

# LA PÉDIATRIE UNIVERSITAIRE

À GENÈVE (1961 - 2001)

SUSANNE SUTER

## Tendances séculaires en pédiatrie

Les quelques réflexions qui suivent sont celles d'un médecin et de son vécu depuis 1968, écrites sans prétention d'exhaustivité pour les éléments historiques, mais plutôt dans le souci de dégager les éléments les plus marquants qui lient le présent au passé. Les objectifs que nous essayons aujourd'hui d'atteindre sont la conséquence de l'évolution des problèmes de santé de nos patients et de l'amélioration constante des moyens que la médecine moderne met à notre disposition. Un bref retour dans le passé est indispensable si l'on veut bien comprendre l'évolution de la pédiatrie ces derniers quarante ans.

Bien que le mot «Pédiatrie» apparaisse pour la première fois au XVIII<sup>e</sup> siècle, le développement d'une médecine spécifique de l'enfant a commencé au XIX<sup>e</sup> siècle: l'ouverture de l'Hôpital Necker des Enfants malades à Paris en 1802 en est un des témoins. Les débuts étaient difficiles; faire valoir les spécificités de la médecine de l'enfant par rapport à celles de l'adulte pose des problèmes. Les principales préoccupations des médecins sont largement déterminées par la mortalité infantile très élevée et la position que l'enfant occupe dans la société. Depuis le début du XX<sup>e</sup> siècle cependant, la pédiatrie s'est affirmée comme spécialité à part entière. L'amélioration progressive des conditions de vie en général, notamment de l'alimentation et de l'hygiène, et le développement de nouveaux moyens thérapeutiques ont abouti à une diminution spectaculaire de la mortalité infantile. En parallèle, la position de l'enfant dans la société a changé profondément, modifiant ainsi également la façon de travailler des médecins.

## Evolution de la mortalité infantile en Suisse

Au milieu du XIX<sup>e</sup> siècle, 27% des enfants environ décédaient au cours de la première année de vie, et l'espérance de vie était de 35 ans pour un enfant nouveau-né. Cinquante ans plus

tard, cette dernière avait déjà passé à 54 ans en Suisse, mais un sixième de tous les enfants décédaient toujours avant l'âge d'une année. Le niveau social de la famille ainsi que l'état civil de la mère avaient une influence considérable sur la probabilité de survivre à cette période critique. Les chiffres datant de la première moitié du vingtième siècle sont cependant peu fiables, car l'obligation de remplir un certificat de décès ne semble pas avoir été respectée partout. Vers 1950, 2,5% des enfants décédaient avant l'âge d'une année et aujourd'hui, la Suisse compte parmi les pays où avec environ 7‰ la mortalité infantile est une des plus basses du monde.

## L'évolution des pathologies et de leur prise en charge

Dans la première moitié du vingtième siècle, la préoccupation principale des médecins était le combat contre les maladies infectieuses ainsi que les problèmes liés aux conditions socio-économiques, à l'alimentation et à l'hygiène. Avec les premiers antibiotiques dans les années 40 et le développement progressif des vaccins, les succès de la médecine se sont multipliés, pour les adultes comme pour les enfants. La qualité et la quantité des connaissances acquises par les pédiatres de l'époque a valu à la Suisse la réputation d'être un des berceaux européens de la pédiatrie moderne. La créativité scientifique de nos prédécesseurs et collègues a contribué à des découvertes majeures, comme en témoigne entre autres le nombre de pathologies et de syndromes portant le nom de pédiatres suisses. Il faut admettre par contre, aussi étonnant que cela puisse paraître aujourd'hui, que jusqu'au milieu du siècle passé, les connaissances de la physiologie développementale, donc du développement normal et de ses variations, étaient rudimentaires, en dehors des simples paramètres de croissance. Un exemple le montre bien : les premières notions sur la compétence visuelle de l'enfant nouveau-né datent du milieu du vingtième siècle. Se consacrer à la définition des paramètres du développement normal ne pouvait être une priorité tant que le combat contre les causes premières de la mortalité mobilisait tous les efforts des médecins. C'est dans la deuxième moitié du vingtième siècle que les besoins spéci-

fiques de chaque catégorie d'âge feront l'objet de recherches de plus en plus nombreuses : le développement de la néonatalogie, sur lequel nous reviendrons, et l'identification des mécanismes physiologiques de la puberté en témoignent. Avec le développement de la génétique, la compréhension des maladies et malformations congénitales progresse, et la chirurgie pédiatrique permet la correction de nombreuses malformations, offrant ainsi des chances à l'enfant de réaliser tout son potentiel développemental. Comme en médecine de l'adulte, l'augmentation des connaissances et des moyens thérapeutiques a conduit à de nombreuses spécialisations, avec comme différence principale qu'elles se concentrent largement sur les problèmes spécifiques de l'enfant et de l'adolescent. Les problèmes de santé de l'être humain en croissance sont en effet très différents de ceux de l'adulte par leur fréquence, leurs manifestations, leur impact sur la croissance et le développement. Le spectre des problèmes de santé dont nous nous occupons dans les hôpitaux pour enfants a complètement changé : par exemple, les maladies infectieuses, infiniment moins menaçantes aujourd'hui, sont pour la plupart soignées par les pédiatres installés, qui de plus assurent aussi un maintien des acquis obtenus grâce à une vaccination systématique. Les problèmes liés aux malformations et aux maladies congénitales, les maladies chroniques, la prématurité et tout ce qui menace la vie d'un enfant de façon aiguë comme par exemple les accidents sont au premier plan. Le sont aussi les maladies respiratoires et les maladies allergiques qui augmentent considérablement. La protection des enfants contre la maltraitance, la négligence et les abus sexuels est confiée dans une large mesure aux hôpitaux pour enfants, même si de nombreuses autres organisations y contribuent. Protéger l'enfant tout petit, celui qui ne peut se déplacer seul ni parler de ce qui lui arrive, pose des problèmes particulièrement difficiles.

### **L'évolution des paramètres de croissance et du développement**

Au cours des cent dernières années, on assiste également à un phénomène d'accélération de la croissance dont les répercussions sur la vie des enfants, des adolescents et de leurs familles sont majeures. Dans son livre «Kinderjahre», Remo Largo, pédiatre zurichois qui a beaucoup contribué à une meilleure définition des paramètres développementaux, nous rappelle qu'au cours des cent quarante dernières années, l'âge moyen auquel surviennent les premières règles chez la jeune fille a passé de 17 à 13 ans, témoignant d'un avancement

important de la maturité sexuelle qui s'observe aussi chez le garçon. La taille moyenne des jeunes Suisses a augmenté de 12-14 cm (ce n'est que pour les hommes que nous disposons de ces chiffres précis grâce au recrutement militaire). Cette tendance est observée partout : plus marquée dans l'hémisphère nord et dans les régions urbaines, elle est probablement la conséquence d'une alimentation plus riche et – entre autres – peut-être à une stimulation sensorielle et motrice de plus en plus précoce de l'enfant par la famille, l'école, les médias.

### **L'influence des tendances séculaires sur l'attitude face au nouveau-né et au nourrisson**

C'est sur l'attitude face au nouveau-né et au nourrisson que le changement de la mortalité, les connaissances du développement normal et des problèmes de santé de l'enfant en bas âge ont eu le plus de répercussions. A l'époque où un quart des enfants ne survivaient pas la première année de vie, que l'on n'avait pas de connaissances de ce qu'un nouveau-né peut percevoir et quel pouvait être l'impact de son environnement sur son développement, l'incertitude sur l'avenir du petit enfant influençait de façon déterminante l'investissement des parents et de la société à plusieurs niveaux. A la lecture de journaux de mères sur les premières années de vie de leurs enfants au début du XIX<sup>e</sup> siècle, on est frappé par le peu de descriptions des premières semaines de vie : c'est comme si la crainte de devoir se séparer à nouveau de l'enfant retenait les mères d'y attacher trop d'importance. Dans la description des premières semaines de vie de son fils Frédéric, né en 1813, sa mère, une Genevoise, se limite à décrire les problèmes de nourrir son fils, pour le reste on lit : «...il était extrêmement rouge et bouffi en naissant, ce qui le faisait paraître un gros enfant ; il a désenflé et il est devenu successivement jaune, puis blanc».

Un praticien au milieu du XIX<sup>e</sup> siècle exprimait sa perception de l'enfant en bas âge de la façon suivante : «L'enfant de trois à quatre ans diffère infiniment du nouveau-né : la vie végétative a cessé pour lui, la vie animale commence». Ou une autre description : «Quelle distance entre ce nouveau-né sanguinolent que nous avons vu presque inerte et ce charmant enfant blond, toujours très nerveux, vif, souple et gai, dont les formes, les mouvements, le babil ont je ne sais quoi de gracieux et de naïf qui est rempli de séduction».

Page de droite: Extrait d'un journal d'une mère genevoise sur son fils Frédéric, né en 1813 (BPU, Département des manuscrits)





Il y a tout un monde entre ces observations et l'attendrissement que suscitent aujourd'hui les images qu'on peut voir dans de nombreux journaux non seulement de l'enfant nouveau-né mais encore celui du fœtus enroulé sur lui-même et grandissant en étant protégé par l'eau qui l'entoure dans la cavité utérine.

Cette attitude dans le passé qu'on peut qualifier au moins de réservée, est confirmée également par ce qu'on peut appeler politique de soins des premiers hôpitaux pour enfants. On n'admettait généralement pas les nourrissons dans les hôpitaux (voir aussi chapitre W.H. Hitzig). Les efforts des médecins se concentraient sur l'enfant au terme de sa première année de vie. Au début du XIX<sup>e</sup> siècle à l'Hôpital pour enfants de Prague, des enfants de moins d'une année ne pouvaient être admis qu'exceptionnellement et avec la permission du directeur. Dans les années 1960 encore, des nouveau-nés malades n'étaient admis qu'exceptionnellement à la Kinderklinik de Berne selon Gabriel Duc, qui était le premier pédiatre suisse occupant une chaire spécifiquement créée pour la néonatalogie en 1970 à Zurich. Ce sont finalement les obstétriciens qui ont stimulé l'intérêt et fait les premiers pas pour mieux comprendre les problèmes du nouveau-né, notamment le processus d'adaptation à la vie extra-utérine et ses anomalies qui – même si elles sont de courte durée – peuvent avoir des conséquences fatales ou laisser des séquelles pour toute la vie.

La diminution de la mortalité a certainement aussi contribué au changement d'attitude face à un enfant qui n'était plus un sur six à dix, mais un sur deux dans une fratrie. A cela s'ajoute l'augmentation de la prématurité, celle des naissances multiples comme conséquence de la procréation médicalement assistée. Tous ces facteurs ont stimulé le développement d'une médecine périnatale très spécifique pour l'enfant nouveau-né, qu'il soit né à terme ou prématurément. Les parents attendent aujourd'hui qu'on mette en œuvre une médecine tout aussi puissante pour leur enfant prématuré ou issu d'une grossesse multiple que celle qu'on mobilise pour un jeune adulte avec un grave problème de santé. L'attente et l'exigence des parents ne sont cependant souvent pas comprises par la société en général, qui se méfie toujours dans une large mesure de l'utilisation d'une médecine moderne et très technique au profit de ces enfants. Pourtant, la baisse spectaculaire de la morbidité et de la mortalité sont le résultat de recherches scientifiques, conduites avec la même

Page de gauche: En 2000, à l'Hôpital des enfants, auscultation d'une enfant en présence de sa mère

méthodologie que celles qui ont été menées chez l'adulte, mais selon des règles éthiques adaptées à la condition particulière de l'enfant. Que la rigueur scientifique et le souci d'objectivité n'exclut pas celui d'entourer l'enfant de tendresse, de favoriser la proximité physique avec la mère et le personnel soignant, n'est pas encore reconnu généralement.

### **Le changement de la position de l'enfant dans la société: impact sur le travail du pédiatre**

Pour tous ceux qui s'occupent d'enfants dans leur métier, qu'ils soient enseignants ou soignants, le changement du statut de l'enfant dans la société a transformé de façon fondamentale les rapports avec les enfants et leurs familles: de l'enfant «objet» géré par la famille et peu considéré comme interlocuteur direct, nous avons passé à l'enfant à prendre en compte à part entière, en fonction de sa capacité de discernement croissante. Le début de ce changement a ses racines entre autres dans les idées de Jean-Jacques Rousseau, selon lesquelles l'enfance représente une forme totalement autonome de l'existence de l'homme et qui influence de façon déterminante toutes les autres périodes de la vie. Nous sommes aujourd'hui confrontés à une formidable accélération de la maturation somatique des enfants et des adolescents. Ce processus arrive à son terme en moyenne quatre ans plus tôt qu'au début du siècle. L'atteinte plus précoce de la maturité sexuelle sur le plan somatique s'inscrit dans un contexte où le temps de formation des jeunes, et par conséquent la dépendance des parents s'allonge, transformant ainsi significativement les rapports entre les générations. Egle Becchi, dans son livre «Histoire de l'Enfance en Occident» conclut que «de fait, nos sociétés tendent à prolonger l'enfance comme pour la soustraire au temps, la faire glisser lentement et sans rupture vers la maturité, comme l'atteste la durée de la dépendance économique (sinon morale) des enfants à l'égard des parents, leur entrée tardive dans la production, les études plus longues qui les maintiennent de plus en plus longtemps en situation scolaire, sans responsabilité ni initiatives. Toutes ces carences d'autonomie reproduisent presque à l'identique les caractéristiques d'une enfance qui ne connaît donc qu'une évolution très lente». Quel contraste se dégage de ce constat par rapport aux descriptions de l'enfant en Suisse il n'y a même pas 100 ans! Qu'y a-t-il de commun entre la vie d'un écolier de huit ans aujourd'hui et celle de Gottardo Cavalli d'Intragna au Tessin, dont on sait qu'à huit ans, il nettoyait comme enfant ramo-

06-04

HOPITAL CANTONAL DE GENÈVE  
 Polyclinique Infantile de l'Université

Genève, le 24 sept 1919.

Nom: *Statistique des enfants*  
 Description: *des enfants traités à la Polyclinique Infantile de l'Université de Genève de 1910 à 1918*  
 Naitissances: *inscrites à l'Assistance Publique le 24 septembre 1919*

	Membres des familles Nouveaux	Entrés Anciens	Total.
1910	223	10	233
1911	393	29	422
1912	623	74	697
1913	605	78	683
1914	566	103	669
1915	698	137	835
1916	579	139	718
1917	544	105	649
1918	685	68	753
Total.	4916	743	5659.

Rapporter cette ordonnance à chaque consultation

Imp. H. Hoch, 9, rue Lévrier

*15844*

Statistiques des enfants traités à la Clinique infantile entre 1910 et 1919  
 Archives de la Clinique et Polyclinique de pédiatrie

neur sa première cheminée en Italie du Nord pour contribuer au maigre revenu familial?

De plus, l'introduction de l'informatique à l'école, l'adaptation des méthodes d'apprentissage aux nouveaux moyens de communication et d'information tendent encore à renforcer un hiatus de connaissance entre enfants et parents, notamment pour les familles dont le niveau socio-économique ne permet pas d'accéder facilement à tous ces moyens.

Faut-il s'alarmer devant ce constat? Certainement pas, plutôt l'accepter et valoriser les éléments positifs. Mais l'adaptation à la nouvelle situation nécessite une prise de conscience de la part de celles et ceux qui prennent les décisions concernant l'éducation scolaire, les réseaux de prévention et de soins pour les familles les plus vulnérables. Parmi elles, il y a par exemple les enfants de populations migrantes, dont les parcours de vie ressemblent bien plus à celui de Gottardo Cavalli mentionné plus haut et qui connaissent souvent des problèmes de santé ayant disparu chez nous. Le contraste entre ces enfants et adolescents avec ceux nés en Suisse est frappant. Tous les professionnels qui s'occupent d'enfants et d'adolescents en Suisse aujourd'hui sont confrontés à ces difficultés mais dans les villes comme Genève, multi-culturelle et multi-ethnique, elles sont particulièrement bien perceptibles.

Dans son chapitre, Armand Brulhart nous décrit les péripéties de l'aménagement et de la construction des bâtiments hébergeant les unités de soins pour les enfants et avec le recul de près de cent ans, on peut tenter de mettre en perspective quelques chiffres, très fragmentaires pour les plus anciens d'entre eux, et l'évolution des surfaces mises à disposition.

#### Evolution des activités médicales de la pédiatrie à Genève au XX<sup>e</sup> siècle (voir illustration pp.68, 70 et 79)

Les statistiques manuscrites des enfants hospitalisés à la Clinique infantile de 1910 à 1918 indiquent un total de 5659 enfants soignés entre 1910 et 1918, ce qui correspond à une moyenne annuelle de 629 patients par année. Dans le rapport général de l'Assistance publique médicale pour l'année 1917, on déplore une mortalité globale de 8.6% pour l'ensemble des patients hospitalisés; pour la catégorie d'âge des 0-2 ans, elle se monte à 22.6%. En cette



même année, 1341 consultations, équivalant à trois par semaine, ont été effectuées à la Polyclinique de la Clinique infantile.

Plus tard, en 1952, époque où la planification de l'actuel Hôpital des enfants avait été entreprise, le total des enfants vus en consultation est de 5058, dont en moyenne 3 jours de consultations par semaine pour les enfants malades, 3 séances de vaccination et 2 jours de consultations par semaine pour des nourrissons. L'activité ambulatoire avait plus que triplé en 40 ans.

A titre de comparaison, le nombre de malades hospitalisés a passé de 5823 en 1923 à 8610 en 1932 pour l'Hôpital cantonal dans son ensemble. La durée moyenne d'hospitalisation était à l'époque de 33 jours.

On est bien loin des chiffres de l'année 2000 qui, pour l'ensemble des Hôpitaux universitaires de Genève, s'élèvent à plus de 750'000 journées d'hospitalisation pour 44'600 entrées. Le Département de pédiatrie s'est occupé à lui seul de 7690 patients hospitalisés et a effectué 75'000 consultations ambulatoires, correspondant à plus de 200 consultations par jour! La durée moyenne de séjour des enfants, à l'exclusion de ceux qui restent moins de 48 heures, n'est plus que de 5 jours.

### Evolution des bâtiments

Lors de l'aménagement dans les locaux à la rue Prévost-Martin en 1910 (voir chapitre A. Brulhart), la totalité des locaux correspondait à quelque 1100 m<sup>2</sup> et c'est dans ces murs qu'environ 600 patients hospitalisés et 1341 enfants en consultation ambulatoire ont été soignés.

L'Hôpital des enfants, qui s'appelait Clinique infantile lors de son ouverture en 1961, et où ont lieu toutes les activités médicales encore aujourd'hui totalise une surface de 13'400 m<sup>2</sup>. Si l'on prend en compte que le nombre de patients soignés en hospitalisation est plus de dix fois plus élevé aujourd'hui en comparaison avec les chiffres de 1910-1918, que 55 fois plus de consultations sont effectuées dans l'Hôpital actuel, il devient évident que les surfaces soient devenues largement insuffisantes. De plus, en 1910, les enfants hospitalisés étaient privés de la présence de leurs familles (les visites étaient restreintes à deux fois par semaine !). Aujourd'hui, les parents accompagnent l'enfant tout au long de son hospitalisation. Les moyens techniques modernes occupent aussi une surface considérable. Vu à la lumière de ces statistiques, on comprend mieux que les 24'000 m<sup>2</sup> de surfaces prévues pour 2005 représenteront tout sauf un luxe.

**CLINIQUE INFANTILE**  
Année 1917

Professeur: Professeur D. A. VESCHER  
Médecin-adjoint: D. H. MAUGET  
Interne: M<sup>rs</sup> LAMONTE, M<sup>rs</sup> DUBOIS, M<sup>rs</sup> BRUNOT  
Hospitalisés pendant la consultation: M<sup>rs</sup> WAREUX, M. BOURG  
Chef de Laboratoire: D. Th. RAY

a) Statistique par maladies

Diphthéries et angines	GARÇONS		FILLES	
	Traités	Total morts	Traités	Total morts
Diphthérie	43	2	31	1
Groupe diphthérique	2	—	3	—
Angines amyg.	14	—	18	—
Groupe non diphthérique	4	1	8	—
TOTAL	63	3	60	1

*38*  
*Température*  
*9,9*  
*Température*  
*0*

Maladies infectieuses	GARÇONS		FILLES	
	Traités	Total morts	Traités	Total morts
Couqueche	1	—	3	—
Rougeole	5	—	18	—
Sscarlatine	46	—	52	—
Rubéole	3	—	4	—
Varicelle	7	—	7	—
Oreillons	14	—	5	—
Grippe	1	—	1	—
Dystrophie	—	—	2	—
TOTAL	78	—	71	—

Statistique de l'année 1917, annotée

Archives de la Clinique et Polyclinique de pédiatrie

### Développement de la pédiatrie universitaire, 1961-2001

Fred Bamatter, Professeur de pédiatrie depuis 1957, avait pu lui-même beaucoup participer à la construction du nouvel hôpital pour enfants jusqu'en 1969, année d'entrée en fonction de Pierre Ferrier. Fred Bamatter est compté parmi les pionniers qui ont œuvré en faveur du développement d'une médecine spécifique pour les enfants nouveau-nés et les nourrissons, et c'est grâce à l'importance qu'il donnait à ce domaine que Gérard Lacourt, premier médecin néonatalogue à Genève, est parti se former en physiologie respiratoire néonatale à Philadelphie aux Etats-Unis. A son retour, une collaboration étroite entre néonatalogues, obstétriciens et pédiatres s'est progressivement construite; elle a donné naissance à la Division de néonatalogie. Sous Fred Bamatter, la chirurgie pédiatrique dirigée par Antoine Cuendet a connu un essor considérable, et Albert Mégevand, pédiatre praticien, a contribué à la mise en place d'une Polyclinique de pédiatrie largement concentrée sur





Fred Bamatter et Albert Mégevand lors d'une visite médicale

la pédiatrie générale et la prise en charge des urgences. L'histoire de la pédiatrie genevoise universitaire de cette époque ne serait complète sans parler d'Albert Mégevand. Menant en parallèle une activité à l'hôpital et en privé, il incarnait la pédiatrie générale ambulatoire de cette époque. D'innombrables Genevois se souviennent de lui comme pédiatre : patients, étudiants, collègues médecins. La confrontation avec son savoir acquis et enrichi par la pratique quotidienne de la pédiatrie permettait aux jeunes médecins de mieux définir les limites du savoir souvent plus théorique des universitaires. Je me souviens de discussions animées dont la valeur ne m'est apparue qu'à la lumière de mes propres expériences. Albert Mégevand, nommé professeur extraordinaire en 1969 puis chef de service adjoint de la Policlinique de 1970 à 1980, a quitté l'Hôpital des enfants en 1989, en continuant à pratiquer la pédiatrie en cabinet pendant plusieurs années encore. L'Unité d'hospitalisation prévue pour les enfants atteints de poliomyélite a pu être transformée en Unité de soins intensifs. Initialement, en 1952, la répartition des lits dans le nouvel hôpital avait prévu 10 lits pour la poliomyélite, 20 lits pour les rougeoles, 28 lits pour la diphtérie. Mais un vaccin contre la poliomyélite avait été introduit en 1956. La conséquence : en 1961, la maladie avait déjà presque complètement disparu en Suisse. Les enfants «rougeoleux» étaient beaucoup moins souvent hospitalisés grâce au traitement des complications par les antibiotiques, et la diphtérie avait disparu grâce au vaccin. Illustration parfaite des aléas de la planification hospitalière, cette chronologie des événements montre que la

vitesse de planification et de réalisation des bâtiments hospitaliers publics était bien souvent dépassée par les progrès de la médecine, elle le sera probablement encore. Lorsqu'en 1969, Pierre Ferrier revient définitivement des Etats-Unis pour succéder à Fred Bamatter avec l'intention de transformer la Clinique de pédiatrie en Département universitaire de pédiatrie et de génétique, il incarnait bien cette nouvelle génération de pédiatres empreints de rigueur scientifique, formés dans de grands centres d'Amérique du Nord, qui avaient pris le relais d'anciens grands centres européens. Depuis cette date, presque sans exception, il n'y a plus eu de nomination professorale ou de médecin cadre au Département de pédiatrie qui n'aurait pas fait de formation comparable. A cette époque, l'idée et la réalisation d'une médecine et chirurgie de l'enfant, où les spécificités de chaque catégorie d'âge étaient prises en compte, avaient fait beaucoup de chemin. L'enseignement de la pédiatrie aux étudiants et aux jeunes médecins avait bien changé. Pour accélérer ce processus et pour faire connaître les progrès de la pédiatrie en Amérique du Nord à ses collaborateurs, Pierre Ferrier avait fait venir une série de professeurs invités, pendant qu'il œuvrait en faveur de la création d'une structure départementale pour la pédiatrie. Les jeunes médecins en formation, dont je faisais partie dès 1971, se voyaient entourés d'enseignants médecins dont ils avaient lu les travaux dans des journaux prestigieux. Ces visiteurs se succédaient : hématalogue, radiologue, physiologiste respiratoire, gastroentérologue. Un grand nombre de pédiatres qui pratiquent aujourd'hui dans le canton de Genève ont bénéficié de cette ouverture sur la pédiatrie d'ailleurs. Progressivement, l'équipe de spécialistes s'est renforcée : Luc Paunier, chef de service adjoint pour le métabolisme et la néphrologie, Daniel Nusslé, radiologue et gastro-entérologue pédiatre et Pierre Sizonenko, médecin responsable de la Division de biologie de la croissance et de la reproduction créée en 1982. Les travaux de Pierre Sizonenko ont largement contribué à identifier les mécanismes responsables du développement pubertaire normal : ils s'inscrivent dans le cadre de ces travaux caractéristiques d'une partie de la pédiatrie de 1950-2000, permettant de définir le développement normal des enfants et des adolescents et ses variations. Conscient de l'importance des problèmes éthiques spécifiques à la dépendance des parents qui caractérise l'enfance, le Département se dota d'une Commission d'éthique



L'équipe du Professeur Pierre Ferrier lors du centenaire de la Faculté de médecine en 1976

au milieu des années 70. Ce qui était nouveau à l'époque est que la Commission d'éthique demanda à une mère de famille qui n'était pas médecin d'en faire partie.

Au sein du Département de pédiatrie, la Division de génétique médicale, ancien Institut de génétique, s'est beaucoup développée, dirigée d'abord par David Klein puis par Eric Engel.

A part l'interdisciplinarité avec la chirurgie pédiatrique, ancrée dans le quotidien, d'autres nouvelles collaborations ont permis de mettre à disposition des patients des prestations spécialisées: avec le Pr. Willy Taillard et le Dr Edouard Grasset pour les enfants infirmes moteurs cérébraux, pour lesquels une structure intégrant école, soins médicaux, chirurgicaux, physiothérapie et ergothérapie a été créée au Centre de Rééducation de la Roseraie (CRER). Elle est placée sous la responsabilité du Service médico-pédagogique mais située dans une aile de l'Hôpital des enfants. Il y en a eu d'autres, avec les Professeurs Aloys Werner et Jean Berney pour la neurochirurgie, les Professeurs Hahn puis Faidutti pour la chirurgie cardio-vasculaire pour n'en nommer que les plus importantes. Une unité de soins intensifs médico-chirurgicale, gérée en commun d'abord avec l'anes-

thésiologie puis des unités d'anesthésiologie et de radiologie pédiatriques rattachées à leurs départements respectifs ont été créées.

Avec Pierre Ferrier comme éditeur, le «Précis de Pédiatrie», œuvre réunissant de nombreux auteurs de langue française, voit le jour; il est connu et utilisé dans toute la francophonie, réimprimé trois fois et, au départ à la retraite de Pierre Ferrier, Pierre Sizonenko reprend en mains les travaux menant à une nouvelle édition ensemble avec un collègue français, Claude Griscelli.

Parallèlement à tout cela, un changement important dans la pratique pédiatrique hospitalière a débuté: le passage des soins hospitaliers vers des soins ambulatoires, bien illustré par les chiffres que nous présentons plus haut. Comme conséquence, le taux d'occupation des lits diminue proportionnellement plus que la baisse de la natalité ne l'expliquerait, et une partie des soins antérieurement hospitaliers a été reprise par les pédiatres installés dans le canton et les environs. Le nombre de lits a pu être revu à la baisse et temporairement, la place ainsi gagnée a permis de loger les activités spécialisées et surtout leurs acteurs, les médecins spécialistes. Cette diminution des activités à la fin des



L'équipe des cadres du Département de pédiatrie en 2001, à l'occasion des 125 ans de la Faculté de médecine

années 70 et au début des années 80 n'était que passagère: quelques années plus tard, l'activité médicale recommençait à augmenter, et le manque de place se faisait sentir. Entre 1986 et 1988, une étude de planification pour l'extension de l'Hôpital des enfants a été entreprise sous la direction de Luc Paunier: plusieurs variantes prévues pour être réalisées sur le site de la Clinique infantile ont été éliminées les unes après les autres par les autorités hospitalières et politiques, qui subissaient une crise économique grandissante et avaient engagé des dépenses importantes pour d'autres constructions. Le beau projet a fini dans un tiroir.

En 1989, Pierre Ferrier a pris sa retraite, puis Luc Paunier et Pierre Sizonenko en 1997. Avec Albert Mégevand, ils ont été les piliers de la pédiatrie universitaire genevoise après Fred Bamatter. Avec leur départ à la retraite, une page de la pédiatrie s'est tournée. A leur époque, il avait encore été possible dans une certaine mesure de maîtriser la pédiatrie hospitalière universitaire dans sa globalité; après eux, le travail en équipe entre spécialistes est devenu une nécessité.

En 1990 et 1991, respectivement, les chaires de pédiatrie et de chirurgie pédiatrique ont été repourvues: Claude Le Coultre a succédé à Antoine Cuendet qui dans les années

prédécentes avait été doyen de la Faculté de médecine, moi-même à Pierre Ferrier. La Clinique infantile a changé de nom pour s'appeler «Hôpital des enfants». Encore soutenues pendant quelques années par Luc Paunier qui fut nommé vice-recteur et Pierre Sizonenko, nous avons mis en place progressivement une équipe de médecins pédiatres spécialisés et de chirurgiens pédiatriques, suivant ainsi le mouvement universel de la pédiatrie. Les collaborateurs ont tous été formés dans de grands centres universitaires ailleurs, comme de nombreux autres jeunes médecins du département. Ainsi cette ouverture sur le monde scientifique, sur l'extérieur que Pierre Ferrier a introduite est maintenue, même si aujourd'hui, les budgets pour les professeurs invités ont fondu. Progressivement des unités ou consultations spécialisées ont été créées et complètent celles qui existaient déjà; aujourd'hui, elles comptent: néphrologie et métabolisme, cardiologie, hémato-oncologie, gastro-entérologie, et pour la chirurgie et l'orthopédie pédiatriques, l'urologie, les malformations cranio-faciales, les brûlures, l'orthopédie. Parmi les consultations spécialisées, il y a la pneumologie, l'allergologie, la neuropédiatrie, les maladies infectieuses, la consultation pour les

adolescents.

Afin de concentrer les activités de médecine intensive dans un seul secteur, on a créé une Division de néonatalogie et de soins intensifs, elle est placée sous la responsabilité du Professeur Michel Berner. Une nouvelle unité, réunissant tous les nouveau-nés en bonne santé et ceux à risque pour un problème de développement, qu'il soit somatique ou psychosocial, l'unité de développement, prend entre autres en charge les mesures destinées à protéger les plus petits enfants contre la maltraitance et la négligence. Elle entretient une collaboration étroite avec la Fondation des services d'aide et de soins à domicile, les pédiatres installés et le Groupe de Protection de l'Enfant du Département de pédiatrie. Elle joue un rôle important dans la formation des futurs pédiatres. Tout récemment, une Division d'orthopédie pédiatrique est devenue le cinquième service du Département, avec la Clinique et Polyclinique de pédiatrie, la Clinique et Polyclinique de chirurgie pédiatrique, la Division de néonatalogie et de soins intensifs de pédiatrie, la Division de biologie de la croissance et de la reproduction qui s'appelle aujourd'hui Division d'endocrinologie et diabétologie pédiatriques. Une unité de pédopsychiatrie a été mise en place, consolidant la collaboration quotidienne entre pédiatres et psychiatres. Sa direction est assumée en commun entre psychiatres et pédiatres.

C'est grâce à l'approfondissement des connaissances dans les domaines spécialisés que de multiples activités pluridisciplinaires se sont développées. Pour ne mentionner que quelques-unes: la consultation pour les patients atteints de mucoviscidose, celle d'uro-néphrologie, qui collabore aussi avec l'obstétrique pour la détection de malformations des voies urinaires, une consultation commune d'échocardiographie entre cardiologues pédiatres et obstétriciens. Les consultations multidisciplinaires sont le fleuron de notre activité ambulatoire, elles doivent pouvoir être créées selon les besoins, les nouvelles possibilités de diagnostic et de traitement et pour répondre à de nouveaux problèmes de santé. Les consultations ambulatoires de ce type ont remplacé les hospitalisations de courte durée. Le programme de transplantation d'organes, surtout des transplantations hépatiques qui est le seul en Suisse pour les enfants, est une de ces activités obligatoirement multidisciplinaires pour lequel la collaboration avec la chirurgie de l'adulte est essentielle. De plus en plus d'axes de collaboration avec la médecine de l'adulte sont en place: maladies infectieuses, allergologie, pneumologie et bien

d'autres encore.

Les activités de recherche des médecins du Département ont fortement augmenté: développées pour la plupart en collaboration avec des groupes de chercheurs en médecine fondamentale ou en médecine interne, elles ont été facilitées par cette intégration dans des groupes plus importants en nombre. Un Centre de vaccinologie, centre collaborateur de l'OMS, dirigé par le Professeur Claire-Anne Siegrist, a vu le jour. Ses activités cliniques et de recherche se concentrent sur les aspects particuliers du développement du système immunitaire en bas âge et, plus concrètement, sur l'adaptation des vaccins à ces particularités. Grâce à une collaboration avec l'Office fédéral de la santé publique et d'autres médecins experts dans le domaine, un système d'information sur les vaccins «InfoVac» a été mis à disposition de tous les médecins suisses.

Les problèmes psychosociaux de plus en plus complexes à prendre en charge ont abouti à un travail en réseau avec d'autres services s'occupant d'enfants et d'adolescents dans le canton: le Service de santé de la jeunesse, le Service médico-pédagogique, celui du Tuteur général. Créé déjà par Pierre Ferrier, un groupe pluridisciplinaire appelé à l'époque CAN-team (pour Child Abuse and Neglect) est devenu le Groupe de Protection de l'Enfant. Comme dans tous les autres hôpitaux pour enfants en Suisse, ses activités augmentent d'une part parce qu'il y a une volonté accrue dans la société de ne plus tolérer les problèmes de maltraitance et de négligence à l'égard des enfants et d'autre part en raison d'un nombre croissant de problèmes rencontrés auprès des enfants en bas âge et autour de l'adolescence.

Les problèmes de maltraitance, de négligence et d'abus sexuel, les problèmes des adolescents, les problèmes liés à la vaccination, sont parmi les axes de collaboration développés avec ces services au cours de la dernière décennie. Ils font l'objet d'une convention de collaboration et à cet endroit, on doit brièvement revenir sur l'historique des services qui s'occupent d'enfants et d'adolescents, qu'ils soient en bonne santé ou malades. Les deux services dépendant de l'Office de la Jeunesse rattachés au Département de l'instruction publique, le Service de santé de la jeunesse et le Service médico-pédagogique ont été créés dans ce qu'on peut qualifier d'antagonisme ou d'hostilité face à ceux dépendant des Hôpitaux universitaires (voir chapitre 3, Joëlle Droux). On peut le comprendre, si l'on pense qu'à l'époque les préoccupations

Page de droite: En 2000, à l'Hôpital des enfants, mobilisation lors d'une urgence en pédiatrie



majeures des médecins universitaires étaient centrées sur le combat contre les problèmes de santé potentiellement mortels, celles des deux autres services sur l'amélioration de l'éducation à la santé et l'intégration scolaire. Aujourd'hui, beaucoup de préoccupations sont partagées: les interventions des hospitaliers à but préventif sont nombreuses et, d'autre part, des problèmes médicaux sérieux, comme celui de l'infection avec le virus de l'immunodéficience humaine qui lors de son apparition menaçait de poser des problèmes d'intégration scolaire des enfants touchés, font l'objet d'une collaboration entre pédiatres universitaires et médecins scolaires et d'un partage des connaissances. Cette collaboration fonctionne à l'heure actuelle dans le respect de l'autonomie de chacune des institutions qui, en dehors de cela, ont une mission principale qui leur est propre. Ce fonctionnement en réseau est la seule solution permettant de mettre les jeunes dans le canton de Genève au bénéfice de toutes les structures qui ont été créées pour eux et qui sont particulièrement bien développées comparé à d'autres cantons suisses. Dans ce sens, et vu l'importance croissante qu'on attribue à la prévention et à l'éducation à la santé dans la formation des jeunes médecins, les deux services (Service de santé de la jeunesse et Service médico-pédagogique) participent à l'enseignement aux étudiants en médecine dans le cadre de la réforme des études de médecine, projet majeur de la Faculté de médecine réalisé au cours de la dernière décennie.

Le Département de pédiatrie a pleinement adhéré aux grands principes de la réforme des études de médecine en adoptant le changement radical de la méthodologie d'enseignement qui la caractérise. Basé sur le principe de l'auto-apprentissage de l'étudiant et partant du problème de santé de l'enfant, les cours ex cathedra ont été largement abandonnés pour faire place à un travail en petits groupes. Très consommateur de temps pour les enseignants, cette forme d'enseignement est devenue incontournable dans le sens qu'elle permet à l'étudiant d'acquérir une méthode de travail qui lui sera nécessaire tout au long de sa carrière professionnelle. Les contenus de la formation des futurs pédiatres ont dû être adaptés non seulement au programme de la réforme des études mais aux exigences suisses et européennes, selon lesquelles le médecin doit acquérir les compétences en pédiatrie pour prendre en charge les principaux problèmes de santé des enfants à partir de leur naissance jusqu'à la fin de l'adolescence.

L'organisation de la médecine pour les enfants en Suisse confère aux hôpitaux universitaires pour enfants, où se concentrent toutes les spécialisations faisant partie de la

pédiatrie moderne, un rôle régional parfois même étendu à la Suisse pour certaines activités hautement spécialisées. Disponibles seulement dans les hôpitaux universitaires pour enfants en Suisse, elles permettent une concentration logique des compétences. Contrairement à la médecine adulte, les pédiatres installés sont dans la grande majorité des pédiatres généralistes. Cette organisation des soins, complétée d'un réseau assez dense d'unités hospitalières ou de services de pédiatrie générale, qui paraît logique aussi sur le plan économique, se heurte parfois aux frontières cantonales en matière d'assurance maladie. Heureusement, ces frontières n'existent pas pour ce qui est pris en charge par l'assurance invalidité qui a elle seule prend en charge un grand nombre de problèmes congénitaux. Si dans l'avenir, la Confédération et les cantons souhaitent réellement que les hôpitaux universitaires se partagent les activités de médecine de pointe, une solution à ce problème devra impérativement être trouvée.

### **Projet d'extension de l'Hôpital des enfants**

La crise économique qui a frappé durement le canton de Genève durant la dernière décennie n'a pas facilité la réalisation d'un projet d'extension, modifié selon les circonstances. Mais en 1991, un projet de loi présenté par le Conseiller d'Etat responsable du Département de la santé et de l'action sociale, Guy-Olivier Segond, a permis la planification au moins des travaux urgents. Placé sous le conseil médical de Claude Le Coultre et réalisé par le Bureau d'architecture Frey et Vuarraz sur mandat des autorités politiques et hospitalières, il prévoit la construction d'un nouveau centre d'urgences et d'un bloc opératoire, dont la vétusté était devenue préoccupante. Se sont rajoutées la radiologie dans le sous-sol, la rénovation du secteur ambulatoire, puis pour plus tard, la rénovation des unités d'hospitalisation et la construction d'un bâtiment abritant les locaux d'enseignement et administratifs. Le tout s'est construit comme un puzzle, progressivement et en étapes, mais le projet a beaucoup bénéficié de la réflexion conduite entre 1986 et 1988. L'adaptation des locaux à la présence des familles, l'agrandissement du secteur ambulatoire spécialisé ont nécessité un travail en équipe entre architectes et soignants pour contourner les nombreuses difficultés. Pourtant, une fois terminé, probablement autour de l'année 2005, les priorités auront pu être respectées. Le travail en étapes a permis d'ajuster le projet au fur et à mesure aux changements de la pratique de la médecine, ce qui n'a pas

été sans problèmes pour les architectes. L'argumentation avec les autorités hospitalières et politiques pour obtenir les adaptations nécessaires a pris du temps: les changements en cours de projet sont souvent mal ressentis. C'est pourtant indispensable, comme le démontre la planification de l'actuel bâtiment entre 1953 et 1961: les activités médicales et chirurgicales de 1961 n'avaient plus rien à voir avec ce qui avait été prévu. Les surfaces qui seront disponibles dans quatre ans ne seront pas supérieures à celles prévues en 1988, et l'avenir nous dira si les prévisions étaient justes. Avant 2005, la mise à disposition progressive de locaux terminés en étapes permettra d'alléger les difficultés de fonctionnement engendrées par l'inadaptation des surfaces actuelles aux activités.

Développer une médecine adaptée aux besoins de l'enfant d'aujourd'hui, à ceux de sa famille, acceptable pour la société dans le sens large du terme, qui puisse se pratiquer dans un lieu approprié et mettre tous les moyens d'une médecine moderne à disposition de nos patients, tel est le défi auquel nous sommes confrontés. Faire accepter l'idée que l'utilisation d'une technologie moderne n'empêche pas d'entourer les enfants de tout âge de l'affection et du soutien dont ils ont besoin et montrer combien l'utilisation de techniques modernes, comme celle de l'imagerie médicale, permet de préserver l'intégrité corporelle tout en arrivant à un diagnostic précis en fait partie. Favoriser aussi la recherche clinique dans le respect de principes d'éthique spécifiques à l'enfance et la recherche fondamentale, la collaboration avec la médecine adulte pour les adolescents, en intégrant les thématiques dans les priorités facultaires et hospitalières qui sont aussi les nôtres, tout en défendant les intérêts spécifiques de nos patients, se rajoutent aux objectifs. Le but principal que nous visons et que nous partageons avec tous les pédiatres travaillant en dehors des hôpitaux est de progresser vers une médecine qui permet à l'enfant et à l'adolescent atteints dans leur santé ou défavorisés par leur situation psychosociale de réaliser tout de même leur plein potentiel développemental, sur le plan somatique, psychique et social.



En 2000, en néonatalogie: soutien de respiration de l'enfant





## Evolution de la population de 0-16 ans dans le canton de Genève et activités du Département de pédiatrie HUG, Hôpital des enfants

### Evolution de la population pédiatrique (0-16 ans) dans le canton de Genève

Source: Office cantonal de la statistique

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
0-4 ans	19'816	20'812	21'837	22'518	23'035	23'436	23'236	22'984	22'719	22'931	23'089
5-9 ans	18'582	18'779	19'031	19'777	20'606	21'428	22'376	23'199	23'524	23'950	24'121
10-16 ans	28'165	28'052	27'969	28'048	28'116	28'088	27'965	28'066	28'411	29'431	30'417
<b>TOTAL</b>	<b>66'563</b>	<b>67'643</b>	<b>68'837</b>	<b>70'343</b>	<b>71'757</b>	<b>72'952</b>	<b>73'577</b>	<b>74'249</b>	<b>74'654</b>	<b>76'312</b>	<b>77'627</b>

#### Augmentation en % de 1990 à 2000:

0-4 ans	+ 16%
5-9 ans	+29.8%
10-16 ans	+ 7.9%
Total	+16.6%

### Quelques indicateurs d'hospitalisation du Département de pédiatrie

Source: Archimed

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Patients*	5'201	5'267	5'700	5'660	5'652	5'582	5'768	6'271	6'587	6'921	7'690 +47.8%
Entrées nettes**	6'076	6'536	6'665	6'682	6'624	6'552	6'775	7'514	8'027	8'505	9'740 +60.3%
Jours hosp.	44'250	49'175	48'666	48'509	47'799	48.111	47'917	50'869	50'243	52'536	54'664 +23.5%
Durée séjour	7.1	6.3	5.5	5.3	5.4	5.4	5.2	4.8	4.4	***5.1	5.1

\* Patients hospitalisés 1 fois ou plus dans l'année

\*\* Entrées nettes = entrées moins «sorties transfert»

\*\*\* Changement de la méthode de calcul (entrées semi-hosp. et hosp. ambulatoires ont été exclues)

### Quelques indicateurs ambulatoires du Département de pédiatrie

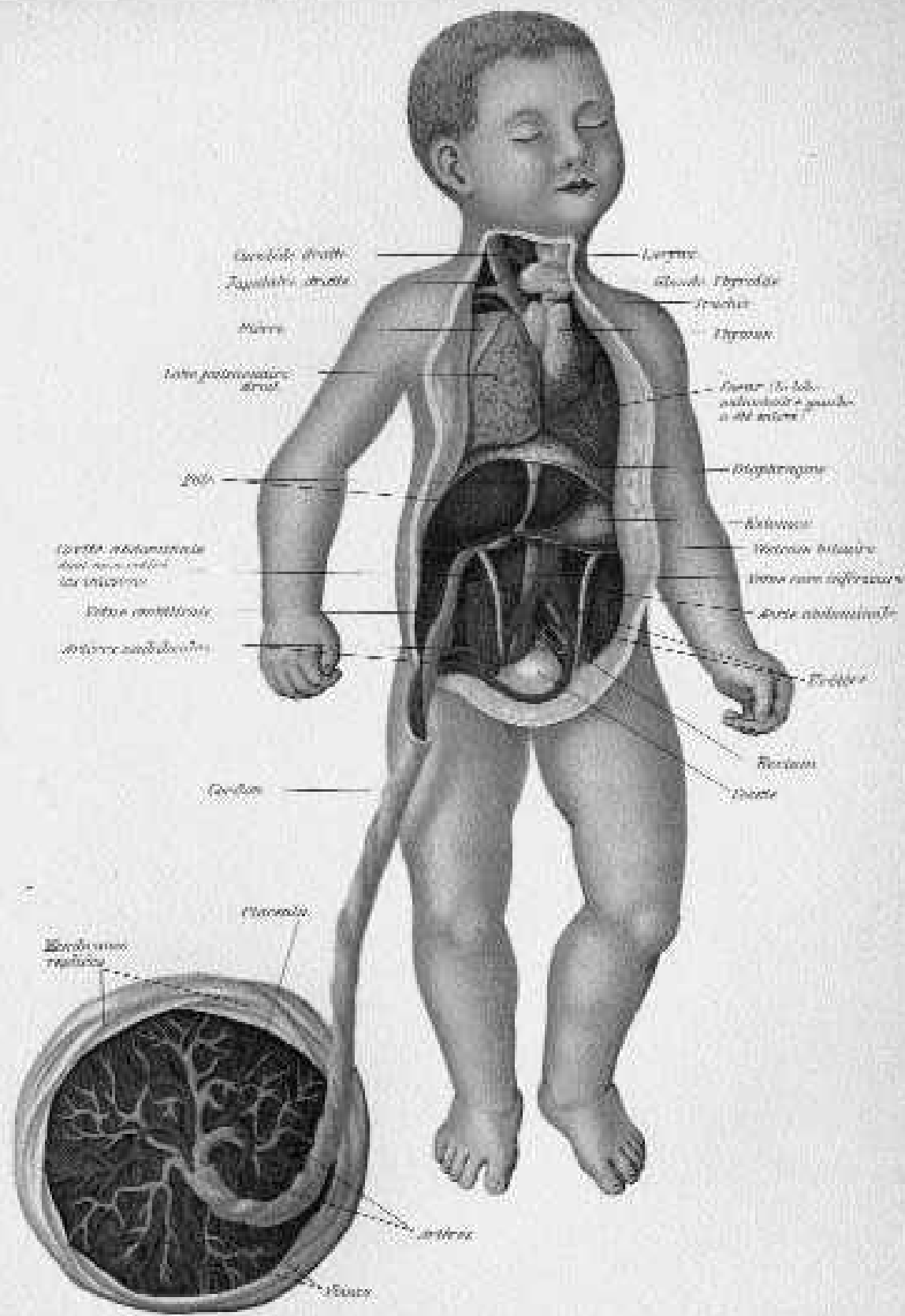
Source: Archimed

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Consultations*26'902	35'296	37'836	42'296	42'913	44'979	48'768	53'299	51'991	+93.2%
Urgences**	18'878	19'627	18'914	19'202	17'866	19'269	20'154	21'667	23'368 +23.87%
<b>TOTAL</b>	<b>45'781</b>	<b>54'923</b>	<b>56'750</b>	<b>61'498</b>	<b>60'779</b>	<b>64'248</b>	<b>68'922</b>	<b>74'966</b>	<b>75'359 +64.6%</b>

\* Consultations effectuées dans les bâtiments de pédiatrie

\*\* Entrées par l'UMCPED

Page de gauche: En 2000, à l'Hôpital des enfants, le sourire de l'infirmière cachant celui de l'enfant



- 67 F. Bamatter, «La place de la puériculture en pédiatrie moderne. Réflexions sur la collaboration dans la médecine du premier âge», *Médecine et Hygiène*, 1956 (leçon inaugurale prononcée le 28 novembre 1955 au grand amphithéâtre des nouvelles polycliniques universitaires de Genève).
- 68 Cité dans un article de *Pro Juventute*, 1923.

## **LA PÉDIATRIE UNIVERSITAIRE À GENÈVE, 1961-2001**

**Susanne Suter**

### **Sources**

Largo Remo H.: *Kinderjahre: die Individualität des Kindes als erzieherische Herausforderung*. - 3. Aufl. - München; Zurich: Piper, 1999

Hugger Paul (Hg.): *Kind sein in der Schweiz: eine Kulturgeschichte der frühen Jahre*. - Zurich: Offizin, 1998

Becchi Egle, Julia Dominique (dir.): *Histoire de l'enfance en Occident*. - Paris: Seuil, 1998 (2 vol.)

Documents conservés à l'Hôpital des enfants de Genève  
Statistiques Diogène, Hôpitaux universitaires de Genève