

COMMUNICATION

La Pédiatrie au CHU : organisation et formation des pédiatres universitaires

MOTS-CLÉS : PÉDIATRIE. HÔPITAUX PÉDIATRIQUES

Pediatrics in hospital

KEY-WORDS (Index medicus): PEDIATRICS. HOSPITALS, PEDIATRIC

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêt en relation avec le contenu de cet article.

Olivier CLARIS *

RÉSUMÉ

L'activité de pédiatrie est une des plus importantes d'un CHU. L'organisation interne dépend de la taille du CHU, et répond à la fois aux obligations des missions de recours, référence et proximité, mais aussi aux exigences économiques. Le maillage régional s'articule avec les hôpitaux généraux, la pédiatrie libérale et communautaire, ne serait-ce que pour réguler les passages aux urgences. L'activité dans un service est fluctuante et pas toujours maîtrisable, et associée à la fois un turn-over rapide et des séjours prolongés. La tarification n'est pas favorable, voire inadaptée, et beaucoup de services sont déficitaires malgré des efforts quotidiens. La formation des pédiatres universitaires est exigeante pour assurer un recrutement de qualité, mais doit être souple pour ne pas nuire à l'attractivité. Comme pour les autres spécialités, si l'évaluation de la recherche est assez facile, celle de la pédagogie et des activités cliniques reste à peaufiner.

SUMMARY

Pediatric medicine is one of the most important activities of any teaching hospital. Its internal organization depends on the size of the hospital and must take into account not only its missions of advice, reference and proximity, but also economic issues. Regional networking with general hospitals, private clinics and community pediatricians is necessary, if only to regulate use of the emergency department. The activity of pediatric units fluctuates over

* Néonatalogie et réanimation néonatale — Hôpital Femme Mère Enfants, 59 boulevard Pinel — 69500 Bron ; e-mail : olivier.claris@chu-lyon.fr

Tirés à part : Professeur Olivier CLARIS, même adresse

Article reçu le 27 mai 2013, accepté le 14 octobre 2013.

time and is not always controllable, involving both rapid turnover and extended stays. Cost of health is often underestimated or unadapted, and many units are in financial deficit despite their best efforts.

University pediatrician training is highly demanding in order to ensure the quality of recruitment, but it must be sufficiently flexible if it is to attract a sufficient number of candidates. As with other specialties, research is relatively easy to evaluate, contrary to teaching and clinical activity.

La Pédiatrie au CHU de Lyon représente 14 % des entrées, 25 % des urgences, ce sous la responsabilité de quatre promotions de quinze internes et 6 % de l'ensemble des PUPH.

Comme pour toutes les autres disciplines, le CHU assure la proximité, le recours et la référence, l'innovation. Si les surspécialités néonatalogie et hématologie sont *universitarisées* dans les quatre CHU de l'inter-région Rhône-Alpes Auvergne, il n'en est pas de même pour toutes les autres.

ORGANISATION DE LA PÉDIATRIE AU CHU

Différents modèles sont possibles, allant d'un seul service à un grand département avec un ou deux services, voire à autant de services que de sur-spécialités. Et il faut bien laisser de la place à la pédiatrie générale.

Les impératifs économiques doivent être respectés, et il est admis que les unités d'hospitalisation ne doivent pas comporter moins de vingt-cinq lits, ce qui implique des mutualisations. Mais qu'en est-il des compétences spécifiques exigées dans des services archi-spécialisés, et peut-on raisonnablement faire cohabiter un petit enfant atteint de mucoviscidose avec surinfection pulmonaire avec un enfant en alimentation parentérale prolongée ? Et comment assurer les soins palliatifs et l'accompagnement de fin de vie pour une maladie métabolique, une mucoviscidose, un cancer ?

Les épidémies virales (grippe, VRS, etc.) donnent lieu à un afflux d'hospitalisations, exposant au risque de transmission intra-hospitalière de virus, et soulevant la question de l'endroit optimal de la prise en charge d'enfants dont la gravité de l'état est intermédiaire.

Le développement des unités de soins continus permet de libérer des places de réanimation, de prendre en charge des enfants en post-urgence, voire des enfants lourds en hospitalisation conventionnelle (mucoviscidose décompensée, asthme ou épilepsie instables, alimentation parentérale). Encore faut-il convaincre les surspécialistes, etc.

Malgré une activité soutenue, des services pleins, un turn-over rapide paradoxalement associé à des séjours très prolongés, l'activité pédiatrique peut rester déficitaire, ce qui est le cas de plusieurs CHU. La tarification n'est pas (plus)

adaptée, et les pédiatres doivent indiquer à la DGOS leurs particularités. La circulaire qui réforma l'organisation de l'hôpital de jour pénalise lourdement la pédiatrie. Est-il raisonnable de facturer en CS simple une prise en charge de deux ou trois heures comportant deux consultations médicales, une séance de kinésithérapie, une consultation avec une diététicienne, et de l'éducation thérapeutique ? Oui, le CHU est parfois contraint d'accepter qu'une activité soit déficitaire, à condition que tout soit mis en œuvre pour améliorer, réorganiser et mutualiser tout ce qui peut l'être.

Les consultations aux urgences pédiatriques n'ont fait qu'augmenter dans tous les CHU, du fait notamment des efforts d'organisation qui ont permis d'offrir un service de très bonne qualité, donc attractif. L'organisation d'un service d'urgences est bien de la responsabilité de tout l'hôpital dans laquelle l'implication de la « gouvernance centrale » doit être forte et lisible. Il faut travailler sur la régulation de l'amont, la qualité et l'efficacité de l'accueil et de la prise en charge, et la fluidité de l'aval. Le but n'est pas d'augmenter le nombre de passages aux urgences, mais bien de le diminuer. Dans une situation économique contrainte, les moyens attribués aux urgences ne seront pas offerts à d'autres champs d'activité. Plus le nombre de médecins de garde aux urgences augmente, plus cela retentit sur l'activité d'hospitalisation conventionnelle, du fait — entre autres — des repos de sécurité. Sans oublier son implication dans l'activité de proximité et son rôle social vis-à-vis des populations défavorisées et en situation de précarité, le CHU n'a pas vocation à développer des consultations non programmées. La régulation de l'amont implique une collaboration avec la médecine libérale, et la fluidification de l'aval implique tant le CHU lui-même que ses partenaires libéraux et hospitaliers.

FORMATION DES PÉDIATRES UNIVERSITAIRES

Les pré-requis des carrières universitaires sont fixés par le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche et par le CNU. Les éléments incontournables sont la mobilité administrative d'une année, l'obtention d'une habilité à diriger la recherche. Si l'évaluation qualitative et quantitative d'un dossier de recherche est assez consensuelle (score SIGAPS, facteur h, etc.), il n'en est pas de même de celle d'un dossier pédagogique ni de celle des compétences cliniques. Beaucoup de questions restent non résolues : faut-il exiger une mobilité hors de France ? Faut-il homogénéiser les critères d'attribution d'HDR ? Quel minimum pédagogique est requis ? (la conférence des doyens y travaille). Faut-il imposer pour toutes les disciplines les visites sur site ? Qu'en est-il de la formation au management et à la gestion ? Comment prendre en compte objectivement les spécificités locales ? Par exemple : 2 PUPH de pédiatrie pour un seul CHU versus 3^e PU dans le même service. La charge d'enseignement est lourde en pédiatrie : écoles de puéricultrices, sages-femmes, infirmières, auxiliaires de puériculture, orthophonie, ergothérapie, psychomotricité, kinésithérapie, etc. Pour qu'une carrière universitaire reste attractive, le

parcours pour y aboutir doit être souple et adaptable, tout en garantissant le recrutement de candidats de grande qualité, capables d'être des chefs d'école et de contribuer au rayonnement de leur CHU.

CONCLUSION

La pédiatrie au CHU a évolué depuis les deux dernières décennies. Son orientation en sur-spécialités est incontournable et doit être admise par la communauté H&U. L'*universitarisation* de cette spécialité doit être adaptée en conséquence, car elle représente l'une des toutes premières cause d'hospitalisation après le vieillissement et le cancer. Les collaborations locales et régionales sont à affiner régulièrement, et les spécificités sont à défendre auprès des tutelles, régionales (ARS) et nationales (DGOS, ministères, assurance maladie).