

# SYNDICAT NATIONAL DES PEDIATRES DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS

S.N.P.E.H.

La Pédiatrie hospitalière est dans une impasse.

## LES CAUSES:

**I-AU DEFICIT ACTUEL EN PEDIATRES s'ajoutent des PERSPECTIVES DEMOGRAPHIQUES catastrophiques** pouvant engendrer à terme une réduction importante de l'offre de soins:

**-Des chiffres:**

-on dénombre 5782 pédiatres soit 3% des médecins et 6% des spécialistes soit 9,7 pour 100000 habitants, 11<sup>ème</sup> rang des pays européens.

-1727 avec exercice libéral exclusif et 2600 salariés dont 1200 hospitaliers (827 Praticiens hospitaliers dont 274 en CHU et 543 en CHG).

**-Numéris clausus:**

-global:8588 places en 1971, 3500 en 1992, 411 en 2001.

-pédiatrie: 110 par an en 1999, 147 en 2000, 165 en 2001, 177 en 2002.

**-Des équipes hospitalières vieillissantes** avec une vague de retraités à partir de 2010:

-59 % des pédiatres ont entre 35 et 49 ans, 23% entre 50 et 59 ans

-32% ont plus de 50 ans contre 25% dans les autres spécialités.

**-Une féminisation soutenue:** 56% sont des femmes. Parmi les moins de 35 ans, 80% sont des femmes contre 34% dans les autres spécialités. Elles exercent davantage à temps partiel.

**II-UNE LEGISLATION JUSTIFIEE MAIS CONTRAIGNANTE** responsable d'un accroissement de la charge de travail, d'une pénibilité accrue, engendrant démotivation et manque d'attractivité pour l'exercice de la spécialité:

-plan périnatalité

-instauration du repos de sécurité après la garde

-séniorisation des urgences

-aménagement et réduction du temps de travail,

tous ces décrets sont actuellement **inapplicables fautes d'avoir mis à disposition les personnels médicaux et paramédicaux nécessaires et contraignent les équipes à travailler dans l'illégalité. L'état assumera-t-il la responsabilité d'éventuels incidents?**

## **III-DEUX SECTEURS D'ACTIVITES en plein marasme:**

**-Un phénomène incontrôlable: l'inflation des URGENCES:**

L'inflation des urgences est générale et concerne autant, voire plus, les enfants que les adultes.

Les moins de quinze ans représentent de 30 à 35 % de l'ensemble des passages. L'accroissement annuel est d'environ 5% et concerne surtout les urgences médicales.

70 à 75% des enfants ont moins de 5 ans et 50% moins de 2 ans. Les vraies urgences représentent à peine 5% des cas. Les flux sont particulièrement importants le soir ou les week-end.

Les causes sont diverses: désaffection des médecins libéraux pour l'urgence nocturne ou de week-end, consumérisme de la population, confiance dans la médecine hospitalière en raison de plateaux techniques performants, assurance d'être vu par un médecin indépendamment de sa spécialité ou de son statut...

L'organisation de l'accueil pédiatrique, l'adaptation des locaux et la mise à disposition de personnel paramédical dévoué à la pédiatrie sont indispensables.

**-LE NOUVEAU-NE: un plan périnatalité inapplicable alors que la natalité française augmente: manque de lits de néonatalogie, de personnel paramédical, de pédiatres néonatalogistes. Ne pas oublier que les urgences pédiatriques, ce sont aussi les urgences néonatales.**

### **LES CONSEQUENCES:**

**Des difficultés dans l'organisation continue des soins, une pénibilité inacceptable, des dysfonctionnements compromettant sécurité et qualité des soins auprès des enfants.**

**-Des équipes hospitalières trop restreintes.**

-4,15 équivalent-temps-pleins, en moyenne, dans les hôpitaux généraux, alors qu'il faut au moins 7 équivalents temps-pleins pour assurer un garde sur place (hors ARTT) dans des conditions acceptables.

**-des services travaillant parfois dans l'illégalité.**

**-Une pénibilité accrue:** dans l'immense majorité des CHG, lorsqu'il est possible d'organiser une garde sur place, le pédiatre senior assure et est responsable du service de pédiatrie, de l'unité de néonatalogie, des urgences portes (cf supra) et de la prise en charge des enfants en salle de naissance. Il est aidé le plus souvent par un interne présent uniquement à titre pédagogique sans responsabilité propre. Peut-on voir 75 patients pendant une garde avec suffisamment de pertinence intellectuelle à plus de 55 ans?

**-Une charge de travail quotidienne de plus en plus lourde:**

-coté patients: des exigences accrues, le devoir d'information, le respect des protocoles (sécurité et qualité).

-coté médecin: devoir de formation des étudiants (rôle enseignant non reconnu dans les CHG), des réunions très fréquentes, le codage des actes, des tâches de gestion diverses... Ne reste que peu de temps à consacrer à la formation continue, à la recherche clinique...

-l'organisation de la continuité des soins (liste de garde...) ne doit pas compromettre l'activité quotidienne des unités d'hospitalisation.

**- Tout ceci expliquant le manque d'attractivité actuelle de cette spécialité en hôpital comme en ville où les gains financiers sont en moyenne inférieur à ceux d'un généraliste.**

## **QUE FAIRE POUR SORTIR DE L'IMPASSE:**

### **I-INSCRIRE LA PEDIATRIE DANS LES PRIORITES BUDGETAIRES 2003**

### **II-AUGMENTER LE NUMERUS CLAUSUS PEDIATRIQUE et former jusqu'à 240 pédiatres par an.**

### **III-Donner les moyens nécessaires à l'application des textes de lois :**

.créer le nombre de postes nécessaires selon des statuts variés: temps plein, temps partiels, contractuels...

. rendre simultanément la pédiatrie attractive: revalorisations salariales, primes...

### **IV-Favoriser l'intégration de pédiatres libéraux dans le secteur hospitalier (?) en évitant de faire disparaître la pédiatrie libérale (dont le rôle est important notamment pour les maternités privées) et d'évoluer vers une médecine à l'anglaise dont l'échec est patent.**

### **V-Encourager la collaboration entre les acteurs de santé de l'enfant:**

-CHR-CHG.

-ville-hôpital

-pédiatres libéraux-médecins généralistes-MPI-médecins scolaires

### **VI-REFLECHIR:**

-Evaluer les besoins sanitaires réels de la population infantile française dans tous les secteurs d'activité (prévention, médecine curative, maladies chroniques ou « orphelines », pédopsychiatrie, chirurgie infantile, accueil en urgence, prise en charge du nouveau-né...) et

-élaborer une réelle politique de santé de l'enfant.

-redéfinir le rôle du pédiatre et adapter sa formation universitaire à la demande de soins.

-réorganiser éventuellement le paysage hospitalier pédiatrique en acceptant des restructurations justifiées par la nécessité de sécurité et de qualité des soins tout en limitant les inégalités géographiques...

-étendre la représentation pédiatrique dans les commissions médicales d'établissement,

les Comités Régionaux d'Organisation Sanitaires (CROS) et les Agences Régionales d'Hospi-talisation. Créer dans toutes les régions des Shémas régionaux de l'Organisation Sanitaire Pédiatriques.

-revaloriser l'acte intellectuel en révisant le codage des actes pédiatriques.

Février 2002

Philippe TALON  
Président du S.N.P.E H.