

«Le Pédiatre dans L'Europe de Demain»

JEAN CLAUDE SCHAACK *

Depuis les travaux d'Hippocrate (460 à 370 avant Jésus-Christ) la Médecine Européenne a lentement progressé jusqu'au vingtième siècle. Pendant ce long cheminement, l'enfant était considéré comme un adulte en miniature et recevait les mêmes traitements. Les sciences exactes du début du vingtième siècle ont modifié les systèmes de pensée et les attitudes théoriques des siècles précédents ont régressé au bénéfice de la médecine moderne. En découvrant les particularités biologiques de l'enfant, certains médecins y ont consacré leurs travaux et ont fait naître la Pédiatrie. En moins de 100 ans des progrès considérables ont été réalisés et il suffit de se souvenir que TARNIER inventa en 1890 la première couveuse en France, que peu après en Allemagne CZERNY et FINKELSTEIN ont mis au point une diététique adaptée aux nourrissons. C'est surtout après la Seconde Guerre Mondiale que les progrès de la Pédiatrie ont été fantastiques. Si l'on prend pour exemple l'incompatibilité foeto-maternelle, l'on voit qu'en 1940 LANDSTEINER et WIENER découvrirent le facteur rhésus. En 1946, COOMBS mettait au point son test, en 1947 DIAMOND développait la technique d'exsanguino transfusion qui permettait de sauver les nourrissons atteints de cette maladie jusqu'à ce qu'en 1961 FINN en Grande-Bretagne réussisse par l'injection de gammaglobulines anti D à prévenir cette maladie. En 20 ans, on a pu découvrir la cause d'une maladie, la traiter et enfin la prévenir. C'est sans aucun doute un des plus beaux succès de la Pédiatrie d'après guerre, mais il y a encore beaucoup de travail à faire et les jeunes européens de l'An 2000 attendent encore de nous pédiatres d'autres succès tout aussi prestigieux.

Au cours des dernières décennies sous l'action conjointe des antibiotiques et des nouveaux vaccins, la pathologie infectieuse de l'enfant a considérablement diminué. La Néonatalogie permet maintenant de sauver des enfants que l'on considérait jadis comme non viables. Les progrès de la biochimie ont fait découvrir de nombreuses maladies métaboliques dont certains peuvent être prévenues, d'autres traitées. L'Hémato-oncologie infantile a fait de tels progrès qu'actuellement l'on peut sauver près de 80% des enfants atteints de maladies malignes. A l'image de la médecine interne de l'adulte, les pédiatres se sont de plus en plus tournés vers des disciplines d'organe et là aussi comme par exemple en cardiologie infantile, ils réalisent de nos jours des prouesses techniques.

Si l'on regarde avec un esprit critique l'évolution de la médecine interne de l'adulte depuis une cinquantaine d'années, l'on constate que les disciplines d'organe se sont multipliées et évoluent chacune dans leur domaine cloisonné au détriment du patient. L'homme est de cette façon coupé en morceaux et n'est plus traité dans son ensemble mais seulement organe par organe. C'est ce danger qui guette la pédiatrie moderne. C'est avec force que nous pédiatres devons rappeler que l'enfant n'est pas un adulte en miniature et qu'il doit être traité par des médecins conscients de ses particularités physiologiques, psychologiques et de sa grande fragilité affective. L'important n'est pas de traiter la cardiopathie d'un enfant ou la tumeur d'un enfant mais bien au contraire de traiter en enfant atteint d'une cardiopathie comme un enfant atteint d'une tumeur. Pour pouvoir faire ce travail valablement il importe que tout médecin spécialiste amené à traiter un enfant doit avant tout être pédiatre de formation.

La Commission de Bruxelles a depuis près de 20 ans tracé les lignes directrices de la politique médicale européenne. C'est ainsi qu'une Directive 75-364-CEE prévoit «d'assurer une formation des médecins de niveau comparablement élevé dans la Communauté Européenne». Suite à cette directive le Comité Consultatif pour la Formation des Médecins a élaboré quatre documents concernant les médecins spécialistes. Dans le premier rapport sur la formation des médecins spécialistes publié en 1979, il est fait mention dans l'annexe 3 de suggestions en matière de durée et de contenu de la formation pour les grands groupes de spécialistes. Dans le groupe I l'on retrouve les spécialités médicales qui sont d'une part la médecine interne de l'adulte, d'autre part la médecine interne de l'enfant et de l'adolescent (Pédiatrie). A côté de ces deux grands groupes se situent les spécialités d'organe exigeant une solide expérience pratique en médecine interne ou en pédiatrie. Ces spécialités doivent comporter un tronc commun important de deux à trois ans en médecine interne ou en pédiatrie précédant la spécialisation définitive. Deux spécialités à savoir la psychiatrie et la neuropsychiatrie sont classées à part tandis que la dermatovénérologie fait partie du groupe des spécialités médicales.

La CESP a été fondée en 1959 avec pour mission de mettre en place les structures permettant une harmonisation cohérente de l'exercice de la Pédiatrie de manière à réaliser la libre circulation des pédiatres dans la Communauté Européenne. Cette libre circulation était effective dès 1977 et étendue à l'Europe des Douze dès 1986. Cette libre circulation était effective dès 1977 et étendue à l'Europe des Douze dès 1986. C'est cette même année qu'a été votée à Athènes, le 30 mai, la définition

* Secrétaire Générale de la CESP
Conferência proferida no IV Congresso Nacional de Pediatria.
Vila Nova da Feira - Abril 1995.

de la Pédiatrie qui devait définir le champ d'activité du pédiatre européen. Pour l'Union Européenne la Pédiatrie se définit comme «la Médecine de l'Enfant et de l'Adolescent».

En 1991, la CESP publiait un document sur «la Formation du Pédiatre dans la Communauté Européenne». Ce document répondait aux vœux du Comité Consultatif pour la formation des médecins et traçait les grandes lignes comme le recommandait la directive de la Commission de Bruxelles. Ce document conseille une formation de cinq ans, et insiste surtout sur le contenu de la formation du pédiatre dans l'Europe de Demain.

Pour devenir médecin spécialiste en pédiatrie, il faut commencer par une formation de base de pédiatrie qui correspond à un tronc commun d'une durée de trois ans. Une fois cette période achevée, le stagiaire en pédiatrie peut choisir différentes voies. S'il se destine à la pédiatrie ambulatoire appelée également pédiatrie de ville, il sera un pédiatre de première ligne et devra suivre pendant deux années une formation spécifique lui permettant de pouvoir faire face valablement à toutes les situations auxquelles il sera confronté pendant sa pratique pédiatrique journalière. Si par contre, il se destine à la pédiatrie hospitalière appelée également pédiatrie de seconde ligne, il devra pendant deux années suivre une formation spécifique pendant laquelle il pourra acquérir une compétence dans certains domaines pédiatriques. La troisième possibilité est celle du spécialiste d'organe pédiatrique. Cette pédiatrie tertiaire débute également après un tronc commun de trois ans mais il appartient à la discipline de l'organe concerné d'en fixer la durée. Cette durée doit être d'un minimum de deux ans comme dans les deux autres branches pédiatriques. Ces pédiatres spécialisés doivent être réservés à des grands centres dans lesquels l'on doit pouvoir faire de la recherche. Un dernier groupe de pédiatres peut se spécialiser en pédiatrie sociale ou en pédiatrie de communauté également pour une durée minimum de deux ans.

Le tronc commun recommandé par la Directive de la Commission de Bruxelles a été accepté pour la médecine interne en avril 1993 et a été fixé à une durée minimum de deux ans. Le tronc commun pour la pédiatrie a été fixé pour une durée de trois ans et confirmé lors de la dernière réunion de la CESP en mai 1993. L'Union Européenne des médecins spécialistes insiste beaucoup sur cette notion de tronc commun qui vise à regrouper les grandes familles médicales et à éviter une multiplication artificielle des spécialités aussi bien médicales que chirurgicales. Pour la pédiatrie nous espérons que ce tronc commun évitera la dispersion des disciplines d'organe et sauvegardera la cohésion de la pédiatrie pour le bien-être de l'enfant aussi bien sain que malade.

Parmi les recommandations émises par le Comité Consultatif figurait le souhait que chaque spécialité crée une autorité compétente avec pour mission non seulement d'homologuer les centres de formation, fixer les programmes de formation, mais également surveiller le stagiaire pendant sa formation. Les «Boards Européens» créés par l'U.E.M.S. en 1991 ont pour mission de favoriser l'harmonisation des formations et la reconnaissance mutuelle des diplômes. C'est ainsi que le 22 janvier 1994 a été créé le «Board Européen de Pédiatrie». C'est ainsi que tout médecin ayant son diplôme de pédiatrie dans un des douze pays de l'Union Européenne peut après trois années d'exercice de sa profession se soumettre au

Board Européen de Pédiatrie. Il pourra de cette manière obtenir une «reconnaissance de qualité» ce qui correspond au Label européen de médecin spécialiste en pédiatrie. Pour migrer d'un pays à un autre dans l'Union Européenne, il suffit d'avoir une qualification nationale dans la spécialité concernée. Le board européen de pédiatrie ne remplace donc pas la qualification nationale du pédiatre mais lui garantit qu'il bénéficie d'une compétence égale à celle de ses confrères européens les mieux formés.

Le Comité Consultatif pour la formation des médecins insiste également sur la nécessité de la structuration de la formation médicale continue et de son contrôle par rapport à la formation post graduée classique. La CESP a créé à Lugano au mois d'avril 1994 le «Groupement Européen de Formation Continue en Pédiatrie». Cet organisme a pour mission de coordonner la formation continue des pédiatres dans les pays de l'Union Européenne. Comme les Etats-Unis d'Amérique l'on fait depuis plus de 30 ans, l'Europe met en place des structures pour permettre à la médecine spécialisée de garder un niveau de compétence pour garantir aux patients une médecine de qualité c'est-à-dire moderne et adaptée aux progrès de la science. Dès l'An 2000, la pédiatrie européenne sera à l'image de celle de l'Amérique du Nord. Une fois que les pédiatres auront obtenu leur reconnaissance de qualité par «le Board Européen de Pédiatrie», ils auront l'obligation de s'astreindre à la formation continue en pédiatrie et au bout d'un nombre d'années à fixer, cinq, sept ou dix ans, ils devront se soumettre à une «Requalification» qui permettra de juger si leur niveau scientifique correspond aux normes exigées par la profession. Il ne s'agit pas d'imiter d'une manière servile le modèle nord-américain mais plutôt de l'adapter aux conditions d'exercice de la pédiatrie en Europe.

La CESP est pour l'instant la seule organisation pédiatrique internationale reconnue par la Commission de Bruxelles. Elle joue le rôle «d'expert» pour conseiller la Commission dans certains domaines où la santé de l'enfant est en danger. C'est ainsi que son secrétaire général est déjà intervenu à deux reprises au Parlement Européen pour demander la mise sur pied d'un grand programme de prévention des accidents de l'enfant dans l'Union Européenne. La CESP a proposé un programme d'harmonisation des vaccinations de l'enfant et de l'adolescent dans la Communauté Européenne et ce programme a également été présenté au Parlement Européen. Il est indispensable que la CESP continue à se développer et à adapter ses structures pour devenir l'organisme de référence auprès de la Commission de Bruxelles. Si elle sait s'en donner les moyens, elle sera un jour l'Académie Européenne de Pédiatrie c'est-à-dire l'équivalent de l'American Academy of Paediatrics qui est systématiquement consultée par le gouvernement américain dès qu'il s'agit de projets concernant l'enfant ou son environnement. Il est donc indispensable que nous pédiatres européens comprenions que si nous voulons jouer notre rôle de partenaire à part entière pour défendre la santé physique et mentale des jeunes européens face au Parlement Européen, nous devons nous doter d'une structure adéquate c'est-à-dire performante.

Depuis 1991, la médecine générale est devenue une discipline autonome avec une formation post graduée de deux ans. La pédiatrie ambulatoire doit obligatoirement adapter ses structures pour que sur le terrain la pédiatrie puisse prouver sa

compétence et son efficacité. Si le spécialiste d'organe doit avoir pu bénéficier d'une formation spécifique comme c'est également le cas pour le pédiatre hospitalier exerçant en pédiatrie de seconde ligne, il est indispensable que le pédiatre ambulatoire c'est-à-dire le pédiatre en première ligne ait également reçu une formation spécifique. Il est donc capital que le pédiatre de ville ne soit pas formé exclusivement dans des hôpitaux. Une formation complémentaire en pédopsychiatrie, pédiatrie de l'adolescent, dermatologie, pneumologie, O.R.L. etc., doit lui permettre de répondre avec compétence à tous les problèmes auxquels il sera confronté sur le terrain. En fin de compte c'est le consommateur qui décidera de l'avenir de la pédiatrie ambulatoire. Il est indispensable que le libre choix du patient pour son médecin soit respecté dans l'Union Européenne de Demain. Si l'image de marque du pédiatre est celle d'un «produit» de qualité avec un rapport coût-bénéfice en sa faveur, le consommateur achètera du «produit pédiatrique». Si par malheur la pédiatrie ambulatoire ne sait pas s'adapter et correspondre aux besoins du consommateur, elle disparaîtra progressivement.

Jadis les enfants mourraient de maladies et grâce aux vaccinations, une prévention efficace a pu réduire de façon considérable la mortalité par maladies infectieuses. Actuellement, la première cause de mortalité des enfants sont les accidents domestiques avant six ans, de la circulation plus tard. Le suicide est avec les accidents la première cause de mortalité

de l'adolescent et de l'adulte jeune. La drogue et le Sida sont deux fléaux dont l'évolution est incertaine. Il est donc indispensable d'attaquer les fléaux modernes de la même façon que l'on a fait avec les maladies dans le passé. Seule une prévention précoce et bien organisée devrait pouvoir faire reculer et les accidents et les troubles du comportement qui causent tant de morts chez les jeunes d'aujourd'hui. Par sa formation spécifique, par sa meilleure connaissance de l'enfant et de son environnement, par son rôle d'accompagnant de l'enfant pendant toute cette période de croissance et de développement, le pédiatre ambulatoire à un rôle majeur à jouer dans les décennies à venir. C'est lui qui doit conseiller les parents, les aider à résoudre les problèmes éducatifs, insister sur la nécessité d'une intense relation parents-enfants pour éviter les catastrophes de l'adolescence. Le pédiatre ambulatoire a un énorme travail à effectuer mais il est indispensable que sa formation soit d'un haut niveau et adaptée aux problèmes qu'il aura à résoudre. Les 60 millions de jeunes de moins de 16 ans vivant dans l'Union Européenne d'aujourd'hui attendent de nous des prouesses. Travaillons pour ne pas les décevoir.

Correspondència: J. C. Schaack
4, Alée Leopold Goebel
Luxembourg