre une intéressante opportunité [2]. Sera demain possible le recrutement d'un nouveau profil de jeunes médecins bien formés à cet exercice de plus en plus spécifique. Cette autonomie progressive des urgences pédiatriques sera tributaire d'un niveau d'activité suffisamment élevé, comme souvent constaté en périphérie des grandes villes.

L'objectif serait de constituer des équipes stables de 7 à 10 praticiens issus des filières de pédiatrie, médecine d'urgence ou médecine générale, bénéficiant des mêmes dispositifs de limitation du temps de travail que dans les services d'urgences adultes. Le temps d'activité médicale pourrait être limité à 12 h d'affilée, sans possibilité donc d'enchaîner

un temps de présence diurne et nocturne pour des raisons de sécurité qui relèvent du bon sens. Les enfants relevant de consultations simples – le tri étant assuré par une infirmière du secteur pédiatrique dûment formée – pourraient bénéficier aux heures ouvrables d'une filière identifiée dite *fast track* assurée par des médecins libéraux dans ou à proximité immédiate de l'hôpital.

Quelques expérimentations donnent dès à présent crédit à cette réorganisation qui renforce la sécurité des prises en charge et permet également aux pédiatres affectés au secteur hospitalisation, libérés de la charge de la garde, de se recentrer sur leur cœur de métier. Dans les territoires concernés, elle conduirait à regrouper les petites unités de pédiatrie sur des plateaux pédiatriques plus conformes aux seuils critiques d'activité et aux recommandations de bonne pratique. Cette meilleure gestion de ressources médicales et soignantes devenues rares devrait permettre de renforcer, par redéploiement, les effectifs des services situés en zones rurales ou semi-rurales, incontournables géographiquement. Les agences régionales de santé (ARS) devraient, en s'appuyant sur l'expertise de la Société Française de Pédiatrie, se mobiliser pour permettre à ces petites structures de bénéficier de mesures d'accompagnement pour l'attractivité des recrutements (notamment en finançant des postes d'assistants partagés CHU-CH), afin de garantir aux populations concernées une offre de soins pédiatriques raisonnablement accessible.

2. Secteur hospitalisation

Dans le secteur hospitalisation, les unités de surveillance continue (USC) non adossées à une réanimation ont fait la preuve de leur utilité, en sécurisant la prise en charge des enfants les plus instables et en structurant les liens entre services de pédiatrie et réanimation référente [3]. Leur nombre doit progresser et les moyens affectés aux réanimations pour une coordination territoriale ren-

forcée doivent être abondés par les ARS. Le déploiement des unités d'adolescents au sein de tout service de pédiatrie générale doit se poursuivre [4]. Le regroupement physique des adolescents dans un lieu adapté à leur univers permet à la fois de mieux répondre à leurs besoins et de progresser dans le champ de la médecine de l'adolescent, si spécifique. Au-delà des pathologies somatiques touchant cette tranche d'âge, les situations relevant du médico-psychosocial sont fréquentes. La coopération entre pédiatres et pédopsychiatres doit être structurée, au mieux au sein du même établissement ou avec un service voisin, par convention. Le recrutement d'un éducateur spécialisé s'avère nécessaire en termes de médiation, de respect des règles et de lien sanitaire-judiciaire. La prise en charge dans ces unités des réhabilitations nutritionnelles des troubles du comportement alimentaire (anorexie) constitue un service médical rendu important, tant l'offre est déficitaire.

Le poids croissant des maladies chroniques en pédiatrie justifie de repenser le mode de financement du parcours de soins ville-hôpital des enfants concernés. La tarification à l'activité (T2A) est particulièrement inadaptée, jusqu'à générer des actes ou hospitalisations inutiles. Une tarification forfaitaire annuelle par patient, stratifiée par degré de sévérité ou de mobilisation de ressources, doit progressivement s'y substituer. La télésurveillance devrait se développer rapidement, notamment grâce au développement d'outils connectés. Dans le diabète, les dispositifs d'autosurveillance transcutanée de la glycémie ont ouvert la voie. Mais ces nouveaux outils réclament des moyens supplémentaires. Le relevé de toutes les données transmises chaque semaine sur des plateformes *via* les outils connectés nécessitera une analyse, un contrôle qualité, la détermination individuelle de seuils d'alerte : de nouveaux métiers vont devoir émerger. Le rôle des infirmières coordinatrices, spécialisées dans le suivi des maladies chroniques de l'enfant les

POINTS FORTS

- La démographie en berne des pédiatres, la perte d'attractivité de la spécialité, l'émergence de besoins de santé nouveaux et la progression du numérique incitent à concevoir de nouveaux modes d'organisation. Ce d'autant que pédiatrie et pédopsychiatrie restent dans l'angle mort des politiques publiques.
- La constitution d'équipes médico-soignantes dédiées aux urgences pédiatriques doit permettre de les autonomiser, tout en préservant des liens étroits avec la pédiatrie et les urgences adultes.
- Les liens entre pédiatrie universitaire et hospitalière doivent se renforcer en développant les postes médicaux partagés dans les surspécialités pédiatriques, en mutualisant les ressources en recherche clinique, les uns apportant un soutien méthodologique, les autres permettant l'accès à d'importantes cohortes (en infectiologie de l'enfant par exemple).
- De nouvelles structures collectives pédiatriques en ville doivent voir le jour, modes d'installation répondant mieux aux attentes des jeunes médecins. Une collaboration structurée entre médecine générale et pédiatrie est souhaitable, notamment pour des situations type de second recours.
- Un cadrage national des PMI est attendu, assorti de mesures de refinancement afin de ne pas confier aux seules collectivités territoriales les politiques de prévention et de protection de l'enfant.

plus fréquentes ou les plus complexes, va s'avérer capital. Elles assurent, pour les parents, l'interface entre ville et hôpital et ces missions devraient relever de la pratique avancée. L'expérience tirée de la pandémie de COVID devrait par ailleurs accélérer le développement des téléconsultations à chaque fois que cela est pertinent.

Une fois les pédiatres du secteur hospitalisation libérés de leurs contraintes de garde, il serait à nouveau envisageable d'étoffer l'offre de consultations de surspécialités, de redynamiser l'éducation thérapeutique. Les postes de praticien hospitalier (PH) à mi-temps pourraient, dans ce format, retrouver l'attractivité qu'ils ont perdu du fait de leur participation aux gardes et participer à retisser le lien si distendu entre exercice libéral et hospitalier. Dans le même esprit,

l'accessibilité aux pédiatres de ville des bilans réalisables en hôpital de jour, sous couvert de protocoles rédigés en commun, redonnerait du sens à chacun des acteurs. Enfin, l'annualisation du temps de travail infirmier pourrait permettre une meilleure gestion de la saisonnalité des épidémies et de la capacité en lits subséquente.

La recherche clinique est un levier important pour recruter de jeunes pédiatres en sortie de clinicat ou d'assistantat. Un partenariat soutenant entre CHU et services de pédiatrie générale pourrait s'avérer gagnant-gagnant, les uns offrant un soutien méthodologique et logistique, les autres permettant d'accéder à des cohortes très importantes de maladies fréquentes. En marge de cette recherche clinique, le développement de l'intelligence artificielle en santé pour-

rait être un levier de désenclavement en permettant une interprétation à distance, coordonnée par les CHU, de toutes les images numérisées dans le champ de la dermatologie, de l'anatomo-pathologie, de l'imagerie, de la dysmorphologie [5]...

L'hospitalisation à domicile (HAD) pédiatrique devrait pouvoir diversifier son offre en déployant des séjours à déclenchement rapide en sortie d'UHCD ou d'hospitalisation conventionnelle. L'expérience concernant le suivi des bronchiolites en Île-de-France (oxygénéothérapie nasale, nébulisations à domicile) montre la voie et les moyens à investir [6].

3. Néonatalogie

L'organisation graduée de la néonatalogie est intimement liée à celle de l'obstétrique. La restructuration des maternités est manifestement allée trop loin, même si l'on est passé de 833 000 naissances en 2010 à 753 000 en 2019. Leur nombre a été divisé par 3 en l'espace de 40 ans, *via* un mouvement progressif de regroupement qui s'est fait essentiellement aux dépens des petites maternités de type 1, tout particulièrement dans le secteur privé lucratif. Cette tendance lourde a été plus souvent portée par la T2A et la démographie en berne des métiers de la naissance, que par un rééquilibrage volontariste de l'offre de soins.

Le nombre de maternité de type 3 au-delà de 5 000 naissances/an devrait être maîtrisé. La sécurité de l'accouchement et de la naissance doit demeurer une priorité eu égard au poids de la mortalité dans la stagnation observée de la mortalité infantile [1]. Mais pour les femmes à bas niveau de risque obstétrical, il faut veiller à ne pas médicaliser l'accouchement à l'excès. Ce d'autant que ces femmes sont de plus en plus nombreuses à revendiquer un accouchement plus physiologique, ce qui en toute logique devrait conforter les maternités de type 1, dont le modèle économique devra être repensé.

I Revues générales

Comme toutes les disciplines pédiatriques, la néonatalogie connaît une spécialisation métier de plus en plus forte, avec un exercice de plus en plus technique, notamment à destination des prématurissimes. Au point d'observer une désaffection de plus en plus massive des jeunes générations à l'exercice mixte avec la pédiatrie. Cette "rupture générationnelle" fragilise les petites structures éloignées en compliquant le recrutement de jeunes praticiens.

Enfin, grâce aux avancées de la biologie moléculaire et de la spectrométrie de masse en tandem, le dépistage néonatal doit s'étendre, notamment à plusieurs maladies du métabolisme accessibles à une prise en charge précoce [7].

■ Pédiatrie ambulatoire

Depuis des décennies, l'absence de politique de santé sur la médecine de premier recours de l'enfant laisse la pédiatrie libérale en position fragile, faute d'une affirmation claire du rôle qu'elle doit jouer. Aujourd'hui, les familles doivent composer avec une cote mal taillée, à mi-chemin entre le modèle espagnol (tout enfant est suivi par un pédiatre jusqu'à 15 ans) et le modèle britannique (la pédiatrie est essentiellement hospitalière). Deux réalités sont à prendre en compte : la médecine générale est en situation d'épuisement, de crise de vocation, et les omnipraticiens se voient bien malgré eux en situation d'omnispécialistes face aux disciplines dont la démographie en ville est en berne (à commencer par la psychiatrie et la pédiatrie).

L'attrait des jeunes pédiatres pour l'exercice ambulatoire semble à nouveau progresser et conduit à promouvoir de nouveaux modes d'installation. Des structures pédiatriques d'exercice collectif semblent promises à un bel avenir, incluant pédiatres généralistes et surspécialistes, puéricultrices, psychologues, kinésithérapeutes, ortho-

phonistes, etc. Les consultations de puéricultrices (cotation à créer) devraient être dédiées à des situations protocolisées avec les pédiatres, telles que l'accompagnement de l'allaitement maternel, l'évaluation de l'observance pour les maladies chroniques, l'administration de vaccins prescrits par un médecin, etc. Surtout, la sensible augmentation du nombre de médecins formés chaque année devrait permettre une progression rapide du nombre de pédiatres.

En attendant, une organisation structurée des liens entre médecins généralistes et pédiatres dans un territoire donné devrait éviter des recours inutiles à l'hôpital. L'expérimentation menée en Pays de la Loire à l'initiative des libéraux eux-mêmes, avec pour objectif d'améliorer l'articulation entre médecins généralistes et pédiatres libéraux en situation de second recours, donne du crédit à de telles orientations [8].

Par ailleurs, la version papier du carnet de santé devrait peu à peu laisser la place à un format numérique.

■ Pédiatrie communautaire

La protection maternelle et infantile traverse une crise majeure, marquée par une disparité départementale forte, au moment même où sont dénoncées les insuffisances de notre politique de prévention. C'est du moins le constat sans concession dressé dans le rapport Peyron, remis aux autorités de santé en mars 2019 [9]. Dans certains territoires, la dégradation du repérage des enfants en danger et des services rendus aux plus précaires – de plus en plus nombreux – réclame des mesures d'urgence.

Une stratégie nationale plus structurée doit être mise en place afin de garantir un cadre cohérent aux collectivités territoriales. Les modalités de financement doivent être repensées entre état, ARS, conseils départementaux et Assurance

Maladie. La perte d'attractivité implique de revaloriser le statut des médecins, le nombre de postes vacants progressant rapidement. On doit en rapprocher le statut des acteurs de la médecine scolaire.

■ Conclusion

Les autorités de santé doivent prendre la mesure de la priorité à accorder à la médecine de l'enfant, en déshérence. Malgré l'affichage d'intentions vertueuses, pédiatrie et pédopsychiatrie restent dans l'angle mort des politiques publiques. Une révision de la carte sanitaire de l'activité pédiatrique s'impose, tant peuvent être flagrants les doublons dans certaines zones urbaines et les insuffisances dans certains territoires. Défendre notre belle discipline implique de fixer un cap et d'accompagner les mutations attendues. La défense du *statu quo* n'est plus tenable. Avec le souci permanent de la gradation de l'offre de soins, de la juste mobilisation de ressources médico-soignantes devenues rares, de la nécessaire adaptation aux évolutions sociologiques de la famille, aux besoins de santé émergents. Sans s'offusquer de la dimension médico-économique, tant qu'elle ne dirige pas la réflexion : chacun doit se préoccuper de la juste dépense qu'il génère.

Une meilleure reconnaissance de tous nos modes d'exercice ne pourrait-elle pas conduire à promouvoir la qualification de pédiatre pour tout praticien à exercice enfant exclusif (notamment en médecine scolaire ou PMI), sous couvert d'une durée d'exercice suffisante et d'une formation complémentaire ?

BIBLIOGRAPHIE

1. BRANGER B, PICHEROT G. La mortalité infantile en France ne baisse plus depuis 10 ans. *Perfectionnement en Pédiatrie*, 2019;2:270-279.

2. RIOU B. 2017 : l'an 1 du diplôme d'études spécialisées de médecine d'urgence. *Ann Fr Med Urgence*, 2017;7:1-4.
3. LACHASSINNE E, HBA K. Les Unités de Surveillance Continue non adossées à une réanimation pédiatrique: ce que dit la réglementation. *Arch Ped* (à paraître).
4. DE TOURNEMIRE R, BOUDAILLIEZ B, JACQUIN P *et al.* Pédiatres de l'enfant "jusqu'à 18 ans" : de l'urgence d'acquérir des compétences dans des unités de médecine pour adolescents. *Arch Ped*, 2016; 23:675-678.
5. GUROVICH Y, HANANI Y, BAR O *et al.* Identifying facial phenotypes of genetic disorders using deep learning. *Nat Med*, 2019;25:60-64.
6. GATBOIS E. Le plan EPIVER: expérience parisienne. 4^e journée nationale des HAD pédiatriques, Marseille, 9 juin 2017.
7. COUTANT R, FEILLET F. State of play of neonatal screening in France. *Med Sci*, 2018;34:19-21.
8. Protocoles de suivi conjoint médecin généraliste-pédiatre. Expérimentation de l'Union régionale des médecins libéraux des Pays de la Loire, 2018 : urml-paysdelaloire.org/experimentations/commission-mg-pediatres/
9. PEYRON M, JACQUEY-VAZQUEZ B, LOULERGUE P *et al.* Pour sauver la PMI, agissons maintenant ! Rapport remis au Premier Ministre en mars 2019.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêt concernant les données publiées dans cet article.