

Compte-rendu de l'audition des Pédiatres du 4 novembre 2009

Les chiffres sur les pédiatres

Au 1^{er} janvier 2009, le répertoire ADELI recense 7 125 pédiatres, contre 6 509 pour les fichiers de l'Ordre¹. Toutefois en ramenant les deux chiffres à des champs comparables, c'est à dire en retirant du nombre des spécialistes d'ADELI ceux qui ont réussi le concours de praticien hospitalier, sans être qualifiés dans la spécialité, l'écart diminue passant de 616 à 487 (Tableau 1).

Tableau 1 : Effectifs des pédiatres au 1^{er} janvier 2009

Spécialité	ADELI			Ordre (activité régulière)	Écart ADELI - Ordre (hors diplômés concours PH)
	qualifiés spécialistes	reçus au concours national de praticien hospitalier	Total Spécialistes		
Pédiatrie	6996	129	7125	6509	487

Sources : DREES- Répertoire ADELI redressé et Conseil national de l'Ordre des médecins.

L'évolution des effectifs des pédiatres fait apparaître une hausse constante et régulière entre 1999 et 2009, avec un taux de croissance annuel moyen de 1,1 %. 6 381 pédiatres étaient recensés en 1999, ils sont 7 125 dix ans plus tard, soit une hausse de 11,7 % (Tableau 2), un peu plus importante que celle de l'ensemble des spécialistes sur la même période : 10,4 %.

¹ hors Territoires d'Outremer et médecins français exerçant à l'étranger.

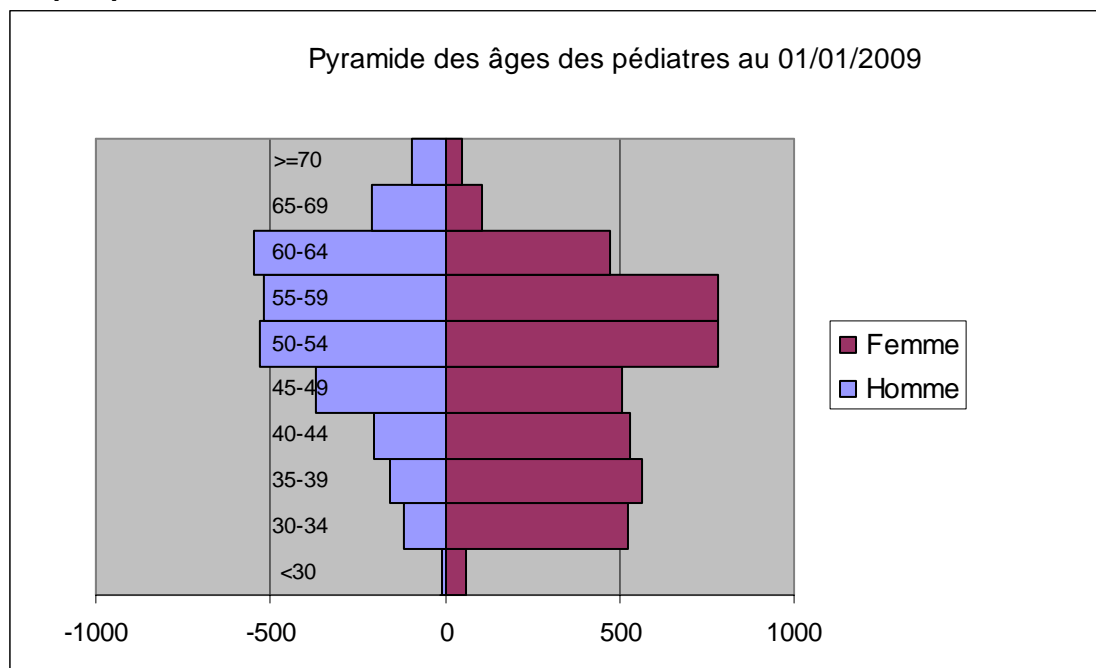
Tableau 2 : Évolution des effectifs de pédiatres entre 1999 et 2009

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Taux de croissance Annuel moyen	Taux de croissance (1999-2009)
médecins spécialistes en pédiatrie reçus au concours hospitalier	6381	6370	6404	6546	6628	6727	6837	6932	7009	7066	7125	1,1%	11,7%
qualifiés spécialistes	284	277	214	218	201	189	164	153	146	136	129	-7,6%	-54,6%
	6097	6093	6190	6328	6427	6538	6671	6679	6862	6929	6996	1,4%	14,7%

Source : DREES - Répertoire ADELI redressé.

Alors que les femmes représentent 39,6 % des effectifs de spécialistes, en pédiatrie elles sont majoritaires 61,4 %, L'âge moyen (50,2 ans) est légèrement inférieur à celui de l'ensemble des spécialistes (50,8 ans). Par ailleurs, celui des femmes est inférieur de 5 ans à celui des hommes. Les femmes sont largement majoritaires dans l'ensemble des classes d'âge, à l'exception des plus de 60 ans.

Graphique 1 :



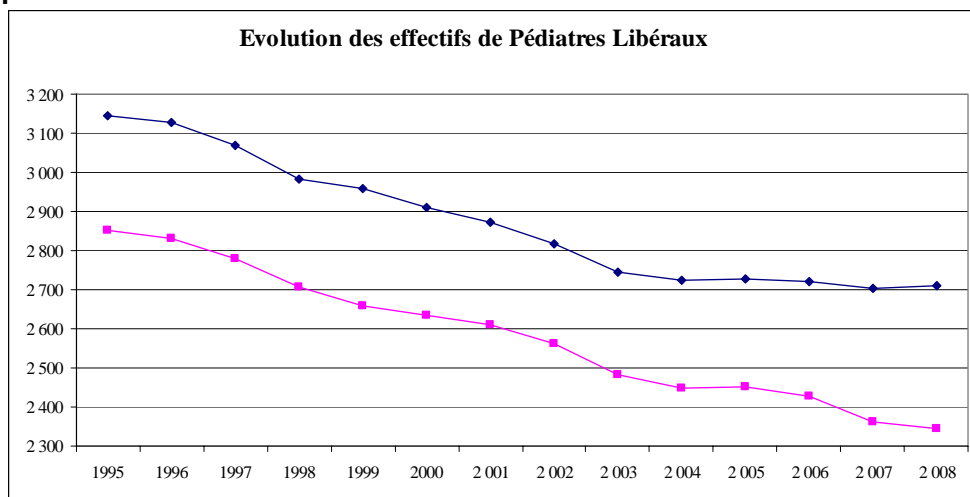
Source : DREES. Répertoire ADELI redressé.

49 % des pédiatres exercent en établissement d'hospitalisation public ou privé.

Selon les données transmises par la CNAMTS, 2 709 pédiatres exercent en secteur libéral au 1^{er} janvier 2009, soit 40 % des effectifs. Les pédiatres actifs à part entière (2 345

APE²) représentent 86,6 % de ce total. Leur nombre a diminué constamment depuis 1995 (-1,3 % par an) ; de 2003 à 2006, la diminution des effectifs a été beaucoup plus faible (-0,3 % par an) et on observe depuis, une quasi stagnation.

Graphique 2 :



Source : CNAMTS

Ces pédiatres libéraux sont en majorité libéraux exclusifs (59,7 %) ; 36,6 % d'entre eux exercent, soit à l'hôpital, (activité en « secteur privé ») soit ont une activité salariée en complément de leur activité libérale. Seulement 3,8 % sont hospitaliers temps plein.

Tableau 3 :

	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	TCAM 95-07	Evol 06-07
Libéral	1 800	1 703	1 684	1 664	1 628	1 616	1 632	1 624	1 616	1 620	-0,8%	0,2%
Libéral + Salarié	481	460	458	451	439	442	436	435	432	435	-0,8%	0,7%
Libéral + Hôpital	705	618	617	596	579	564	556	559	560	563	-1,7%	0,5%
Secteur privé à l'hôpital	159	130	115	105	98	101	104	102	95	91	-4,2%	4,2%
TOTAL	3 145	2 911	2 874	2 816	2 744	2 723	2 728	2 720	2 703	2 709	-1,1%	0,2%







Source : CNAMTS

La pyramide des sexes et âges des pédiatres ayant une activité libérale montre un rajeunissement essentiellement dû à des arrivées de femmes dans les décennies précédentes ; cependant, l'âge moyen est plus élevé que celui des autres secteurs d'activité (54,5 au lieu de 50,2 pour l'ensemble de la profession).

Si la proportion de femmes au sein du secteur libéral est un peu plus faible que dans le reste des secteurs d'activité (53 % au lieu de 61,4 %), elle est par contre bien supérieure à celle observée pour l'ensemble des spécialistes 31 % en 2008.

² APE : professionnels conventionnés actifs au 31 décembre, non installés dans l'année, non HTP et ayant moins de 65 ans.

Tableaux 4, 5 et 6 :

		Age moyen 2008		Répartition par sexe en %		
				 		
Pédiatres		56,7	52,5	54,5	47,3	52,7
Total spécialistes		53,3	51,7	52,8	69,3	30,7

Répartition par mode d'exercice au 31.12.2008

		en %			
		Libéral exclusif	Libéral et Salarié	Libéral + exercice hospitalier temps partiel	Total médecins
Pédiatres		59,8	16,1	20,8	100,0
Total spécialistes		63,3	11,5	17,2	100,0

Répartition par mode conventionnel au 31.12.2008

		Conventionnés				en %	
		Secteur 1	Secteur 2	D.P.	Total	non conventionnés	Total médecins
Pédiatres		66,0	33,2	0,5	99,8	0,2	100,0
Total spécialistes		59,3	39,8	0,7	99,7	0,3	100,0

Source : CNAMTS

Depuis quelques années, la répartition selon le mode conventionnel entre « secteur 1 » et « secteur 1 DP et 2 » est stable avec 2/3 des pédiatres libéraux en secteur 1³.

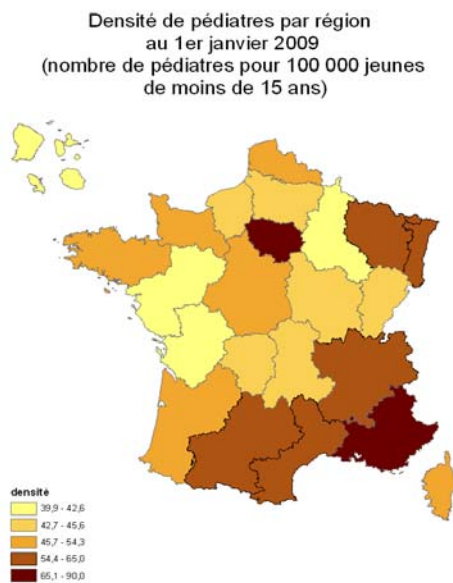
³ Les médecins conventionnés en secteur 1 doivent appliquer les tarifs opposables, sauf exigence particulière du malade ou patient hors parcours de soins pour les spécialistes ; les médecins du Secteur 2 peuvent pratiquer des honoraires libres. Depuis 1990, seuls les médecins anciens chefs de clinique et anciens assistants des hôpitaux généraux et spécialisés, sont autorisés à s'installer en secteur 2. Le Secteur 1 avec droit permanent à dépasser (DP) a été remplacé par le secteur 2 ; plus aucun médecin n'est autorisé à opter pour ce secteur ; les effectifs de Secteur 1 DP diminuent donc régulièrement et fortement. Les médecins qui n'ont pas choisi de signer un mode de conventionnement, peuvent appliquer librement leurs tarifs ; leurs honoraires ne sont pas remboursés à leur patientèle ; seules leurs prescriptions sont prises en charge.

La répartition géographique

La densité moyenne des pédiatres (tous modes d'exercice confondus) est de 61 médecins pour 100 000 jeunes de moins de 15 ans. L'Île-de-France avec une densité de 90 médecins et PACA avec une densité de 78 médecins, font partie des régions les mieux dotées. Les régions de Poitou-Charentes, Pays de la Loire, Champagne-Ardenne et les DOM comme les régions les moins bien dotées avec des densités allant de 40 à 42 médecins.

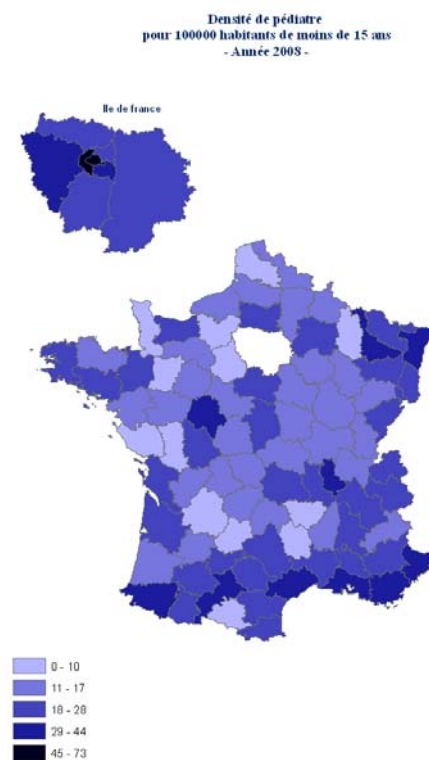
Pour ce qui concerne les pédiatres libéraux, les données de la CNAMTS montrent une inégalité interdépartementale forte, qui s'est beaucoup accentuée entre 1999 et 2008. Le rapport entre la densité maximale et minimale (excluant la Lozère qui ne compte aucun pédiatre libéral) est actuellement de 1 à 29, alors qu'il n'était que de 1 à 9 en 1999. Outre la Lozère déjà citée, les départements qui ont actuellement la densité minimale (3 pour 100 000 enfants de 15 ans ou moins), sont la Haute Loire et les Deux Sèvres. La densité maximale s'observe à Paris (73 pour 100 000), puis dans les Hauts de Seine, les Alpes Maritimes, la Haute Garonne.

Carte 1



Source : DREES

Carte 2



Source : CNAMTS

Enfin, à l'échelle des territoires, la concentration des pédiatres libéraux est forte, puisque 94 % d'entre eux exercent dans les pôles urbains (cf. tableau suivant).

Tableau 7 :

	Effectif de généralistes	Effectif de pédiatres
Autre commune de l'espace à dominante rurale	6 628	14
Commune multi polarisée	2 415	9
Couronne d'un pôle d'emploi de l'espace rural	34	
Couronne d'un pôle urbain	7 507	91
Pôle d'emploi de l'espace rural	4 309	64
Pôle urbain	41 531	2 710
Total	62 424	2 888

La place de la pédiatrie dans le parcours de soins

A la question relative à la place de la spécialité dans le parcours de soins, les professionnels auditionnés ont répondu de façon unanime qu'il fallait permettre l'accès aux pédiatres en première intention aux familles qui le souhaitent, tout en affirmant leur volonté de collaborer avec les médecins généralistes, dans un souci de réelle complémentarité. Deux exemples d'organisation ont été ainsi donnés : un cabinet de groupe réunissant un pédiatre et cinq généralistes, ce qui permet à ces derniers de prendre leur part de la prise en charge des enfants, tout en facilitant une réorientation vers le pédiatre en tant que de besoin ; un travail collaboratif entre les généralistes d'une maison médicale établie au sein d'un hôpital et le service de pédiatrie, pour établir des recommandations destinées à l'infirmière d'orientation, de manière à optimiser l'orientation des enfants arrivant aux urgences⁴. Au cours des échanges qui ont suivi, il a été observé que ce souhait de s'inscrire comme premier recours était difficilement compatible avec la répartition très déséquilibrée au sein des territoires, et que les exemples apportés illustraient plutôt un positionnement de second recours.

Une forte attractivité de la spécialité

Les professionnels soulignent la forte attractivité du DES lors des choix qui suivent les épreuves classantes nationales (ECN), tout particulièrement auprès des femmes, ce qui devrait à leurs yeux entraîner une augmentation de leur part relative. S'ils enregistrent avec satisfaction l'augmentation significative des postes ouverts en 2009/2010 (253 au lieu de 200), ils soulignent la nécessité de poursuivre et d'amplifier l'effort, sachant que la commission de qualification confère annuellement le titre de pédiatre, à 120 à 130 praticiens formés à l'étranger.

... mais des comportements d'installation et des choix d'exercice des jeunes générations qui menacent les secteurs d'exercice traditionnels

Le sentiment exprimé par les différentes composantes de la profession, est celui d'une crise grave de l'offre de soins pédiatrique qui a plusieurs expressions, d'après leur analyse :

- tout d'abord, la désaffection pour le mode d'exercice libéral des jeunes générations, en particulier en dehors des grandes agglomérations. De ce fait, il n'y a plus de permanence des soins pédiatriques en secteur libéral et on assiste à l'engorgement

⁴ Ainsi sont orientés systématiquement en pédiatrie, les enfants de moins d'un an et les enfants ayant déjà été vus par un médecin généraliste.

des urgences hospitalières. Ce mouvement, qui traverse l'ensemble des spécialités médicales, pourrait résulter, au moins en partie, d'une méconnaissance par les internes de ce mode d'exercice : une expérience menée en Alsace montre que des initiatives pour leur faire connaître ont permis des installations.

- en second lieu, les jeunes femmes pédiatres sont attirées par la pédiatrie spécialisée, l'activité à « temps partiel » (le plus souvent, 75 % ou 80 % d'un temps plein) et par l'exercice en centre hospitalo-universitaire. Les femmes représentant plus de 80 % des internes de pédiatrie, on observe une désaffection pour les postes de pédiatrie générale dans les hôpitaux non universitaires (près du quart des postes de PH temps plein sont vacants et près du tiers des postes temps partiels, alors que ces taux sont nettement moindres dans les centres hospitalo-universitaires). Cette évolution constitue une menace, à court terme pour les services de pédiatrie (l'équivalent des services de « médecine interne » pour l'enfant) dans ces établissements, d'autant que leurs chefs de service sont âgés et en instance de départ. Les regroupements, lorsqu'ils sont possibles, pour augmenter la taille des équipes et faciliter la permanence des soins, se heurtent malgré tout aux résistances des élus locaux.

- Les services départementaux de PMI et ceux de santé scolaire ne parviennent plus à recruter des pédiatres (des chiffres à confirmer estiment à 11 % la part actuelle des pédiatres « communautaires »). Les dépistages et le suivi des enfants les plus vulnérables, la participation aux prises en charge médico-psycho-sociales notamment dans le cadre de la protection de l'enfance, et l'évaluation des handicaps sont maintenant assurés essentiellement par des diplômés de médecine générale qui n'y sont pas préparés. Ceci plaide pour l'implication des enseignants hospitalo-universitaires en pédiatrie dans le DES de médecine générale.

En ce qui concerne l'accessibilité aux pédiatres sur tout le territoire, les représentants de la profession sont convaincus que d'une part l'accroissement des effectifs au-delà de celui observé ces dernières années, d'autre part, la mise en place des ARS devraient l'améliorer. Ils considèrent qu'il faut laisser aux ARS, le soin d'initier des évaluations plus fines des besoins (étude des bassins de recrutement) et de prendre des initiatives adaptées aux contextes locaux.

L'évolution des besoins en pédiatres

Si les professionnels reconnaissent l'absence d'indicateur permettant d'apprécier les besoins de prise en charge pédiatrique, comme cela existe en Suède, ils estiment néanmoins justifier d'augmenter leurs effectifs, pour trois ordres d'arguments :

1. Tout d'abord, un argument démographique : le nombre d'enfants s'accroît, de sorte que le ratio nombre de pédiatres pour 10 000 enfants de moins de 15 ans se situe parmi les plus faibles en Europe. Dans plusieurs pays européens, jusqu'à 6 ans, le suivi des enfants est assuré exclusivement par les pédiatres. En France, sur l'ensemble des consultations effectuées auprès des 0 à 2 ans, les pédiatres libéraux n'en assurent que le tiers.

2. En second lieu, un élargissement du champ de la pédiatrie et une évolution de ses modalités d'exercice :

- développement de « sur-spécialités » liées aux pathologies chroniques de l'enfant et aux maladies rares et nécessitant un maillage entre des centres de référence et une prise en charge de proximité, notamment pour assurer la permanence de soins,

- application encore partielle des normes d'encadrement (maternités, soins intensifs) et impact du recours croissant aux urgences, sur les services de pédiatrie générale,

- intérêt accru porté aux difficultés psycho-affectives de l'enfant, aux difficultés d'apprentissage et aux troubles du développement, mais aussi aux allergies, à l'obésité. Simultanément, on assiste à l'émergence de nouvelles vulnérabilités (prématurés,

porteurs de handicap, adolescents, familles monoparentales, précarité). L'importance d'une prise en charge précoce rend souhaitable la généralisation des dépistages aux « âges clés ». Par ailleurs, pour les prises en charge, le pédiatre collabore avec de multiples intervenants (« pédiatrie sociale »).

- avec la place essentielle accordée à la famille (= premiers soignants) et donc à l'éducation à la santé, ainsi qu'à la prévention, qui nécessitent des durées de consultation allongées.

3. Enfin, la féminisation de la spécialité (les femmes représentent à présent plus de 80 % des promotions) oblige à majorer les effectifs à former, pour tenir compte d'un temps de travail en moyenne inférieur à celui des hommes, du fait des contraintes liées à la maternité. Dans les établissements de santé, on estime l'écart à 0,20 ETP.

Une augmentation du nombre de postes d'internat est souhaitée

La démarche développée, dans le cadre de l'ONDPS, pour la prévision des effectifs d'internes à former, a abouti à deux scénarii :

- Selon le scénario 1, basé sur le prolongement à l'identique de la situation observée en 2008, 230 internes seraient formés en moyenne annuelle, soit 1 150 internes sur la période 2009-2013. Ce scénario minimal est peu plausible, notamment parce qu'il n'intègre pas les effets de l'augmentation du numerus clausus ; il ne permettrait pas le remplacement de l'effectif susceptible de cesser son activité au cours des 5 prochaines années (soit 1 298 pédiatres âgés de 60 ans et plus).

- Selon le scénario 2, basé sur les propositions qu'ont formulé les comités régionaux après examen des situations démographiques locales et des capacités de formation, 1 245 internes seraient formés sur la période 2009-2013, soit, en moyenne annuelle, 249 ; ce flux reste légèrement inférieur aux sorties attendues des spécialistes âgés de 60 ans et plus, sur la période.

L'augmentation globale proposée dans ce deuxième scénario ne concerne pas toutes les régions de la même façon. Quatre cas de figure peuvent être distingués :

- A. les régions qui, en raison des capacités des stages limitées, souhaitent conserver un nombre d'internes inférieur aux postes offerts en 2008. C'est le cas des Antilles-Guyane et Franche-Comté (-15), Alsace, Bretagne et Champagne-Ardenne (-10), Picardie (-5) ;
- B. les régions qui souhaitent conserver un nombre d'internes équivalent à 2008 : le Limousin et Poitou-Charentes ;
- C. les régions qui proposent une augmentation mesurée, par exemple de +5 ou +12 : l'Auvergne, la Basse-Normandie, la Bourgogne, le Centre, le Languedoc-Roussillon, la Lorraine, le Nord-Pas-de-Calais, les Pays de la Loire et La Réunion ;
- D. les régions qui envisagent une augmentation sensible : l'Aquitaine, la Haute-Normandie, l'Île-de-France et Midi-Pyrénées (+15), Provence-Alpes-Côte d'Azur + Corse (+19), Rhône-Alpes (+30).

Ces propositions apparaissent très inférieures aux estimations faites par la profession elle-même (300 postes, voire plus). Ses représentants estiment que les capacités de formation ne sont pas saturées, y compris dans les régions qui souhaitent une réduction des postes. Il s'agit, par contre, d'ouvrir des stages dans les cabinets libéraux, en PMI, et d'augmenter les postes d'accueil dans les centres hospitaliers généraux. Au cours des échanges, est soulignée la nécessité d'une vision globale des besoins de formation de l'ensemble des spécialités. En particulier, certaines régions sont confrontées à un accroissement important des internes de médecine générale et rencontrent des difficultés pour leur assurer à tous le semestre obligatoire en pédiatrie.

Une priorité affirmée pour la pédiatrie générale, qui s'accompagne d'une volonté d'allonger le DES à cinq ans

Les professionnels déplorent l'orientation des plus jeunes vers les sur-spécialités. Les stages exclusivement hospitaliers pour le moment, majoritairement en centre hospitalo-universitaire, expliquent en partie cette orientation. La diversification des lieux de stage déjà évoquée est un impératif pour redonner sa place à la pédiatrie générale. Simultanément, l'allongement de la durée du DES à 5 ans, conformément à ce qui se fait dans le reste de l'Europe, est, selon eux, incontournable. Il devrait permettre la réalisation de stages de pédiatrie ambulatoire sans modifier le cursus actuel.

Enfin, en réponse à une question relative à la faisabilité des dépistages aux âges clés pour tous, les professionnels ont insisté à nouveau sur la nécessité d'améliorer la formation des internes de médecine générale (participation des pédiatres hospitalo-universitaires) et sur le rôle que devraient jouer les puéricultrices.

Annexe : Liste des professionnels participants à l'audition

Docteur François Marie CARON

Président de l'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire

Docteur Daniel CAU

Secrétaire général du Syndicat National des Pédiatres en Établissements Hospitaliers

Professeur Alain CHANTEPIE

Président de la Société Française de Pédiatrie

Docteur Francis RUBEL

Président du Syndicat National des Pédiatres Français

Docteur Brigitte SAMSON

Secrétaire Générale Adjointe de la Société Française de Pédiatrie

Pédiatre -Aide Sociale à l'enfance - Conseil Général du Val de Marne – représentant la pédiatrie communautaire

Autres participants :

CNAMTS

Claude GISSOT

Direction de la stratégie, des études et des statistiques

Ministère de la Santé et des Sports

DHOS

Dr Mario MILLAN, *Adjoint à la chef du bureau*

Dr Benoît ELLEBOODE, *Praticien hospitalier*

Noémie OSWALT, *Chargée de mission*

Bureau Démographie et formations initiales des professions de santé

DREES

François GUILLAUMAT-TAILLIET, *Chef du bureau*

Muriel BARLET, *Adjointe au chef du bureau*

Laurent FAUVET, *Chargé d'études*

Bureau des Professions de santé

ONDPS

Pr Yvon BERLAND, *Président*

Martine BURDILLAT, *Secrétaire générale*

Dr Dominique BAUBEAU, *Chargée de mission*

Valérie EVANS, *Assistante*

Syndicats des internes et des étudiants

ANEMF

Marie PELTIER, *Vice-présidente*

ISNAR-IMG

Bastien BALOUET, *Président*

ISNIH

Matthieu BOISSON, *Chargé de mission*