

- DRE LAURENCE RACINE -

Depuis l'automne 2022, les services de pédiatrie des hôpitaux suisses sont sous pression, avec un nombre record de patient-e-s hospitalisé-e-s. La Dre Laurence Racine, cheffe du département de pédiatrie du Réseau hospitalier neuchâtelois (RHNe), n'a «jamais vu ça» depuis le début de sa carrière. Entretien

«La santé de l'enfant se prépare durant la grossesse»



RHNE MAG Quelles sont les causes de cet afflux inédit de patient-e-s pédiatriques?

DRE LAURENCE RACINE On manque encore de recul pour avoir des certitudes. On a observé plusieurs épidémies virales simultanées. Le nombre de consultations et d'hospitalisations a été bien plus élevé que d'habitude. On a eu des patients plutôt gravement atteints, souvent assez jeunes, avec beaucoup de nouveau-nés et de nourrissons. Cela a entraîné une légère hausse des durées d'hospitalisation, ce qui a participé à engorger le dispositif. L'hypothèse des infectiologues est que cette situation est induite par une dette immunitaire liée à toutes les protections mises en place pendant la pandémie de Covid-19.

Est-ce dire que la situation se normalisera l'hiver prochain?

On l'espère, mais les infectiologues restent prudents. Il y a eu une telle exposition aux virus cette année que l'immunité générale va remonter. Mais personne ne sait si cela suffira pour revenir dans les normes dès l'hiver prochain ou s'il faudra attendre une année de plus.

En septembre 2022, la faitière Pédiatrie suisse avait alerté l'opinion du risque de pénurie de personnel spécialisé. Comment vous êtes-vous organisés dans ce contexte?

On est passé à un cheveu d'un réel problème grave de santé publique en Suisse: sans transfert intercantonaux, sans renforcement en urgence des services de pédiatrie, il y aurait eu un manque de lits. Il y a un report de charge sur l'hôpital depuis 15 ans. Avec le manque de personnel qualifié, il est de plus en plus difficile d'absorber tant les hospitalisations avec des patients complexes que les pics hivernaux. Cela impose de former continuellement les équipes. Au sein du département de pédiatrie, cela concerne des formations en pédiatrie, en chirurgie, en néonatalogie, en urgences et en pédopsychiatrie.

Les derniers mois ont été particulièrement compliqués. Pour que chaque patient ait un lit, on est passé de 10 à 20 lits stationnaires. Un dispositif qu'on a pu alléger le 15 avril. Dans le cadre de la coordination romande, on a effectué deux transferts à Yverdon. Une fois notre dispositif passé à 20 lits, on a accueilli près de 30 patients venus de Bienne, de Fribourg et d'autres hôpitaux romands. On n'a pas arrêté de jongler, avec la chance d'avoir pu disposer de plus de renforts qualifiés que d'autres établissements.

La pédiatrie peine à susciter des vocations. Pourquoi avez-vous choisi cette spécialité?

Parce que c'est le plus beau des métiers! Plus sérieusement, j'ai eu beaucoup d'envies différentes mais avec toujours en tête celle de devenir pédiatre. Pédiatre, pas médecin. Mon choix s'est confirmé au cours de mes études, lors des premiers stages à l'hôpital. J'étais enthousiaste, avec le sentiment très net que c'était la bonne discipline pour moi. Plus tard, quand j'ai fait mon FMH de médecine intensive,

j'ai passé 6 mois en médecine adulte. C'était passionnant intellectuellement, mais moins naturel pour moi. Pour moi, la pédiatrie possède tout ce que j'aime: c'est de la médecine de premier recours et en même temps une spécialité qui comprend toutes les sous-spécialités. Elle permet d'être exposé à une palette de patients extrêmement large, avec des pathologies qui sont propres aux enfants, mais qui se présentent de manière différente en fonction de l'âge. Il y a aussi des enjeux de communication très différents de ce qu'on trouve en médecine adulte.

« Avec le manque de personnel qualifié, il est de plus en plus difficile d'absorber tant les hospitalisations avec des patients complexes que les pics hivernaux »

Quel est le profil des enfants que vous prenez en charge avec votre spécialisation en médecine intensive?

Il n'y a pas de soins intensifs pédiatriques au RHNe. En Suisse, cela existe uniquement dans les hôpitaux universitaires et dans quelques hôpitaux alémaniques. On propose des soins intermédiaires, avec de la ventilation non invasive en continu par exemple. Mon cursus d'intensiviste m'aide pour la prise en charge de ces patients complexes. Je pratique encore la médecine intensive pédiatrique au CHUV, où je travaille une demi-journée par semaine. On est confronté à des situations aiguës, à risque vital. Il y a des décès. L'impact sur les soignants est différent.

Pouvez-vous décrire le déroulé d'une de vos journées types?

J'ai des journées orientées sur la clinique, d'autres plus administratives, mais ce n'est jamais totalement étanche. Dans les unités stationnaires, je commence le matin vers 7h30 par prendre connaissance des dossiers des patients avant la transmission de 8h. Nous faisons ensuite la visite avec l'équipe soignante. C'est l'occasion de décider si un plan d'investigation est nécessaire et d'adapter le plan de traitement pour la journée pour chacun des patients. On explique cela aux parents et on essaie de déterminer comment l'état du patient doit évoluer. Si cela ne se passe pas comme prévu, c'est un signal d'alarme.

Si le cas est plus grave ou complexe, je prends du temps spécifiquement avec le patient et ses parents, c'est important. L'après-midi, on reçoit les examens demandés et on les analyse, ce qui entraîne parfois une adaptation des traitements. Vers 17h, on fait un point de situation avant le début du système de garde. La nuit, la permanence est assurée par un médecin-assistant. Je fais un point avec lui à 23h pour m'assurer que tout va bien. Je passe aussi des journées à la maternité et aux urgences pédiatriques, où il faut être vigilant pour détecter les situations à risque et encadrer les médecins-assistants. C'est différent. J'apprécie cette variété.

1970 Naissance à Bienne

1995 Diplôme de médecine à Lausanne

Spécialisations:

2002 Pédiatrie

2003 Médecine intensive

2017 Médecine d'urgence pédiatrique

2008 Arrivée au RHNe

Depuis 2016, le RHNe dispose d'une consultation pédiatrique au centre-ville de La Chaux-de-Fonds. Quelle est l'importance d'une telle structure de proximité?

Les consultations semi-électives qui sont dispensées dans cette structure pourraient être faites en cabinet par des pédiatres de ville. Mais comme ils n'arrivent plus à absorber tous les cas de pédiatrie générale, l'hôpital public reprend en partie ce rôle. C'est une évolution par la force des choses. Cela permet de garantir une prise en charge de qualité et de proximité pour les enfants des Montagnes neuchâteloises, avec des médecins qui connaissent leurs patients. C'est un vrai plus par rapport à une prise en charge aux urgences, où le pédiatre découvre les patients qu'il prend en charge sur le moment, et réciproquement. Une telle structure de proximité est d'autant plus importante que plusieurs pédiatres installés partiront à la retraite ces cinq prochaines années.

Comme les autres disciplines médicales, la pédiatrie s'est spécialisée en filières. Qu'est-ce que cela change dans l'organisation hospitalière?

Cette spécialisation s'est imposée progressivement ces dix dernières années. On a des patients plus complexes, parfois polymorbides. Leur prise en charge nécessite de recourir à un ou plusieurs spé-

cialistes, comme en médecine adulte. Chaque spécialiste est entouré d'une équipe multidisciplinaire pour permettre des soins précis selon les dernières recommandations.

En terme d'organisation, il faut veiller à maintenir des ponts entre ces filières pour garder une vue d'ensemble. Cela impose un très important travail de coordination. C'est chronophage, mais cela apporte une claire plus-value pour les patients. Le rôle des pédiatres et médecins traitants est prédominant dans cette coordination. Sans eux le système ne fonctionne pas.

Le RHNe dispose d'un centre mère-enfant sur son site de Pourtalès, où se trouve la maternité. Quels sont les avantages d'un tel pôle?

C'est important pour un département de pédiatrie d'avoir deux ancrages forts dans l'hôpital: le premier avec le département de gynécologie-obstétrique et la maternité, l'autre avec les urgences adultes. Cela permet d'avoir une continuité entre la grossesse et l'enfance, ce qui peut être décisif: la santé de l'enfant se prépare durant la grossesse. C'est important d'avoir une bonne collaboration interdisciplinaire pour connaître ce qui a pu impacter la santé de l'enfant pendant la grossesse. Au même titre, une transition entre la médecine pédiatrique et adulte est nécessaire.

Quelles sont les mesures à prendre pour renforcer l'attractivité de la pédiatrie auprès de la relève?

Il faut rendre visibles toutes les facettes de la discipline, qui est incroyablement variée. Un point clé serait de recentrer la pédiatrie sur ce qu'elle est censée faire: de la médecine somatique. Aujourd'hui, on est envahi par les aspects sociaux. Il faudrait aussi redonner du temps pour les consultations, temps qui s'est considérablement réduit ces dernières années. C'est lié à la tarification, qui impose d'aller vite, et à une activité toujours plus dense. Cela rend le travail moins gratifiant, avec l'impression de toujours tout faire en courant. Cela décourage certains jeunes médecins, c'est évident. ■

