

# Les Assises de la Pédiatrie et de la Santé de l'enfant : un réel espoir ?

**Le ministre de la Santé et la Prévention, François Braun, a dégainé une arme qu'il veut imparable face à la crise de la pédiatrie : les Assises de la Pédiatrie et de la Santé de l'Enfant.**

François Braun a choisi comme coordinatrice la présidente de la Société Française de Pédiatrie (SFP), le professeur Christèle Gras-Le Guen. Ce choix paraît pertinent au vu de son curriculum vitae.

Il a désigné Adrien Taquet, qui était secrétaire d'État auprès de la ministre des Solidarités et de la Santé, aux côtés d'Agnès Buzyn. Sa mission était la défense des droits fondamentaux de l'enfant, le soutien à la parentalité et la lutte contre les maltraitances. Il a participé à l'initiative de la campagne des « 1000 premiers jours », puis est devenu secrétaire d'État chargé de l'Enfance et des Familles auprès du ministre des Solidarités et de la Santé le 26 juillet 2020.

**Le monde de la santé de l'enfant est pendu à cet espoir d'avancées significatives tant la situation est inquiétante.**

## Surprise et déception...

Mais c'était la surprise et une certaine déception à la présentation de la méthode de travail.

Certain(e)s copilotes de ces assises sont connu(e)s du monde pédiatrique et inspirent la confiance. Mais des pans entiers de la santé de l'enfant, et les professionnels experts qui vont avec, ont été oubliés. En effet, la santé de l'enfant comporte de nombreux aspects et de nombreux acteurs qu'il faut prendre en compte. Il a été dit que tout s'intégrait dans ce qui était proposé. Mais l'absence de plus de précisions apportées à la majorité des acteurs de la santé de l'enfant rendait dubitatif.

La méthode définie semblait assez floue : il fallait envoyer ses idées aux copilotes par mail ! Les personnes intéressées ne voyaient pas toujours à quel copilote envoyer, dans quelle sous-partie ranger ce qu'on avait à dire ou à proposer, car des propositions peuvent concerner plusieurs sous-parties, si on pouvait envoyer plusieurs contributions (copilotes différents : une ou plusieurs contributions ?).

## Qui est sollicité, qui peut s'exprimer ?

A priori, tous les soignants qui se sentent concernés. Cependant, ils peuvent être nombreux. Et, du coup, seront-ils entendus à la mesure de la pertinence de leurs propos, de leur expertise ?

Dans un deuxième temps, quelques précisions sur la possibilité de participer ont été envoyées à des groupes de médecins non pédiatres (intersyndicales, présidents de CME...).

Il est logique que d'autres professionnels concernés par la santé des enfants soient interrogés, mais pourquoi ne pas avoir donné d'emblée à tous les pédiatres certains détails (même si le délai de réponse est relativement long) ?

Depuis, plus de pédiatres ont été également sollicités en recevant ces renseignements avec des ajouts dans la méthodologie de recueil des propositions (auditions, visites...), mais il reste beaucoup de flou et on regrette qu'il n'y ait pas une expertise plus complète parmi les copilotes. Toutes les propositions ne seront pas retenues, mais le mode de choix ne semble pas garantir de garder les plus pertinentes.

## La crise persiste en pédiatrie

Aujourd'hui, la crise persiste en pédiatrie malgré la quasi-disparition des bronchiolites, mais avec l'arrivée d'autres virus (grippes, gastro-entérites). La reprogrammation des enfants porteurs de pathologies chroniques déprogrammés se fait lentement. Le retard de prise en charge et le risque de perte de chances persistent.

On peut quand même s'interroger si de telles assises, même bien organisées, sont une mesure adaptée à cette situation. Toutes les problématiques posées ne semblent pas pouvoir être résolues par

cette méthode. Et n'oublions pas les Assises de la psychiatrie qui, en leur temps, n'avaient rien réglé. Ce qui est à l'origine de la désertion des soignants, faute d'attractivité suffisante (problème majeur), semble plutôt pouvoir être résolu en appliquant les revendications syndicales comme celles d'APH pour les praticiens. Certaines mesures demandées par les collectifs interhospitaliers rejoignent celles d'APH. D'autres pourraient être apportées par des assises bien conduites.

## Quid des différents rapports...

Certains voient dans les assises la possibilité de mettre en pratique le rapport de l'IGAS publié en 2021. Ce rapport de l'IGAS avait été commandé pour faire un état des lieux de la pédiatrie et de la santé de l'enfant car, déjà, de nombreuses alarmes sonnaient et les pouvoirs publics commençaient à sentir les difficultés de ce secteur. De nombreux constats y étaient pertinents pour la pédiatrie hospitalière, beaucoup moins pour l'ambulatoire. Il y était question déjà de ratios, mais sans plus de précision ni de mise en application. Il y était question des petites équipes et de leurs difficultés, mais sans considérer que des grandes équipes s'étaient fortement réduites et, le tout sans en chercher les causes.

D'autres rapports intéressants, mais très incomplets, ont suivi (Cour des comptes fin 2021, Haut Conseil de la santé publique septembre 2022). Le rapport du Professeur Sommelet de 2006 alertait déjà à une époque où la situation était plus faste à l'hôpital.

La législation avait été écrite auparavant pour organiser les services et les coordonner. Mais elle était peu mise en pratique. La « construction » alors en cours semblait déjà s'essouffler ou avançait trop lentement.

Les services de CHU s'étoffaient progressivement. La néonatalogie semblait s'organiser de mieux en mieux grâce aux décrets de Périnatalité, aux SROS et aux réseaux périnataux.

Les services de pédiatrie des CH, associés ou non à une unité de néonatalogie, s'organisaient chacun de leur côté. Les projets de service envisageaient, entre autres, la création de filières d'urgence avec organisation de la permanence des soins, autonomisation des services avec référents dans une majorité de sous-spécialités.

Mais il y a eu la T2A, la loi HPST en 2009...

## Le problème des gardes...

Il y a eu aussi la diminution inéluctable et indispensable de l'autonomie des internes (dans l'intérêt des patients



et des internes, insuffisamment expérimentés) aggravant la lourdeur des astreintes (les CH étaient en astreinte auparavant). Cela nous a amenés au passage à la garde (séniorisation), plus consommatrice de ressources médicales et plus épuisante, même si plus sécurisante. Le flux des urgences pédiatriques a continué à croître, alourdissant encore cette charge non anticipée initialement. Les gardes bénéficient depuis 2003 d'un repos le lendemain, mais restent lourdes et épuisantes.

Le nécessaire passage au temps continu des seuls urgentistes est mal vécu par les autres acteurs de la permanence des soins, les pédiatres en particulier, car eux aussi travaillent en garde dans des services d'urgence. Ils ne sont d'ailleurs pas tous à l'aise avec les urgences, et cette partie de leur activité est souvent vécue comme un fardeau malgré leur motivation à faire de la pédiatrie.

Mais qui, sinon, pour faire les gardes ? Pendant leurs passages au CHU, on a enseigné aux pédiatres à toujours plus travailler et être résilients ! Cette résilience diminue ensuite avec l'âge et la parentalité, et affecte aussi de plus en plus les anciens.

L'absence de revalorisation financière, de prise en compte du temps de travail, la difficulté croissante à trouver un lit d'aval, surtout en période épidémique, sans impression d'écoute par les tutelles, ont contribué à ce malaise.

**Les assises vont-elles suffire à remédier à cet ensemble de problèmes ?**

## Au total

**La tâche est immense, multifactorielle et complexe. Un des risques majeurs est de partir dans une mauvaise direction, car les fausses bonnes idées inspirées par le manque de soignants pourraient y conduire et aggraver la situation.**

**Une grande écoute de nos tutelles sera également nécessaire pour appliquer les conclusions « quoi qu'il en coûte ».**

*Emmanuel Cixous, Président du Syndicat National des Pédiatres en Établissement Hospitalier (SNPEH)*