

"L'avenir de la pédiatrie à Genève"

1. Introduction

Dans un monde en rapide évolution, rares sont les professions qui ne s'interrogent pas (ou ne devraient pas s'interroger) sur leur identité et sur leur adaptation aux changements. Ce phénomène est particulièrement marquant dans le domaine de la santé, parla nature, l'intensité et la variété des problèmes éthiques, scientifiques, juridiques, techniques, économiques qui s'y posent. Les pharmaciens, les infirmières, les diététiciennes par exemple n'ont pas échappé à cette nécessité d'analyser leur profession pour mieux répondre à de nouveaux besoins.

Suite à un colloque organisé le 9 mai 1987 sur le thème «Alimentation et pédiatrie» il est apparu au comité de la Société genevoise de pédiatrie (SGP) qu'une réflexion sur l'avenir de la pédiatrie à Genève serait justifiée.

Fort de l'accord de ses membres, et avec l'appui financier de Nutrition, le comité de la SGP a décidé d'organiser avec l'Institut de management de la santé (HMI) le 2 juin 1988 un séminaire d'une journée consacré à ce thème.

2. Objectifs du séminaire et méthode de travail

2.1. L'objectif du séminaire était double:

- a) Renforcer la cohésion entre les membres de la SGP par une prise de conscience du caractère commun des problèmes auxquels ils sont confrontés.
- b) Définir ensemble la nature des problèmes principaux des pédiatres à Genève, envisager des solutions et fixer des priorités pour d'éventuelles actions ultérieures.

2.2. La méthode de travail choisie avait pour but de structurer la réunion sans restreindre inutilement la spontanéité des débats et la créativité des participants.

1. Durant les quatre mois précédant le séminaire, les membres du comité de la SGP se sont réunis à plusieurs reprises avec HMI pour préparer la réunion et, notamment, pour dresser une liste des thèmes à débattre.
2. Cinq thèmes ont été choisis: le profil du pédiatre, les motifs et les modes de recours en pédiatrie, les modalités d'exercice de la profession, les modifications souhaitées dans les modalités d'exercice et de la prise en charge, la formation et la formation permanente. Ces thèmes, illustrés par une série de questions servant d'exemples, ont été envoyés aux membres de la société une quinzaine de jours avant la réunion.
3. Le séminaire a été divisé en trois parties:
 - a) une discussion dans trois groupes d'une douzaine de personnes chacun, sur les problèmes et solutions liés aux cinq thèmes retenus;

* «Alimentation et pédiatrie: une cuillère pour papa, une cuillère pour maman», colloque organisé par la Société genevoise de pédiatrie et l'Institut de management de la santé (HMI) avec l'appui de

- b) la confrontation, dans cinq groupes correspondant aux cinq thèmes retenus, des conclusions tirées dans les trois groupes mentionnés sous lit. a) et la présentation en plénum des points d'accord et de désaccord;
 - c) une discussion générale sur les rapports des cinq groupes, avec des conclusions.
4. Les discussions en groupes ont été animées par des pédiatres assistés de non médecins ayant une bonne connaissance des problèmes de la santé (juriste/manager, économiste/épidémiologiste, théologien/psychanaliste).

3. Déroulement du séminaire

Le séminaire a eu lieu le 2 juin 1988 au Centre de rencontres de Cartigny, près de Genève, de 9 h à 17 h. Trente-cinq pédiatres - sur les 52 membres de la SGP - ont participé à la réunion (cf. annexe). Les lignes qui suivent résument succinctement les discussions et conclusions.

3.1. Discussions en groupes

1. Profil du pédiatre

De grandes variations existent dans la pratique en pédiatrie, ce qui explique la difficulté à tracer un profil du pédiatre et à définir une image qui soit commune à toute la profession. Il y a bien un tronc commun issu d'une formation identique et de l'application de certaines techniques et procédures classiques, mais la démarche «philosophique» est souvent différente, les attitudes variables selon certains groupes: par exemple, les femmes pédiatres sont plus orientées vers les problèmes d'alimentation et les questions sociales; les pédiatres formés à certaines approches «douces» (par exemple homéopathie) traitent différemment leurs patients etc. Le profil se modifie d'ailleurs selon la demande de la clientèle et l'évolution du pédiatre. L'image du pédiatre auprès de ses confrères non pédiatres est trop souvent peu stimulante: celle d'un généraliste pratiquant une médecine sans grands problèmes. L'image du pédiatre auprès des patients/parents n'est pas connue. Certains pédiatres présumant que leur image est plutôt celle d'un théoricien assez abstrait. L'aspect polymorphe de la population sur les plans culturel et socioéconomique rend difficile la définition d'une image.

Selon les pédiatres eux-mêmes, les aspects valorisants et négatifs de leur profil sont les suivants.

Points forts et valorisants:

- Spécialiste de la néonatalogie, de la prévention (par exemple conseils diététiques, vaccinations etc.) et de la surveillance du développement de l'enfant.

- Médecin de famille: relations privilégiées, surtout psychologiques, pour des problèmes gynécologiques de la mère, relationnels du couple; remplaçant de parents parfois défaillants, «substitut de grand-mère».
- Rôle de pédagogue, par exemple dans les problèmes de comportement, familiaux et scolaires.

Points négatifs:

- Difficulté à passer de la théorie hospitalière universitaire à la pratique ambulatoire en cabinet.
- Revenus nettement inférieurs à ceux d'autres spécialistes («petit enfant, petit tarif») et remboursement défavorisant l'exercice de la pédiatrie fondé surtout sur le dialogue et la prévention.,
- Routine de certaines activités dans la pratique quotidienne. - Concurrence des généralistes.
- Image du pédiatre mal perçue par les médecins non pédiatres, notamment par les internistes.
- Manque relatif de disponibilité faute du temps nécessaire.
- Influence de pratiques thérapeutiques non scientifiques, rôle excessif des médias auprès de certains parents (problème des vaccinations).

2. Motifs et modes de recours en pédiatrie

Savoir si les parents s'adressent au pédiatre comme à un généraliste ou à un spécialiste est un faux problème, car il est les deux en même temps: on recourt fréquemment à lui en tant que médecin de premier recours, mais il exerce aussi souvent comme le spécialiste qu'il est. Le développement de certaines sous-spécialités par des pédiatres «conseils» (ORL, cardiologie, gastro-entérologie, orthopédie) permettrait de confier des cas difficiles mais relativement peu fréquents à des praticiens sur le terrain, et améliorerait les liens entre l'hôpital et la pratique ambulatoire. Certains pédiatres craignent qu'en donnant d'eux l'image de spécialiste, ils dissuadent certains patients de s'adresser à eux.

Les motifs de recours sont souvent bénins, et le pédiatre a un rôle important à jouer pour éduquer les parents et éviter une surconsommation médicale induite par divers facteurs (mobilité de la population, «atomisation» de la famille, absence d'un réseau familial de soutien, médicalisation des problèmes, pléthore médicale, etc.). Cette tâche est rendue difficile par l'absence de supports pédagogiques appropriés et par la prolifération de structures privées et publiques offrant une multitude de services pas toujours adaptés, rarement coordonnés et induisant souvent une médicalisation exagérée. Cette médicalisation est aggravée par l'éclatement des structures familiales, «l'absence» parentale, ainsi que par l'augmentation du nombre des pédiatres et par l'action de certains médias.

La difficulté à appréhender le langage symbolique de l'enfant avant qu'il ne s'exprime par le verbe est grande. Le pédiatre maîtrise insuffisamment cet aspect du recours spécifique à ses services (bien qu'il le connaisse beaucoup

mieux que ses confrères non pédiatres), tout comme il a tendance à se décharger trop rapidement sur les spécialistes de la psychologie et de la psychiatrie des problèmes délicats posés par la socialisation et la scolarisation, qui sont des motifs fréquents de consultation auxquels il devrait pouvoir mieux répondre.

Les attentes des parents/patients sont relativement mal connues, mais elles semblent être principalement les suivantes:

- l'existence de relations de confiance, dans la continuité - la qualité de l'écoute
- la polyvalence des prestations
- la disponibilité (réponse en dehors des heures d'ouverture, visites à domicile) et la rapidité d'intervention
- la capacité à expliquer le comportement de l'enfant
- l'amélioration de la qualité de vie de l'enfant.

3. Modalités d'exercice de la profession

L'organisation des gardes, la collaboration entre les différents intervenants, le remboursement des prestations et la féminisation de la profession ont été discutés sous ce thème.

a) **Gardes** - Le système actuel qui supprime l'obligation des gardes après les dix premières années d'activité n'est pas particulier aux pédiatres, mais il est généralisé à l'ensemble des médecins de Genève. Il présente l'avantage de libérer totalement les praticiens après une certaine durée, mais il est inéquitable, car il impose de lourdes obligations à un nombre restreint de pédiatres et il ne tient pas compte des fluctuations dans l'effectif des «assujettis». Un système de gardes dégressif, avec des possibilités de rachat, pourrait être envisagé. Toutefois, contrairement aux internistes et aux généralistes, chez qui ce système fonctionne, il semblerait que la facilité avec laquelle les pédiatres nouvellement installés se créent une clientèle rende cette solution hypothétique, faute d'«acheteurs» face à de nombreux «vendeurs».

Le système de gardes actuel pourrait être amélioré grâce à la présence d'une infirmière filtrant les appels téléphoniques, mais le coût supplémentaire ne serait pas négligeable.

Des possibilités alternatives de recours existent par ailleurs, auprès de l'Association des médecins de Genève (AMG), de SOS médecins, du service des urgences de la clinique de pédiatrie.

b) **Collaboration - L'exercice** de la pédiatrie dans le canton de Genève pose le problème de la collaboration entre les pédiatres eux-mêmes, entre les pédiatres et les médecins non pédiatres, et entre les pédiatres et les institutions s'occupant d'enfants.

Dans le cas d'un changement de pédiatre, le praticien nouvellement consulté devrait avertir son confrère du changement et ce dernier devrait mettre à disposition les éléments du dossier qui lui semblent pertinents pour assurer une prise en charge optimale.

La collaboration avec les médecins non pédiatres est peu développée. Il en va de même avec les institutions nombreuses s'occupant des enfants, par exemple Guidance infantile pour les problèmes psychologiques, médecine scolaire pour les dépistages, ou certaines cliniques universitaires (ORL). Des passerelles devraient être lancées de manière à améliorer les flux d'information et à préciser la complémentarité entre les divers intervenants (médecins du Département de l'instruction publique, infirmières de la Croix-Rouge, diététiciennes, etc.). Idéalement, ces échanges devraient permettre au pédiatre d'assumer son rôle fondamental de coordinateur des diverses interventions auprès des enfants et d'éviter un éclatement du patient entre les structures de prise en charge.

Les pédiatres pratiquant une médecine parallèle posent un problème particulier: certains sont absolument marginaux et ne souhaitent pas être intégrés à la médecine traditionnelle. L'absence d'un langage commun rend la collaboration difficile. Il est nécessaire que la pédiatrie traditionnelle n'abandonne pas le monopole des médias à cette forme d'exercice et qu'elle occupe à l'avenir plus résolument le terrain en se manifestant auprès du public.

- c) **Remboursement** - Les pédiatres sont financièrement pénalisés dans l'exercice de leur profession par le système actuel de remboursement favorisant les prestations techniques, relativement peu fréquentes et peu complexes en pédiatrie. Ce système devrait être modifié, soit par une adaptation du tarif valorisant le temps de consultation, soit par l'augmentation du nombre de postes spécifiques, soit par l'instauration d'un système de capitation (revenu fixé sur la base d'un collectif de patients inscrits au cabinet), cette dernière solution étant évidemment sujette à controverses dans le corps médical.
- d) **Féminisation** - La féminisation, qui représente parmi les pédiatres de Genève plus du double du taux observé pour l'ensemble des médecins praticiens en Suisse, ne pose pas de problèmes notables. Elle est due avant tout à la désertion de la profession par les hommes. La vision que de nombreux étudiants en médecine ont de la pédiatrie est celle d'un travail fatigant, mal rémunéré et peu intéressant. La féminisation a ses aspects positifs: le pédiatre femme a une vision différente de certains problèmes et oriente le pédiatre homme vers une démarche relationnelle de meilleure qualité; elle privilégie la communication avec les parents/patients; elle peut consacrer en général plus de temps à sa formation continue.

4. Modifications souhaitées dans les modalités d'exercice et de la prise en charge

Les pédiatres devraient pouvoir répondre à la demande des parents, qui évolue en fonction du style de vie, des moeurs etc. Une meilleure connaissance de la demande permettrait de mieux satisfaire les sollicitations justifiées et de restreindre les abus (surconsommation médicale).

En principe, le pédiatre est le médecin de premier recours de la naissance (ou même avant la naissance dans le cas des consultations prénatales) jusqu'à la fin de l'adolescence. Or, un pourcentage faible des adolescents consultent un pédiatre (selon une étude récemment parue dans *Helvetica Paediatrica Acta*^{*}, seuls 10% des patients des pédiatres dans la région de Zurich ont plus de 13 ans). Pourtant, on compte à Genève environ 25 000 adolescents de 15 à 20 ans, qui représentent donc une demande importante imparfaitement satisfaite. Il faut développer la médecine des adolescents, ce qui pourrait être difficile au niveau universitaire étant donné la rigidité du système, mais ce qui serait plus facilement envisageable au niveau ambulatoire.

La prise en charge de certains groupes de patients est mal assurée, car il y a un vide entre l'hôpital et le cabinet, notamment dans le cas de patients chroniques: diabétiques, asthmatiques, obèses, patients souffrant de mucoviscidose ou de divers handicaps etc. Des groupes de prise en charge devraient être organisés en ville, sous forme de centres informels, légèrement structurés, dans lesquels collaboreraient non seulement des pédiatres mais d'autres professionnels de la santé. Dans certains cas, ces groupes pourraient être transformés en structures spécialisées sous le contrôle d'un pédiatre (par exemple pneumologue). Les groupes de prise en charge serviraient également, pour les pédiatres, de pôles de formation continue active.

Enfin, il serait nécessaire de valoriser l'acte intellectuel et l'écoute des patients par une modification de la tarification (cf. point 3 lit. c) ci-dessus).

5. Formation et formation permanente

Il y a inadéquation entre la **formation universitaire** et la pratique en cabinet («en s'installant, le pédiatre apprend un nouveau métier»). Les lacunes sont les plus évidentes dans les domaines suivants: ORL, orthopédie, dermatologie, ophtalmologie, médecine psychosociale, épidémiologie. Il faudrait accorder une place plus grande à l'enseignement de problèmes banals mais courants, éventuellement en scindant les aspects théoriques et pratiques. Ces derniers seraient traités dans le cadre d'une chaire de pédiatrie ambulatoire, ou leur enseignement pourrait être confié partiellement à des praticiens. Un stage obligatoire dans un hôpital non universitaire ou dans un cabinet serait souhaitable avant une installation.

La **formation permanente** est en général organisée par les milieux universitaires, qui privilégient des cas relativement rares. Les principales manifestations ont souvent lieu au même moment, ce qui crée des télescopages et rend le planning difficile. Le recours à la langue allemande (parfois même au suisseallemand) dissuade certains pédiatres de participer à des réunions qui leur sont destinées. La SGP devrait être plus active dans ce domaine, et prendre les initiatives suivantes: faire circuler l'information sur les possibilités de formation, organiser des cours, des groupes (par exemple du type Balint) et des conférences, publier à intervalles réguliers un bulletin d'information interne, com-

^{*} Largo RH et al., Prospektive Studie über die Tätigkeit des praktizierenden Kinderarztes, *Helvetica Paediatrica Acta*, Supplementum 51 p. 1-73, décembre 1986.

battre les dispositions légales restreignant le remplacement par un confrère, utiliser le sponsoring, développer des moyens audiovisuels, promouvoir les échanges d'expérience internes (rapport sur la participation à des colloques etc.). Des réunions communes devraient être organisées pour que les pédiatres soient mieux informés des méthodes de travail des services psychosociaux (SMP, Guidance etc.).

Une **recherche** originale devrait être développée, sur le modèle «élargi» du Groupe romand d'études en pédiatrie ambulatoire (GREPA) et avec l'appui de la SGP. Cette recherche ne devrait pas être une pâle imitation de la recherche universitaire: elle devrait être orientée vers des problèmes concrets de la pratique ambulatoire, tout en impliquant des universitaires pour lui assurer la rigueur scientifique nécessaire. Le Fonds de la recherche de l'Académie suisse des sciences médicales, par exemple, pourrait être sollicité pour financer de tels travaux.

3.2. Discussion générale et conclusions

Alors que près de 9 heures ont été consacrées dans divers groupes à la discussion des questions mentionnées ci-dessus, à leur synthèse et à leur présentation, une heure seulement a pu être réservée pour la discussion en séance plénière et pour les conclusions. Cette dernière partie est donc déséquilibrée par rapport à ce qui précède, ce qui est logique, étant donné les buts du colloque: engager un dialogue initial entre pédiatres allant largement au-delà des questions de gardes et de tarifs habituellement débattues dans le cadre de la société; établir un premier inventaire aussi exhaustif que possible des problèmes et des opportunités de la profession; définir quelques priorités servant de point de départ à une deuxième étape de réflexion et d'action.

La **discussion générale** a permis de reprendre un certain nombre des solutions exposées par les rapporteurs des cinq groupes et de fixer des priorités à la lumière des critères suivants:

1) Importance du problème pour la profession. 2) Tendance/évolution du problème (s'améliore ou empire?). 3) Accord/désaccord entre les intéressés. 4) Acceptabilité de la solution par des tiers. 5) Moyens disponibles (argent et compétences). 6) Rapport coût/avantage.

A titre de rappel, les principales solutions recommandées par les participants dans les discussions en groupes sont les suivantes:

- Définir une identité propre du pédiatre lui permettant de se reconnaître et d'affirmer sa spécificité par rapport aux médecins non pédiatres et par rapport aux autres intervenants auprès des enfants.
- Améliorer l'image des pédiatres auprès des confrères non pédiatres et de la population par une information objective sur le rôle et les activités de la profession.

Clarifier la nature et l'étendue des attentes des «consommateurs» de soins (patients/parents).

Se prononcer clairement sur les problèmes de santé publique affectant la .. profession.

- Stimuler la collaboration entre les pédiatres libre-praticiens et les nombreuses institutions privées et publiques s'occupant d'enfants à Genève, de manière à améliorer la transparence sur qui fait quoi, comment et à homogénéiser des prises en charge actuellement très fragmentées.
- Organiser les activités au cabinet de manière à minimiser la routine et à renforcer la disponibilité du pédiatre.
Eduquer les parents pour limiter les recours inutiles au pédiatre et la surconsommation médicale en général.
- Produire des supports didactiques destinés aux parents et aux enfants.
- Favoriser le développement par certains pédiatres de sous-spécialités dans les domaines de l'ORL, de la cardiologie, de la gastro-entérologie, de l'orthopédie, etc.
- Développer des services nouveaux (ou élargir les prestations actuelles), notamment dans les domaines des patients chroniques et des adolescents.
- Introduire quelques règles déontologiques simples facilitant les relations entre pédiatres, et entre pédiatres et médecins non pédiatres lors d'un changement de praticien par une clientèle «erratique».
- Revoir le système de gardes pour en améliorer l'efficacité et l'équité.
Etudier des alternatives au mode de tarification actuel pour valoriser l'acte intellectuel, et se préparer à en négocier l'application.
- Renforcer l'enseignement universitaire de la pédiatrie clinique ambulatoire, créer des stages dans des hôpitaux non universitaires et/ou en cabinet.
- Recenser et disséminer les informations disponibles sur les possibilités de formation permanente (par exemple journal-club).
- Organiser au niveau de la SGP le partage des expériences de formation faites individuellement par des pédiatres.
Promouvoir une recherche appliquée vers la pratique en cabinet, non universitaire, mais supervisée par des spécialistes compétents.
- Élargir les possibilités de formation permanente dans les domaines de la pratique journalière et dans des domaines peu abordés par l'enseignement universitaire: langage symbolique de l'enfant, aspects psychosociaux et relationnels, épidémiologie, modes et techniques de communication etc.
- Donner au comité de la SGP les moyens d'une politique plus active.
Solliciter auprès de sources publiques et/ou privées des appuis techniques et/ou financiers permettant d'analyser les problèmes de la profession.

Lors de la discussion générale, une première priorité est apparue, liée au type même d'interrogations soulevées durant le séminaire: sans qu'on puisse parler de crise **d'identité**, les pédiatres ressentent le besoin de bien définir ce qu'ils sont, ce qui leur est demandé et ce qu'ils peuvent (et veulent) offrir à leur clientèle. Ces questions ne sont pas propres aux pédiatres, puisque d'autres professions de la santé se les posent. Elles peuvent trouver une réponse soit d'une manière informelle par des discussions analogues à celles du 2 juin, soit

d'une manière plus formelle par la rédaction en commun d'une «charte» de la pédiatrie ambulatoire à Genève.

A la base de l'activité du pédiatre, il y a l'ambition d'exercer une médecine **globale de la personne**, prenant en considération les aspects temporels (de la consultation prénatale à la fin de l'adolescence), médicaux (médecine du premier recours, mais avec des possibilités adaptées de référence dans des spécialités ou sous-spécialités déterminées) et psychosociaux (écoute des besoins, relations adéquates dans le «triangle» pédiatre/parents/enfant). Cela nécessite donc un **élargissement des connaissances** par une modification de la formation universitaire et une amélioration de la formation continue, et un **élargissement des services** offerts, par exemple aux futures mères, aux patients chroniques, aux adolescents, etc.

La reconnaissance accrue du rôle du pédiatre et l'amélioration de son image auprès de ses confrères non pédiatres et des «consommateurs» de soins passent par une **organisation** plus poussée de la profession, autour du comité de la SGP. Celui-ci catalyserait certaines initiatives vis-à-vis

- de la population en général (actions sur les médias)
- des institutions privées et publiques (promotion du rôle-clé du pédiatre) - des confrères (amélioration de la collaboration)
- des instances réglementaires (modification de dispositions juridiques et/ou tarifaires)
- des responsables universitaires et/ou des organismes chargés de la formation (adaptation de l'enseignement, moyens pédagogiques)
- de l'industrie (développement de nouvelles approches, sponsoring) etc.

Ces nouvelles tâches à attribuer au comité de la SGP montrent l'importance d'une structure professionnelle stable et solide, mais elles posent également des problèmes pratiques quant à sa matérialisation.

Dans ses **conclusions**, la présidente de la SGP s'est félicitée du nombre important de participants au colloque, de la variété et de la qualité des échanges. La journée a servi d'états-généraux de la profession et elle a permis de reserrer les liens entre des praticiens souvent absorbés par leurs tâches quotidiennes. Les points d'accord l'ont largement emporté sur les points de désaccord, ces derniers ayant d'ailleurs eu le mérite d'être ouvertement abordés.

Les discussions se sont déroulées dans un climat positif et constructif et il importe désormais de développer une stratégie répondant aux attentes des membres de la SGP. A partir des priorités dégagées, il s'agira de définir des objectifs clairs, d'évaluer les moyens nécessaires et ceux disponibles, de choisir les actions à engager, de fixer un calendrier et de désigner des responsables. De cette manière, un certain nombre de propositions concrètes faites durant le colloque (carnet de prévention ou brochure didactique destinée aux parents, conseils aux adolescents, cours de formation permanente, création de groupes de travail ad hoc, etc.) pourront être réalisées.