

La pédiatrie et ses frontières

Stephan Rupp, Einsiedeln, Co-Président

Traduction: Rudolf Schlaepfer, La Chaux-de-Fonds

La pédiatrie est une spécialité qui doit se démarquer des autres spécialités médicales et groupes d'intérêts, respectivement qui en est délimitée de l'intérieur et de l'extérieur. Ces frontières et limites méritent quelques réflexions.

La première est liée à l'âge des patients et clients. Jusqu'à quel âge un enfant ou adolescent est-il pédiatrique? Dans sa pratique privée, chaque pédiatre peut définir sa propre limite. J'ai l'impression que tout médecin a les patients qu'il mérite. Si j'ai de l'affinité pour les adolescents, ils resteront fidèles plus longtemps. Si mon plaisir est de m'occuper de petits enfants, ce sont eux qui formeront ma clientèle. C'est aussi cela qui fait la beauté de notre profession: elle est tellement variée qu'on a le loisir de faire ce qu'on aime.

La situation est plus difficile pour les hôpitaux. Au cabinet médical se rendent les gens qui le veulent. À l'hôpital, qu'il s'agisse d'un traitement ambulatoire ou d'une hospitalisation, les jeunes de 12 à 20 ans n'ont pas le choix. Là d'autres instances tentent de définir qui va où. La décision est prise en fonction de l'âge uniquement, le développement n'entre pas en considération. Certains adolescents sont plus matures à 14 ans que d'autres à 18. Est-ce que les limites d'âge doivent être fixées arbitrairement ou faut-il laisser le choix au patient? À quel âge des adolescents habitués à une structure pédiatrique doivent-ils être confiés aux médecins pour adultes? Où est la place d'un jeune homme de 17 ans agressif et ivre ou celle d'une jeune fille de 14 ans enceinte? Si les limites ne sont pas strictes, l'obligation de recevoir les patients d'une certaine tranche d'âge doit exister indépendamment du diagnostic et du problème, à défaut de quoi les «patients difficiles» risquent de se faire renvoyer d'un service à l'autre. Dans ce contexte la SSP a un rôle à jouer; nous devons poser des balises aux politiques qui leur permettent de décider dans l'intérêt des adolescents, en leur laissant la liberté du choix. Ce que les pédiatres doivent à

tout prix éviter, c'est de donner l'impression «d'écramer» les cas intéressants et vouloir se défaire des patients «difficiles».

Une deuxième démarcation se situe entre pédiatres praticiens et spécialistes, respectivement entre spécialistes pour enfants et spécialistes pour adultes. Les modèles de médecine de famille et de réseaux comportent le danger de tout vouloir régler soi-même, pour des raisons financières, sans l'aide d'un spécialiste. Des spécialistes pédiatres ne sont pas à disposition partout et des spécialistes pour adultes doivent monter au créneau. Il est important que les pédiatres spécialistes soient facilement accessibles pour tous les patients pédiatriques. Ils ne doivent pas seulement se positionner face aux médecins de premier recours, mais aussi face aux spécialistes pour adultes. De l'avis de la SSP, il est important que les pédiatres spécialistes aient leur place dans les modèles de réseau. Il doit être possible pour tout enfant et adolescent de se faire soigner par un spécialiste pour enfants et adolescents, même en ne disposant que d'une assurance de base et dans le cadre d'un réseau. Cela peut se faire dans un réseau pédiatrique ou dans un réseau général avec offre pédiatrique.

Des interactions existent dans le domaine de la pédagogie. Avec la nouvelle répartition de tâches entre Confédération et cantons (RPT) et l'attribution des mesures éducatives spécialisées aux cantons, bien des choses ont changé. Les problèmes de développement ont été «démédicalisés» et «pédagogisés». Dans certains cantons, l'éventualité qu'une cause médicale soit à l'origine de difficultés scolaires n'est même plus envisagée. Ici la pédiatrie doit démontrer que la collaboration entre instances pédagogiques et médicales doit continuer, dans l'intérêt de l'enfant. Certains indices laissent supposer que les instances scolaires sont débordées sur le plan financier et personnel et tentées d'imposer aux pédiatres des mesures médicales, en particulier l'ergothérapie. Nous ne devons absolument

pas nous laisser instrumentaliser, des traitements d'ordre médical ne doivent être prescrits que sur indication médicale. L'école ne doit pas simplement déverser les coûts sur les assurances pour réaliser des économies. Personnellement je pratique dans une région où existent des écoles avec ou sans possibilité de psychomotricité. L'ergothérapie ne doit pas être prescrite là, où l'offre de psychomotricité fait défaut. Les assureurs nous présenteront fatalement la facture, d'une part directement par les coûts directs occasionnés, d'autre part par un abaissement du point tarifaire si la limite du LeiKoV (accord sur la neutralité des coûts) est atteinte.

La délimitation par rapport à la pédagogie est par ailleurs délicate, car nous devons constamment nous poser la question remplissons nous véritablement une fonction médicale ou alors une fonction pédagogique dans le cadre des prestations dévolues au canton? Il est tout à fait imaginable que dans le futur nous devons fournir des prestations dont les frais sont à charge du canton lorsqu'il s'agit de tâches essentiellement pédagogiques. Dans le cadre de la vaccination HPV et de l'activité de médecin scolaire cela est par ailleurs déjà, du moins en partie, le cas.

Une autre différenciation se fait entre traitement et prévention. En tant que pédiatres nous ne voulons pas seulement soigner des maladies, mais aussi les prévenir. Malheureusement la prévention n'est pas, dans beaucoup de cas, à charge des assurances maladie et les projets de prévention doivent être financés par d'autres moyens, comme par exemple le projet «coaching santé» du CMPR. Un but de la SSP est la reconnaissance des examens préventifs au-delà de l'âge de 4 – 6 ans, dont nous nous promettons un effet positif sur la prévention de l'obésité, des addictions et de la violence. Un contrôle à 3 ans permettrait de repérer et donc de traiter plus précocement les troubles du développement du langage. Nous ne pourrions actuellement pas obtenir une extension des examens préventifs, peut-être sera-t-il possible de persuader assureurs et politiciens dans le futur. La discussion avec l'OFSP à propos de la prévention de la consommation

d'alcool et de nicotine a été instructive. Pour nous pédiatres il est clair que le groupe cible sont les adolescents et non pas les alcooliques de 70 ans avec 80 «nicotin-pack years».

D'autres frontières mériteraient d'être définies. Le pédiatre devrait-il être sollicité déjà avant la naissance d'un enfant, dans le sens d'une consultation prénatale? Quelle démarcation par rapport aux sages-femmes et conseillères de la petite enfance? Voulons-nous prodiguer les conseils alimentaires du nourrisson nous-mêmes ou voulons-nous les déléguer? Et outre la question de ce que nous voulons, il est tout aussi important de questionner ce que nous pouvons. Disposons-nous p.ex. d'une relève suffisante pour maîtriser toutes ces tâches?

Bien que la pédiatrie ne soit certainement pas une discipline médicale nouvelle, son image évolue. Elle doit se redéfinir à tout moment, parfois aussi se faire définir de l'extérieur. Nous sommes pris dans une dynamique entre politique, finances, pédagogie et autres offres médicales et para-médicales. C'est à nous de forger la pédiatrie du futur, si nous le voulons bien. Cela requiert l'engagement de tous, ou du moins du plus grand nombre possible de pédiatres.