

**UNIVERSITE DE MONTREAL
FACULTE DE MEDECINE
PROGRAMME D'ETUDES MEDICALES DE PREMIER CYCLE
EXTERNAT I**

LE DOYEN: DOCTEUR JEAN L. ROULEAU
PORTE P-407, PAVILLON PRINCIPAL
UNIVERSITE DE MONTREAL
TEL.: 343-6351, FAX: 343-5850

LE VICE-DOYEN: DOCTEUR RAYMOND LALANDE
PORTE U-231, PAVILLON PRINCIPAL
TEL.: 343-6723, FAX: 343-6629

LA COORDONNATRICE DE L'EXTERNAT:
DOCTEUR ANDREE BOUCHER
PORTE U-221, PAVILLON PRINCIPAL
TEL.: 343-6808, FAX: 343-6629

LA SECRETAIRE DE L'EXTERNAT
MADAME RACHEL GAGNON
PORTE U-221, PAVILLON PRINCIPAL
TEL.: 343-6808, FAX: 343-6629

SITE INTERNET: <http://www-1ercycle.med.umontreal.ca/>

ADRESSE: C.P. 6128, SUCCURSALE CENTRE-VILLE
MONTREAL
QUEBEC
H3C 3J7

TABLE DES MATIÈRES

| | PAGES |
|---|--------------|
| ORGANIGRAMME DE L'EXTERNAT ----- | 3 |
| L'APPRENTISSAGE AU RAISONNEMENT CLINIQUE (ARC) ----- | 4 |
| LA GARDE ----- | 6 |
| LES ABSENCES ----- | 7 |
| NORMES DE COMPORTEMENTMN ----- | 8 |
| L'EVALUATION ----- | 9 |
| CALENDRIER DE L'EXTERNAT ----- | 10 |
| PROGRAMME DE L' EXTERNAT ----- | 11 |
| RESPONSABLES DU STAGES DE L'EXTERNAT EN PEDIATRIE ----- | 12 |
| OBJECTIFS DU STAGE D'EXTERNAT EN PEDIATRIE ----- | 13 |

ORGANIGRAMME DE L'EXTERNAT

Les responsables du programme de l'externat sont:

1. **le vice-doyen**, qui assume la direction de l'ensemble des études médicales de premier cycle ;
2. **le coordonnateur de l'externat**, qui coordonne l'ensemble des deux années d'externat sous l'autorité du vice-doyen. Il préside les réunions du Comité de coordination de l'externat formé de tous les responsables des programmes disciplinaires de l'externat et de représentants des externes. Ce Comité assiste le coordonnateur ;
3. **le responsable de l'externat dans chaque discipline**, qui coordonne les activités de l'externat dans sa discipline. Il y a un responsable pour chacune des disciplines suivantes:

Externat I:

- Chirurgie
- Médecine
- obstétrique-gynécologie
- pédiatrie
- psychiatrie
- médecine familiale

Externat II:

- anesthésie-réanimation
- ophtalmologie
- radiologie
- gériatrie
- médecine communautaire

4. **le responsable de stage**, qui coordonne les activités de l'externat dans sa discipline et dans un milieu de stage donné (hôpital ou CLSC).

De plus, il y a dans chaque hôpital universitaire un **directeur l'enseignement** qui voit au bon fonctionnement de l'ensemble des activités d'enseignement dans son hôpital. Au besoin, il collabore avec les divers responsables de l'externat de son hôpital.

On trouvera au début des chapitres consacrés à chaque discipline la liste des milieux de stage ainsi que les noms des directeurs de l'enseignement et des divers responsables de l'externat.

L'APPRENTISSAGE AU RAISONNEMENT CLINIQUE (ARC)

1. Caractéristiques générales

L'ARC est une méthode d'apprentissage **active**, en **petit groupe**, centrée sur un **problème clinique**, qui s'apparente par certains aspects à l'**APP** que vous avez connu dans les années précliniques. Vous êtes maintenant arrivés à l'externat: les étapes **sélection d'une hypothèse de travail** (diagnostic) et **plan d'investigation et de traitement** prendront plus d'importance que dans l'APP.

Comme l'APP, l'ARC résulte de recherches faites en pédagogie médicale. On a développé cette méthode après avoir observé le processus mental qui permet aux cliniciens expérimentés de conduire le questionnaire du malade, de formuler des hypothèses, de retenir l'hypothèse la plus utile et d'amorcer le plan d'investigation et de traitement. L'élément le plus marquant de ce processus est la **génération précoce d'une ou de plusieurs hypothèses**, dès le tout début du contact avec le malade. Il est important que vous arriviez à vous familiariser avec ce processus et à le maîtriser: il deviendra la méthode de travail que vous utiliserez avec profit tout au long de votre carrière clinique. Vous aurez alors, comme le disait Montaigne, "la tête bien faite", plutôt que la tête bien pleine.

Comme dans l'APP, un professeur est présent et joue le rôle de **tuteur**. Il peut faciliter le fonctionnement du groupe, il peut agir comme expert de contenu, mais il n'est pas là pour donner l'enseignement. Les principaux acteurs de l'ARC sont les externes.

Dans le nouveau programme d'études médicales, l'ARC remplace la majorité des cours qui se donnaient à l'externat, il devient la méthode d'apprentissage privilégiée.

2. Les participants

- un professeur-clinicien, qui joue le rôle de **moniteur** pour lequel il a reçu une formation ad hoc
- un groupe d'environ six externes, dont l'un est le **dispensateur de données** et les autres sont les **interviewers**.

3. Les séances d'ARC

Chaque séance porte sur un **problème clinique** important. L'ensemble des problèmes cliniques traités durant les séances d'ARC constituent la **base** des apprentissages du stage. Les problèmes cliniques ont été choisis par le Comité de l'externat de la discipline concernée. Ils sont les mêmes d'un milieu de stage à l'autre et d'une période à l'autre. **Les séances ont lieu selon un horaire et dans des locaux prédéterminés. La présence aux séances est obligatoire.**

La méthode de l'ARC

Les grandes étapes de l'apprentissage au raisonnement clinique sont:

1. l'acquisition d'information initiale
2. la génération précoce d'hypothèses
3. la collecte de données orientée par les hypothèses initialement générées
4. l'évaluation des hypothèses à la lumière des données recueillies
5. la collecte de données non-orientée: mise en évidence d'autres données importantes
6. le choix des tests de laboratoire pour préciser le diagnostic
7. la sélection d'une hypothèse de travail (diagnostic) provisoire ou définitive
8. la mise en place d'un plan d'investigation et de traitement
9. la synthèse du travail accompli et identification des lectures nécessaires à une meilleure maîtrise du problème présenté

4. Rôle de l'externe dispensateur de données

1. il communique au groupe l'**information initiale** (par ex. la raison de consultation du malade)
2. il communique les **données** de l'étape 3, en réponse aux questions pertinentes de ses collègues
3. il fait de même, ultérieurement, pour les **données** de l'étape 5
4. il communique, s'il y a lieu, les résultats des **tests de laboratoire** choisis à l'étape 6

5. Rôle des interviewers

1. ils émettent une **hypothèse de travail** (étape 2) dès la réception de l'**information initiale**
2. ils posent des **questions** (recherche de données additionnelles) et ils choisissent des tests de laboratoire appropriés en tenant compte de l'hypothèse de travail: ceci signifie que chaque question et chaque choix doivent se justifier en fonction de cette hypothèse; les questions "au hasard" ne sont pas pertinentes (étape 3)
3. ils révisent l'hypothèse en fonction de l'information obtenue (étape 4)
4. ils émettent, s'il y a lieu, une nouvelle **hypothèse de travail** (étape 7)
5. en fonction de la nouvelle hypothèse, ils élaborent un plan d'investigation plus poussée et un plan de traitement (étape 8)
6. la **collecte de données non-orientée** (étape 5 de l'ARC) consiste à vérifier si la patient ne présente pas d'autres problèmes importants; il s'agit ici de réviser les autres systèmes, comme on doit le faire dans une histoire de cas complète.

LA GARDE

Contexte général

La garde constitue pour l'externe une modalité d'apprentissage irremplaçable. Elle aide à développer les compétences cliniques, en particulier la prise de décisions, la reconnaissance de l'urgence d'une situation et le sens des responsabilités.

Par sa participation à la garde, il se peut que l'externe soit appelé à rendre service aux médecins du service ou du département: ceci est dans l'ordre des choses. En retour, les médecins doivent faire en sorte que la garde soit toujours une occasion d'apprentissage pour l'externe.

La garde est obligatoire, sauf s'il est clairement établi qu'elle ne l'est pas. Une absence non motivée à une garde peut être considérée comme un manquement grave au sens des responsabilités.

Modalités

En début de stage, le responsable du stage explique aux externes les modalités de la garde dans sa discipline et dans son hôpital.

Hôpital Ste-Justine (CHUME)

Les gardes sont à une fréquence maximale de 11 gardes au total et de 3 gardes de fin de semaine pour une période de 8 semaines.

À l'étage, les gardes sont de 17h00 à 23h00 en semaine et de 8h30 à 23h00 les fins de semaine.

À l'urgence, les gardes sont de 17h00 à 23h00 en semaine et de 8h00 à 16h00 ou de 16h00 à 23h00 les fins de semaine.

Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Il y aura un maximum de 5 gardes au total par 8 semaines, dont l'horaire sera de 17h00 à 23h00 et exceptionnellement quelques gardes à l'urgence.

On débute les gardes à l'urgence.

Encadrement

L'externe de garde agit sous la responsabilité médicale du médecin de garde. Il doit pouvoir compter en tout temps sur la disponibilité du médecin ou du résident de garde.

Le travail de l'externe est vérifié par le médecin ou le résident de garde.

LES ABSENCES

Toute absence à un stage doit être motivée dans le plus bref délai auprès du responsable du stage. Toute absence de plus d'une journée doit être motivée par écrit, dans les huit jours qui suivent, auprès du doyen.

Toute absence à une garde lors d'un stage doit être motivée dans le plus bref délai auprès du responsable du stage.

Des absences répétées peuvent faire perdre à l'étudiant le droit de se présenter aux examens finals ou invalider son stage. La décision est prise par le doyen.

(Règlement pédagogique de la Faculté, article 6.2, par. c, d et e)

Lorsque l'externe a été absent pour des motifs valables durant moins de vingt pour cent du stage, il appartient au responsable du stage de déterminer si, en dépit de l'absence, les objectifs pédagogiques ont été atteints avec succès. Un stage peut être déclaré non valide si l'externe n'a pas complété au moins quatre-vingt pour cent du stage ou s'il n'a pas atteint les objectifs du stage. La décision est prise par le vice-doyen.

LES NORMES DE COMPORTEMENT

Le doyen et l'établissement auquel l'étudiant est affecté sont responsables de voir à ce que des mesures appropriées soient prises contre tout étudiant dont la présence dans le milieu serait préjudiciable aux bénéficiaires en conformité aux règlements en vigueur dans chaque établissement.

(Règlement pédagogique de la Faculté, art. 7.4, 2e par.)

Les externes sont invités à lire et à respecter:

1. le Code de déontologie du Collège des médecins du Québec;
2. le Règlement disciplinaire de l'Université concernant les membres du personnel enseignant et les étudiants;
3. le Règlement disciplinaire de l'Université concernant le plagiat.
4. la Politique contre le harcèlement sexuel.

On peut se procurer des copies de ces textes à l'**ACCUEIL** des études médicales de premier cycle, porte U-221, pavillon principal de l'Université.

L'ÉVALUATION

Évaluation des apprentissages

1. **Évaluation formative:** à mi-stage, le responsable procède à une évaluation formative qui permet à l'externe de connaître ses points forts, ses points faibles, son rythme de progression ainsi que, s'il y a lieu, les modifications qu'il doit apporter en vue de réussir son stage.
2. **Évaluation sanctionnelle:** elle est constituée principalement de:
 - * **l'évaluation du travail de l'externe:** elle est faite au moyen d'une grille d'évaluation et selon des critères qui correspondent aux cinq compétences fondamentales; une note d'échec entraîne un échec du stage
 - * **l'examen de fin de stage,** qui est un examen standardisé et qui peut comporter une ou plusieurs modalités d'évaluation; l'externe qui échoue à l'examen doit subir un examen de reprise
3. Les **stages à option** sont évalués selon les mentions **succès** ou **échec**.

Normes de succès à l'externat

Le stage est réussi si l'externe:

- * obtient au moins la note de passage dans chacune des deux principales composantes de l'évaluation de fin de stage
- * obtient au moins la note **D** comme résultat global du stage.

Pour réussir l'année, l'externe doit réussir chacun des stages et obtenir au moins C comme moyenne cumulative.

Évaluation des enseignements et des enseignants

La Faculté attache beaucoup d'importance à cette évaluation, qui repose en partie sur la collaboration et le jugement des étudiants et des externes.

A la fin de chacun des stages, les externes sont invités à répondre à deux questionnaires qui portent sur la qualité des enseignements et sur le rôle joué par les professeurs.

CALENDRIER UNIVERSITAIRE DE L'EXTERNAT 2002-2003

**EXTERNAT (85 SEMAINES) INCLUANT 5 SEMAINES DE
VACANCES**

BLOC A

PERIODE 1 : 18 AOUT AU 14 SEPTEMBRE 2003
PERIODE 2 : 15 SEPTEMBRE AU 12 OCTOBRE 2003
PERIODE 3 : 13 OCTOBRE AU 09 NOVEMBRE 2003
PERIODE 4 : 10 NOVEMBRE AU 7 DECEMBRE 2003
PERIODE 5 : 08 DECEMBRE AU 11 JANVIER 2004 (INCLUANT 1 SEMAINE DE VACANCES)
PERIODE 6 : 12 JANVIER AU 08 FEVRIER 2004
PERIODE 7 : 09 FEVRIER AU 07 MARS 2004
PERIODE 8 : 08 MARS AU 04 AVRIL 2004
PERIODE 9 : 05 AVRIL AU 02 MAI 2004
PERIODE 10 : 03 MAI AU 30 MAI 2004
PERIODE 11 : 31 MAI AU 27 JUIN 2004
PERIODE 12 : 28 JUIN AU 25 JUILLET 2004

VACANCES : 26 JUILLET AU 15 AOUT 2004 (3 SEMAINES DE VACANCES)

BLOC B

PERIODE 13 : 16 AOUT AU 12 SEPTEMBRE 2004
PERIODE 14 : 13 SEPTEMBRE AU 10 OCTOBRE 2004
PERIODE 15 : 11 OCTOBRE AU 07 NOVEMBRE 2004
PERIODE 16 : 08 NOVEMBRE AU 05 DECEMBRE 2004
PERIODE 17 : 06 DECEMBRE AU 09 JANVIER 2005 (INCLUANT 1 SEMAINE DE VACANCES)
PERIODE 18 : 10 JANVIER AU 06 FEVRIER 2005
PERIODE 19 : 07 FEVRIER AU 06 MARS 2005
PERIODE 20 : 07 MARS AU 02 AVRIL 2005

COURS PREPARATOIRES A L'EXTERNAT : (18 & 19 AOUT 2003 ET 16 ET 17 AOUT 2004)

*LES EXTERNES DES DEUX ANNEES ONT DROIT A 7 JOURS CONSECUTIFS DE CONGE A LA PERIODE DES FETES. A
CETTE FIN, LES PERIODES 5 ET 17 COMPORTENT UNE SEMAINE DE PLUS.*

CONGE DE PAQUES (DU 8 AU 12 AVRIL 2004 INCLUSIVEMENT)

PROGRAMME DE L'EXTERNAT

| | | |
|---|---|--------|
| MMD 3301 Stage de médecine * | | 8 cr. |
| MMD 3302 Stage de chirurgie * | > | 8 cr. |
| MMD 4409 Stage d'Anesthésie-réanimation | > | 2 cr. |
| MMD 3303 Stage de pédiatrie | | 8 cr. |
| MMD 3304 Stage d'obstétrique gynécologie | | 8 cr. |
| MMD 3305 Stage de psychiatrie | | 8 cr. |
| MMD 3306 Stage de médecine familiale | | 4 cr. |
| MMD 4407 Stage de Gériatrie | | 4 cr. |
| MMD 4411 Stage de médecine communautaire | | 4 cr. |
| MMD 4413 Stage d'urgence | | 4 cr. |
| MMD 4414 Stage des soins ambulatoires> | | 4 cr. |
| MMD 4408 Stage de Radiologie | > | 4 cr. |
| MMD 4410 Stage d'Ophtalmologie | > | 2 cr. |
| MMD 3411 et suivants: Stages à option | | 16 cr. |
| MMD 4415 Pharmacothérapie | | 3 cr. |
| MMD 4420 Complément de formation aux stages cliniques | | 1 cr. |

L'Externat totalise 88 crédits.

La période-étalon est de 4 semaines. Pour certains stages on devra compiler 2 périodes.

Les stages de chirurgie et anesthésie-réanimation se déroulent concomitamment sur 8 semaines.

Les stages de radiologie, ophtalmologie et soins ambulatoires se déroulent concomitamment sur 8 semaines.

Les stages de médecine et de chirurgie/anesthésie-réanimation se font dans le bloc A.

Les stages de médecine communautaire et d'urgence se font dans le bloc B.

** Jumelage des stages Chirurgie/Médecine ; ces deux stages se font un à la suite de l'autre ; des activités conjointes sont prévues : cours de Pharmacologie et séances de Séméiologie.*

Dans le Répertoire des stages à option, on pourra lire les règles à suivre concernant le choix d'un stage à option et on trouvera une description de tous les stages à option offerts dans les établissements affiliés à notre Faculté.

RESPONSABLES DU STAGE DE L'EXTERNAT EN PÉDIATRIE

| | | |
|----------------------------------|------------------|---------------|
| Directeur du département | Fernando Alvarez | 345-4673 |
| Responsable de l'externat | Phuong Nguyen | 345-4931/6213 |

MILIEUX DE STAGE

HÔP. MAISONNEUVE-ROSEMONT

| | | |
|---------------------------------|-------------------|----------|
| Coordonnateur de l'enseignement | Jacques Bernier | 252-3492 |
| Chef du département | Jacques Saintonge | 252-3807 |
| Responsable du stage | Charles Hamaoui | 252-3807 |

HÔPITAL STE-JUSTINE

| | | |
|-----------------------------|--------------------------|---------------|
| Directeur de l'enseignement | Marc Girard | 345-4673 |
| Chef du département | Marie Gauthier-Chouinard | 345-4673 |
| Responsable du stage | Phuong Nguyen | 345-4931/6213 |

**OBJECTIFS DU STAGE DE L'EXTERNAT
EN PEDIATRIE
MMD 3303**

Objectifs généraux

À l'issue de son stage de pédiatrie, l'étudiant est capable:

- d'approcher les enfants de tous les âges et les adolescents avec empathie et avec une préoccupation globale pour leur bien-être physique, mental et social;
- de donner aux parents des enfants de tous les âges, ainsi qu'aux adolescents, les conseils préventifs requis (accidents, caries dentaires, grossesse, maladies sexuellement transmissibles, nutrition, vaccins, etc.);
- d'effectuer une anamnèse et un examen adéquats chez un nouveau-né, un nourrisson, un enfant d'âge préscolaire, un enfant d'âge scolaire ou un adolescent, qu'il s'agisse d'une consultation médicale périodique ou d'un problème de santé aigu ou persistant;
- de décrire dans leurs grandes lignes la croissance physique, le développement psychomoteur et le développement pubertaire normaux et d'en reconnaître les perturbations;

Objectifs spécifiques

N.B.:

- ces objectifs sont inspirés en partie des Objectifs d'évaluation de l'examen d'aptitude du Conseil Médical du Canada;
- même si les examens de fin de stage ne s'en écartent pas, ils ne convient pas de les considérer comme limitatifs : ils ne devraient pas freiner la curiosité vis-à-vis des autres problèmes pédiatriques.

Le nouveau-né (de la naissance à 1 mois)

- Objectif 1 Évaluation et soins du nouveau-né normal
- Objectif 2 Cyanose néonatale
- Objectif 3 Détresse respiratoire chez le nouveau-né
- Objectif 4 Fièvre pendant le premier mois de vie
- Objectif 5 Ictère pendant la première semaine de vie
- Objectif 6 Ictère à l'âge de trois semaines
- Objectif 7 Prématurité
- Objectif 8 Retard de croissance intra-utérine
- Objectif 9 Syndrome de Down

Le nourrisson (1 mois à 1 an)

- Objectif 10 Consultation médicale périodique à l'âge de deux mois
- Objectif 11 Nutrition
- Objectif 12 Vaccinations
- Objectif 13 Convulsions
- Objectif 14 Détresse respiratoire avec *wheezing*
- Objectif 15 Mucoviscidose (fibrose kystique)
- Objectif 16 Infection urinaire
- Objectif 17 "Coliques" et pleurs excessifs
- Objectif 18 Retard pondéral chez le nouveau-né et le nourrisson
- Objectif 19 Malaises graves du nourrisson (apnées, mort subite et autres)
- Objectif 20 Syndrome de l'enfant maltraité
- Objectif 21 Vomissements
- Objectif 22 Retard global du développement psychomoteur

L'enfant d'âge préscolaire (1 à 5 ans)

- Objectif 23 Masse cervicale
- Objectif 24 Anémie
- Objectif 25 Constipation
- Objectif 26 Diarrhée chronique et malabsorption
- Objectif 27 Diarrhée aiguë (gastro-entérite), déshydratation, perturbations acido-basiques et électrolytiques
- Objectif 28 Fièvre, hyperthermie
- Objectif 29 Fièvre et boiterie
- Objectif 30 Fièvre et éruption
- Objectif 31 Fièvre, rhinorrhée et toux
- Objectif 32 Hypertrophie des amygdales et des végétations adénoïdes
- Objectif 33 Intoxications accidentelles et volontaires
- Objectif 34 Méningite bactérienne
- Objectif 35 Obstruction aiguë des voies respiratoires supérieures
- Objectif 36 Otite moyenne aiguë
- Objectif 37 Retard de langage isolé
- Objectif 38 Puberté précoce
- Objectif 39 Toux chronique

L'enfant d'âge scolaire ("âge de latence": 5 à 12 ans)

- Objectif 40 Asthme

- Objectif 41 Diabète de type I
- Objectif 42 Douleur abdominale récidivante
- Objectif 43 Douleur récidivante aux jambes
- Objectif 44 Énurésie
- Objectif 45 Petite taille
- Objectif 46 Pharyngite (amygdalite)
- Objectif 47 Pneumonie

L'adolescent (12 à 18 ans)

- Objectif 48 Consultation médicale périodique au cours de l'adolescence
- Objectif 49 Acné
- Objectif 50 Anorexie mentale
- Objectif 51 Obésité
- Objectif 52 Retard pubertaire

Justification

L'examen initial du nouveau-né a pour buts de vérifier si la transition de la vie intra-utérine à la vie extra-utérine se déroule de façon harmonieuse et de s'assurer que l'enfant est exempt de malformation congénitale. Il permet de rassurer les parents quant à la normalité de leur enfant. Certaines mesures de dépistage ou de prévention doivent en outre être prises chez tout nouveau-né.

Situation clinique

Nadia vient de naître. Les parents vous demandent si elle est normale.

Sous-objectifs

L'étudiant est capable:

1. d'expliquer les adaptations physiologiques qui surviennent à la naissance et pendant la période néonatale;
2. de déterminer le score d'Apgar et d'en expliquer la signification;
3. de décrire les principales manœuvres de réanimation ainsi que leurs indications;
4. d'examiner adéquatement le nouveau-né. Il s'assure notamment du fonctionnement normal des systèmes respiratoire et circulatoire et recherche, entre autres, une cataracte, une fente palatine, une luxation congénitale de la hanche, une imperforation anale et une coarctation de l'aorte;
5. de déterminer l'âge gestationnel;
6. d'expliquer les mesures préventives systématiques en relation avec l'ophtalmie gonococcique et la maladie hémorragique du nouveau-né;
7. de donner aux parents des conseils adéquats quant aux sujets suivants : position pendant le sommeil, allaitement ou alimentation artificielle, vitamine D, sécurité en automobile, cordon ombilical, bains, sorties et calendrier des consultations médicales périodiques;
8. d'énumérer les maladies qui sont dépistées de façon systématique par le réseau provincial;

Justification

Habituellement, la cyanose signale l'existence d'une maladie grave dont l'évaluation et le traitement doivent être entrepris sans retard.

Situation clinique

Bruno est né il y a deux heures; il est cyanosé.

SOUS-OBJECTIFS

L'étudiant est capable:

1. de reconnaître la cyanose;
2. d'en énumérer les principales causes;
3. de recueillir et d'interpréter les symptômes et les signes permettant d'élaborer une ou plusieurs hypothèses diagnostiques;
4. de sélectionner et d'interpréter les examens complémentaires nécessaires au diagnostic;
5. d'expliquer comment l'administration d'oxygène à 100 % peut contribuer au diagnostic différentiel;
6. d'expliquer ce qu'il faut faire immédiatement en cas de cyanose néonatale;
7. de discuter des indications d'une consultation spécialisée.

Justification

La détresse respiratoire est un problème fréquent en néonatalogie. Une intervention immédiate est nécessaire.

Situation clinique

Philippe est né par césarienne il y a 2 heures, à 36 semaines de gestation. Il présente du tirage et une polypnée à 80 par minute.

SOUS-OBJECTIFS

L'étudiant est capable:

1. de reconnaître la détresse respiratoire;
2. d'évaluer rapidement cette situation;
3. de décrire les premiers gestes de la réanimation;
4. d'énumérer les principales entités causales et leurs principaux signes;
5. de décrire succinctement le traitement de ces entités;
6. de discuter des indications d'une consultation spécialisée.

Justification

Chez le nouveau-né, certains mécanismes immunitaires sont encore immatures. Même si elle peut être due à une infection virale banale, la fièvre est un signal d'alarme important. Par ailleurs, en cas d'infection grave (exemple : méningite), les signes habituels (exemple : raideur de nuque) peuvent être absents.

Situation clinique

François, un nouveau-né âgé de 10 jours, est amené à la salle d'urgence parce qu'il a de la fièvre et refuse de boire depuis une dizaine d'heures. Sa température est à 39 degrés Celsius. Il est irritable à certains moments, somnolent à d'autres. Sa fontanelle antérieure n'est pas bombée. Le reste de l'examen est normal.

Sous-objectifs

L'étudiant est capable:

1. de reconnaître la possibilité d'une infection grave;
2. de décrire les éléments d'un bilan septique complet;
3. d'interpréter l'hémogramme (formule sanguine);
4. d'interpréter le sédiment urinaire;
5. d'interpréter l'examen du liquide céphalorachidien;
6. de décider, selon la présence ou l'absence de signes respiratoires, si une radiographie des poumons est indiquée et, le cas échéant, d'interpréter celle-ci;
7. d'expliquer pourquoi une hospitalisation est habituellement indiquée;
8. de prescrire une antibiothérapie empirique adéquate en attendant le résultat des cultures;
9. d'expliquer ce qu'il ferait ensuite, selon que les cultures bactériennes se révèlent négatives ou positives.

Objectif 5**Ictère pendant la première semaine de vie**Justification

Au cours de la première semaine de vie, un ictère survient chez 60% des nouveau-nés à terme et chez plus de 80% des prématurés. Il s'agit souvent d'un ictère physiologique mais, dans quelques cas, l'hyperbilirubinémie signale une maladie grave. Il convient de reconnaître les indications d'examens complémentaires et de traitement spécifique.

Situations cliniques

1. Martin, un nouveau né à terme, est ictérique à 12 heures de vie.
2. Philippe, un nouveau-né à terme, a une bilirubine totale à 250 mmol/L à 42 heures de vie.
3. Isabelle, une prématurée de 32 semaines, est ictérique à 48 heures de vie.

Sous-objectifs

L'étudiant est capable:

1. de discuter du diagnostic différentiel d'un ictère survenant chez le nouveau-né à terme ou le prématuré, qu'il apparaisse pendant les 24 premières heures ou plus tard. Il s'agit notamment de distinguer un ictère physiologique d'un ictère pathologique et un ictère indirect d'un ictère cholestatique. Il s'agit aussi de distinguer un ictère au lait maternel vrai d'un ictère par insuffisance de lait maternel.
2. d'énumérer les examens complémentaires pouvant être nécessaires selon les circonstances;
3. de décrire les complications possibles de l'hyperbilirubinémie;
4. de décrire le traitement de l'hyperbilirubinémie et ses indications.

Objectif 6**Ictère à l'âge de trois semaines**Justification

Pendant les premières semaines de vie, un ictère peut être une simple variante de la normale ou, au contraire, être l'expression d'une maladie grave pouvant nécessiter un traitement précoce et spécifique.

Situation clinique

Sébastien est âgé de trois semaines. Il vient pour sa première consultation médicale périodique. Il est ictérique.

Sous-objectifs

L'étudiant est capable:

1. de recueillir et d'interpréter les éléments pertinents de l'anamnèse;
2. de rechercher et d'interpréter les signes significatifs;
3. de différencier, à l'aide d'un petit nombre d'examen complémentaires, un ictère indirect ou non conjugué d'un ictère à composante directe ou conjugué (cholestase);
4. de discuter du diagnostic différentiel de l'hyperbilirubinémie indirecte;
5. de discuter du diagnostic différentiel de l'hyperbilirubinémie à composante directe (cholestase);
6. de reconnaître la nécessité d'une consultation spécialisée urgente en cas de cholestase;
7. de discuter de l'indication d'un traitement chirurgical en cas d'ictère obstructif et de décrire sommairement ce traitement.

Justification

Environ 7 % des enfants naissent avant 37 semaines de gestation. La limite de viabilité des prématurés étant maintenant repoussée à 24 semaines, bon nombre d'enfants sont des anciens prématurés. Pendant la période néonatale, les soins au prématuré appartiennent au domaine de la surspécialité. Par contre, il convient que le médecin de famille et le pédiatre se familiarisent avec les différents problèmes que les enfants nés avant terme peuvent présenter après leur sortie de l'hôpital.

Situation clinique

Jacques est né à 30 semaines de gestation. Il est demeuré à l'hôpital pendant six semaines. Sa mère vous l'amène à l'âge de deux mois pour une première consultation médicale périodique.

Sous-objectifs

L'étudiant est capable:

1. de définir la prématurité;
2. de décrire les répercussions psycho-affectives d'une naissance prématurée sur la famille;
3. d'explorer par l'anamnèse le déroulement de la période néonatale;
4. de corriger les paramètres de la croissance physique en fonction de l'âge gestationnel;
5. d'interpréter le développement psychomoteur en fonction de l'âge gestationnel;
6. de décrire sommairement les principales complications de la prématurité, à court, à moyen et à long terme;
7. numérer les examens complémentaires et les épreuves de dépistage pouvant être utiles au cours du suivi d'un ancien prématuré;
8. d'éviter de retarder les vaccinations.

Justification

Parmi les nouveau-nés de petit poids, il est important de distinguer ceux qui ont un retard de croissance intra-utérine (RCIU) des prématurés. En effet, bien qu'il existe un certain chevauchement, les causes et les complications peuvent différer.

Situation clinique

Sacha, un nouveau-né à terme, pèse 1 940 g.

Sous-objectifs

L'étudiant est capable:

1. de définir le RCIU;
2. de décrire les deux types de RCIU;
3. de citer les principales étiologies de ces deux types;
4. d'en citer les principales conséquences;
5. d'expliquer l'approche particulière de l'enfant présentant un RCIU pendant la période néonatale;
6. de décrire les répercussions à long terme du RCIU sur la santé générale, la croissance physique et le développement psychomoteur.

Justification

Le syndrome de Down constitue un exemple commun de handicaps multiples. L'enfant atteint et sa famille ont besoin d'une approche particulière.

Situation clinique

Pierre, un nouveau-né à terme, est hypotonique. Il présente une dysmorphie faciale suggestive d'un syndrome de Down. Vous notez aussi un souffle cardiaque et des plis palmaires transverses.

Sous-objectifs

L'étudiant est capable:

1. de reconnaître le syndrome de Down;
2. de décrire sommairement l'épidémiologie et l'étiologie de ce syndrome;
3. d'expliquer sur quels éléments repose le diagnostic prénatal;
4. de décrire les principales anomalies congénitales possibles;
5. de citer les différents problèmes qui peuvent se présenter au cours de l'enfance et à l'âge adulte;
6. d'annoncer le diagnostic aux parents avec clarté et empathie;
7. de prescrire les examens complémentaires et consultations spécialisées pouvant être indiqués;
8. de décrire les répercussions psycho-affectives et sociales de ce syndrome sur la famille;
9. de décrire dans leurs grandes lignes le suivi médical et le soutien à la famille;
10. de donner le conseil génétique qui s'impose.

Justification

Les consultations médicales périodiques sont importantes, surtout pendant les premières années de vie, notamment parce qu'elles permettent de surveiller le déroulement harmonieux de la croissance physique et du développement psychomoteur. Elles représentent aussi une occasion privilégiée pour vacciner et donner divers conseils préventifs.

Situation clinique

Caroline, une fillette âgée de deux mois vient à votre bureau pour sa première consultation médicale périodique.

Sous-objectifs

L'étudiant est capable:

1. d'explorer par l'anamnèse les antécédents périnataux et postnataux, ainsi que l'état de santé actuel de l'enfant;
2. de s'assurer, par l'anamnèse familiale, de l'absence de facteurs de risque particuliers;
3. de s'assurer, en utilisant les données antérieures et les courbes, que la taille, le poids et le périmètre crânien progressent de façon normale;
4. de s'assurer par l'anamnèse et l'examen, en utilisant au besoin un outil tel que le *Denver Developmental Screening Test*, que le développement psychomoteur progresse normalement;
5. de s'assurer par l'examen que cet enfant n'est porteur d'aucune malformation ou anomalie, sans oublier la luxation congénitale de la hanche et la coarctation de l'aorte;
6. de rassurer les parents quant à la croissance, au développement et à l'état de santé générale de leur enfant;
7. de donner les conseils préventifs appropriés au sujet de la nutrition, des vaccinations et de la prévention des accidents, de la carie dentaire, de la déficience en fer et du rachitisme.

Justification

Dès la naissance, la nutrition influence la santé; cet effet s'étend à toute la vie. Plusieurs maladies sont causées par des carences nutritionnelles.

Situation clinique

Madame Leroux va accoucher dans quelques jours de son premier enfant. Elle vous demande comment elle devra le nourrir pendant les deux prochaines années.

Sous-objectifs

L'étudiant est capable:

1. de comparer, d'un point de vue qualitatif, le lait humain, lait de vache dit "humanisé" et le lait de vache non modifié;
2. d'énumérer les principaux avantages de l'allaitement;
3. de décrire la technique de l'allaitement;
4. de décrire la technique de l'alimentation artificielle;
5. d'énumérer les quelques contre-indications de l'allaitement, les principaux problèmes et la manière d'y remédier;
6. de discuter des principaux problèmes liés à l'alimentation artificielle;
7. d'expliquer quand et comment les aliments solides doivent être introduits dans le régime alimentaire;
8. de discuter du rôle du fluor et d'expliquer comment il convient de l'administrer;
9. d'expliquer pourquoi un supplément de fer est nécessaire et comment il convient de l'administrer;
10. de préciser quels nourrissons doivent recevoir un supplément de vitamine D, son rôle et son mode d'administration;
11. de préciser quel est le besoin énergétique du nouveau-né et du nourrisson et d'expliquer comment on peut vérifier si ce besoin est comblé;
12. de définir les indications de principaux laits spéciaux.

Objectif 12 Vaccinations

Justification

Les vaccins permettent de prévenir efficacement plusieurs maladies graves ou même potentiellement mortelles. Le médecin doit justifier de façon convaincante la vaccination systématique en dépit de certains préjugés et de certaines campagnes contre la vaccination.

Situation clinique

Madame Lacroix vient d'accoucher de son premier bébé. Elle vous demande pourquoi, contre quelles maladies et quand il devra être vacciné.

Sous-objectifs

L'étudiant est capable:

1. de détailler le calendrier officiel des vaccinations offertes à tous les enfants normaux du Québec;
2. de citer les vaccins recommandés qui ne font pas encore partie de ce calendrier;
3. de justifier la prévention de chacune des maladies visées;
4. de citer les principaux effets secondaires des vaccins habituels;
5. d'énumérer les principaux vaccins spéciaux disponibles et leurs indications;
6. de convaincre, si possible, un parent réfractaire de faire vacciner son enfant.

Justification

Environ 5 % des enfants présentent des convulsions avant l'âge de six ans. Ce symptôme suscite d'habitude beaucoup d'anxiété chez les parents. Les multiples étiologies possibles varient selon l'âge. Dans bien des cas, il s'agit d'un problème bénin. Plus rarement, la convulsion est un symptôme de maladie grave. Il est important d'établir un diagnostic précis.

Situation clinique

Pierre, un garçon âgé de 11 mois est amené à l'urgence parce qu'il a présenté une convulsion il y a une heure. Quelques minutes après son arrivée, il en présente une autre.

Sous-objectifs

L'étudiant est capable :

1. de reconnaître une convulsion et d'évaluer rapidement si elle interfère avec les fonctions vitales;
2. de décrire les manœuvres initiales de réanimation (ABC);
3. de faire cesser une convulsion, s'il y a lieu, au moyen d'un anticonvulsivant;
4. de rechercher une histoire familiale de convulsions;
5. d'explorer le passé de l'enfant en recherchant particulièrement les complications périnatales et des convulsions antérieures;
6. de préciser, les circonstances et les caractéristiques de la convulsion et de rechercher un foyer infectieux et un déficit neurologique;
7. de citer les indications des examens complémentaires, en particulier de la ponction lombaire et de l'imagerie;
8. de discuter du diagnostic différentiel des convulsions selon l'âge;
9. d'expliquer les différences entre les convulsions fébriles simples et complexes;
10. d'expliquer aux parents la nature du problème ainsi que le pronostic;
11. de décrire les indications et les principes généraux du traitement médical préventif;
12. d'énumérer les indications d'une consultation spécialisée.

| |
|--|
| Objectif 14 Détresse respiratoire avec <i>wheezing</i> |
|--|

Justification

La prévalence de la bronchiolite et de l'asthme est élevée parmi les jeunes enfants. En cas de détresse respiratoire avec *wheezing*, d'autres étiologies peuvent être en cause.

Situation clinique

Nathalie, une fillette âgée de 6 mois, présente depuis 24 heures de la toux, de la rhinorrhée ainsi qu'une dyspnée progressive. Elle est agitée et présente du *wheezing*. Sa fréquence respiratoire est à 72 par minute. Il y a du tirage sous-costal.

Sous-objectifs

L'étudiant est capable:

1. de recueillir les éléments pertinents de l'histoire personnelle et familiale;
2. de rechercher les signes utiles au diagnostic;
3. de discuter du diagnostic différentiel de la détresse respiratoire aiguë avec *wheezing*;
4. de demander et d'interpréter les examens complémentaires nécessaires;
5. de citer les principaux agents infectieux pouvant causer une bronchiolite;
6. de comparer l'asthme et la bronchiolite;
7. de discuter de l'indication d'un bronchodilatateur;
8. de discuter des indications d'une hospitalisation;
9. d'énumérer les principaux moyens de surveillance en cours d'hospitalisation;
10. de détailler les différents aspects du traitement de soutien;
11. de discuter du rôle des agents antiviraux;
12. d'énumérer les principales complications possibles de la bronchiolite;
13. de discuter du pronostic.

| | |
|--------------------|---|
| Objectif 15 | Mucoviscidose (fibrose kystique) |
|--------------------|---|

Justification

La mucoviscidose (fibrose kystique) est la maladie héréditaire létale la plus fréquente. Il importe de la diagnostiquer précocement afin d'orienter tôt l'enfant atteint vers une équipe spécialisée. En effet, le traitement précoce peut améliorer la qualité de vie et la longévité.

Situation clinique

Un nourrisson âgé de trois mois présente une toux chronique et une diarrhée persistante avec retard pondéral. La concentration en chlorure de la sueur est de 112 mmol/L.

Sous-objectifs

L'étudiant est capable:

1. de citer les principaux modes de présentation de la fibrose kystique au cours de la période néonatale et plus tard dans la vie;
2. d'énumérer les principales indications du test de la sueur;
3. d'interpréter le résultat de ce test;
4. de donner le conseil génétique approprié;
5. de citer les principales complications possibles, à court, à moyen et à long terme;
6. de décrire les principaux aspects du traitement et du suivi.

| | |
|--------------------|---------------------------|
| Objectif 16 | Infection urinaire |
|--------------------|---------------------------|

Justification

Les infections urinaires sont fréquentes chez l'enfant. Il convient d'établir le diagnostic au moyen d'une culture d'urine quantitative, prélevée adéquatement. L'imagerie est nécessaire pour détecter des anomalies structurales sous-jacentes dont la méconnaissance pourrait, à long terme, mener à une altération de la fonction rénale.

Situation clinique

Linda, une fillette âgée de 7 mois, a de la fièvre depuis 24 heures. Elle n'a aucun autre symptôme. Sa température est à 40,2 degrés Celsius. L'examen est par ailleurs entièrement normal. L'examen du sédiment urinaire révèle plus de 50 leucocytes par champ, ainsi que de nombreuses bactéries et du pus.

Sous-objectifs

L'étudiant est capable:

1. d'interpréter le résultat du sédiment urinaire;
2. de discuter des avantages et des inconvénients des différentes méthodes de prélèvement de l'urine;
3. d'interpréter la culture d'urine quantitative en tenant compte du mode de prélèvement;
4. de prescrire une antibiothérapie adéquate;
5. d'expliquer ce qu'on attend de l'échographie rénale;
6. d'interpréter une cystographie mictionnelle radiologique;
7. de discuter des indications de la scintigraphie rénale au DMSA et des informations qu'elle peut fournir;
8. de décrire le suivi, selon qu'il y ait ou non un reflux vésico-urétéral.

Objectif 17 “Coliques” et pleurs excessifs

Justification

Les “coliques” (pleurs normaux) et les pleurs excessifs sont fréquents chez le nouveau-né et le nourrisson; ils causent souvent chez les parents une inquiétude considérable et une fatigue importante.

Situation clinique

Monsieur et madame Legris se présentent à votre bureau avec Nicolas, leur premier bébé, âgé de trois semaines, qui pleure en moyenne 16 heures sur 24. Ils sont épuisés.

Sous-objectifs

L'étudiant est capable de distinguer par l'anamnèse les pleurs normaux (“coliques”) des pleurs excessifs.

En cas de pleurs normaux (“coliques”), l'étudiant est capable:

1. de décrire ces pleurs, leur épidémiologie et leur évolution naturelle;
2. d'exclure une maladie organique au moyen de l'anamnèse et de l'examen;
3. de rassurer les parents quant à leur nature bénigne et passagère;

En cas de pleurs excessifs, l'étudiant est capable :

1. d'énumérer les principales hypothèses étiologiques;
2. de préciser par l'anamnèse la nature, l'importance, l'évolution du problème et ses répercussions sur la famille;
3. d'exclure une maladie organique au moyen de l'anamnèse, de l'examen et, parfois, de certains examens complémentaires;
4. proposer une manipulation diététique;
5. de proposer, lorsque c'est indiqué, une exploration pour reflux gastro-œsophagien ou un traitement empirique d'œsophagite;
6. de donner, des conseils appropriés, notamment quant à l'utilisation du réseau de soutien.

Justification

La malnutrition précoce peut avoir des répercussions permanentes sur les fonctions cognitives. Elle doit donc être reconnue et corrigée sans retard.

Situation clinique

Éric est amené à votre bureau à l'âge de quatre semaines. À la naissance, il pesait 3 420 g. Actuellement, il pèse 3 140 g. Il n'a pratiquement pas de pannicule adipeux.

Sous-objectifs

L'étudiant est capable:

1. de rechercher les éléments d'histoire permettant d'arriver à une ou plusieurs hypothèses diagnostiques, incluant une dysfonction relationnelle ou psychosociale;
2. de rechercher les signes de maladie organique;
3. de discuter du diagnostic différentiel;
4. de préciser les indications d'une hospitalisation;
5. d'élaborer un plan d'explorations découlant de la principale ou des principales hypothèses diagnostiques issues de l'anamnèse et de l'examen;
6. d'élaborer un plan de traitement pour chacune des principales hypothèses plausibles.

Justification

Les malaises graves (apnées) du nourrisson sont souvent identifiés dans la littérature anglo-saxonne par l'acronyme ALTE (*Apparent Life Threatening Episode*). De tels épisodes sont relativement fréquents. Ils causent souvent une anxiété importante chez les parents.

Situation clinique

Benoît, un nourrisson âgé de trois semaines, a présenté aujourd'hui deux épisodes d'hypotonie accompagnée de cyanose. Ses parents sont affolés.

Sous-objectifs

A. Malaises graves du nourrisson. L'étudiant est capable:

1. de reconnaître la nécessité d'une hospitalisation;
2. de préciser les circonstances exactes de ces incidents;
3. de rechercher les signes pouvant mettre sur la piste d'une étiologie précise;
4. de discuter du diagnostic différentiel;
5. de discuter de l'indication d'examens complémentaires;
6. de reconnaître que, malgré les explorations disponibles, on ne trouve pas toujours la cause des malaises graves;
7. de reconnaître que la majorité des malaises graves n'a pas de rapport avec la mort subite du nourrisson;

B. Mort subite du nourrisson. L'étudiant est capable :

1. de décrire l'épidémiologie de la mort subite du nourrisson;
2. d'énumérer les principales hypothèses étiologiques;
3. de citer les principaux facteurs de risque;
4. d'expliquer comment on peut prévenir bon nombre de cas.

| | |
|--------------------|---------------------------------------|
| Objectif 20 | Syndrome de l'enfant maltraité |
|--------------------|---------------------------------------|

Justification

Le syndrome de l'enfant maltraité est une cause importante de morbidité et de mortalité chez le jeune enfant.

Situation clinique

Jonathan, un garçon âgé de trois mois est amené à la salle d'urgence par sa grand-mère parce qu'il a présenté une convulsion il y a quatre heures et parce que son état de conscience s'est détérioré. À l'examen, vous notez que l'enfant est léthargique. Lorsqu'il est stimulé, son membre supérieur gauche ne bouge pas. Sa fontanelle antérieure est bombée. Il y a plusieurs ecchymoses disséminées, d'âges différents. L'examen du fond d'œil révèle plusieurs hémorragies rétinienne.

Sous-objectifs

L'étudiant est capable:

1. de décrire les principales manifestations cliniques du syndrome de l'enfant maltraité;
2. de citer les principaux facteurs favorisants ou précipitants possibles;
3. d'expliquer les responsabilités légales de tous les citoyens lorsqu'une telle situation est soupçonnée ou évidente;
4. d'expliquer pourquoi et comment cet enfant doit être protégé;
5. de décrire les principaux éléments de l'évaluation multidisciplinaire, tant au plan organique que psychosocial;
6. de décrire sommairement les mesures thérapeutiques à entreprendre, tant au plan organique que psychosocial;
7. de discuter du pronostic à long terme.

Justification

Les vomissements sont l'un des symptômes les plus fréquents en pédiatrie. Ils peuvent refléter un problème mineur ou une maladie grave.

Situation clinique

Pierre, un nourrisson âgé de quatre semaines, est amené à l'urgence parce qu'il vomit fréquemment.

Sous-objectifs

L'étudiant est capable:

1. de recueillir les éléments d'histoire permettant d'orienter le diagnostic;
2. de rechercher les signes physiques significatifs;
3. de reconstruire la courbe de croissance et de l'interpréter;
4. de discuter du diagnostic différentiel des vomissements persistants aux différents âges;
5. de décider, à partir des données de l'anamnèse, de l'examen et de la courbe de croissance, si des examens complémentaires sont nécessaires;
6. de décrire les perturbations hydriques, électrolytiques et acido-basiques pouvant résulter de vomissements répétés;
7. d'établir un plan de traitement pour chacune des principales affections possibles.

Justification

Il est important de reconnaître tôt un retard du développement. En effet, un diagnostic précoce peut, dans certains cas, conduire à l'instauration de mesures de réadaptation spécifiques et/ou à un conseil génétique approprié.

Situation clinique

Nicolas est âgé de 17 mois. Pour diverses raisons, il n'a pas eu de suivi médical depuis sa naissance. Il ne marche pas et ne dit aucun mot.

Sous-objectifs

L'étudiant est capable:

1. de reconnaître un retard global du développement;
2. de recueillir par l'anamnèse et l'examen les informations complémentaires nécessaires au diagnostic;
3. de discuter du diagnostic différentiel;
4. de discuter des indications et de l'apport éventuel de certains examens complémentaires;
5. d'expliquer, pour chacune des principales causes possibles, l'étiologie, le traitement et le pronostic;
6. de donner, s'il y a lieu, le conseil génétique approprié.

| | |
|--------------------|------------------------|
| Objectif 23 | Masse cervicale |
|--------------------|------------------------|

Justification

Les masses cervicales sont fréquentes chez l'enfant.

Situation clinique

Philippe, un garçon âgé de trois ans et demi est amené à la salle d'urgence parce que ses parents ont noté la présence d'une masse cervicale.

Sous-objectifs

L'étudiant est capable:

1. de discuter du diagnostic différentiel d'une masse cervicale, qu'elle soit d'origine infectieuse ou non, selon l'âge de l'enfant, son caractère aigu, subaigu ou chronique et selon ses caractéristiques cliniques;
2. de demander à bon escient les examens complémentaires pouvant éclairer le diagnostic;
3. de discuter des principaux aspects du traitement médical ou chirurgical des principales entités énumérées lors du diagnostic différentiel.

| | |
|--------------------|---------------|
| Objectif 24 | Anémie |
|--------------------|---------------|

Justification

La déficience en fer demeure la carence nutritionnelle qualitative la plus fréquente. La prévalence de l'anémie ferriprive est particulièrement élevée chez les enfants âgés de six mois à deux ans. Elle peut avoir des répercussions importantes, particulièrement sur le développement psychomoteur. L'anémie peut avoir plusieurs autres causes.

Situation clinique

Lisa, une fille âgée de 13 mois se présente à l'urgence parce qu'elle a une infection des voies respiratoires supérieures accompagnée de fièvre. Vous remarquez qu'elle est pâle. Son hémoglobine est à 42 g/L.

Sous-objectifs

L'étudiant est capable de discuter du diagnostic différentiel d'une anémie, en se basant sur l'âge, l'histoire globale et nutritionnelle, l'examen du frottis sanguin, le taux d'hémoglobine et le VGM.

En cas d'anémie ferriprive, il est capable :

1. d'énumérer les facteurs de risque possibles;
2. de décrire les mesures préventives qui auraient du être appliquées;
3. de décrire les conséquences extra-hématologiques de la déficience en fer;
4. de donner les conseils diététiques qui s'imposent;
5. de prescrire adéquatement le traitement martial.

| | |
|--------------------|---------------------|
| Objectif 25 | Constipation |
|--------------------|---------------------|

Justification

La constipation est une cause fréquente de consultation en pédiatrie. Dans la plupart des cas, elle est d'origine "fonctionnelle", ne nécessite pas d'examens complémentaires et répond bien à un traitement simple. Elle est parfois l'expression d'une maladie grave.

Situation clinique

Sébastien, qui est âgé de quatre ans, ne va à la selle qu'une fois par semaine en moyenne. Ses selles sont dures et la défécation est douloureuse.

Sous-objectifs

L'étudiant est capable:

1. de définir la constipation;
2. de discuter du diagnostic différentiel;
3. de recueillir les éléments d'histoire permettant de distinguer la constipation "fonctionnelle" de la constipation d'origine organique;
4. de rechercher les signes physiques nécessaires au diagnostic;
5. d'exposer les grandes lignes du traitement initial et du traitement d'entretien de la constipation "fonctionnelle" et des constipations d'origine organique;
6. de préciser l'indication d'une consultation spécialisée;
7. de discuter de la filiation possible entre la constipation actuelle et une encoprésie future.

| | |
|--------------------|--|
| Objectif 26 | Diarrhée chronique et malabsorption |
|--------------------|--|

Justification

La diarrhée persistante est un défi importants en pédiatrie. Elle peut représenter une variante de la normale ou avoir des répercussions importantes sur l'état nutritionnel de l'enfant et sur son état de santé en général.

Situation clinique

Linda, une fillette âgée de trois ans. est amenée à votre bureau parce qu'elle a de la diarrhée depuis un mois.

Sous-objectifs

L'étudiant est capable:

1. de définir la diarrhée;
2. de discuter du diagnostic différentiel;
3. d'expliquer ce qu'on entend par diarrhée chronique non spécifique et syndrome du côlon irritable de l'enfant;
4. de citer les causes les plus fréquentes de malabsorption intestinale;
5. de recueillir et d'interpréter les éléments d'histoire permettant d'éclairer le diagnostic;
6. de reconstruire les courbes de croissance à partir des données antérieures et actuelles;
7. de discuter des effets possibles d'une malabsorption sur la croissance pondérale et staturale;
8. de rechercher et d'interpréter les signes pouvant être utiles au diagnostic;
9. de choisir, en fonction des données de l'anamnèse et de l'examen, les examens complémentaires essentiels au diagnostic;
10. de préciser les indications d'une consultation spécialisée;
11. de décrire dans ses grandes lignes le traitement des principales entités pouvant être responsables d'une diarrhée chronique avec ou sans malabsorption.

Objectif 27**Diarrhée aiguë (gastro-entérite), déshydratation, perturbations acido-basiques et électrolytiques**Justification

Même dans les pays favorisés, la diarrhée aiguë est fréquente; elle est responsable d'une morbidité significative.

Situation clinique

Lorraine, une fillette âgée de 18 mois, se présente à l'urgence en raison d'une diarrhée présente depuis la veille.

Sous-objectifs

L'étudiant est capable:

1. d'énumérer les principaux agents infectieux pouvant causer une diarrhée aiguë;
2. de décrire les trois types de déshydratation, leur physiopathologie, leurs manifestations cliniques et leurs complications hémodynamiques, électrolytiques et acido-basiques;
3. de recueillir et d'interpréter les éléments d'histoire utiles au diagnostic;
4. d'évaluer cliniquement le degré de déshydratation;
5. de juger si des examens complémentaires sont utiles, et, le cas échéant, de les interpréter;
6. de juger si un traitement est nécessaire;
7. de juger si une hospitalisation est indiquée;
8. de comparer la réhydratation orale et la réhydratation intraveineuse et de prescrire adéquatement l'une ou l'autre;
9. d'éviter la prescription de mesures diététiques inutiles ou dommageables;
10. de décrire les mesures préventives permettant d'éviter la propagation de l'infection à d'autres personnes.

| | |
|--------------------|-----------------------------|
| Objectif 28 | Fièvre, hyperthermie |
|--------------------|-----------------------------|

Justification

Les termes fièvre et hyperthermie sont souvent utilisés à tort comme des synonymes. La fièvre est très fréquente chez l'enfant; en général, elle accompagne une infection, le plus souvent virale, parfois bactérienne ou, plus rarement, parasitaire. L'hyperthermie est rare, mais elle peut mettre la vie en danger. Les mécanismes physiopathologiques et le traitement de ces deux entités sont différents.

Situation clinique

La température corporelle de Camille, une fille âgée de cinq ans, est de 41 degrés Celsius.

Sous-objectifs

A. Généralités

L'étudiant est capable:

1. d'expliquer les mécanismes permettant de maintenir la température corporelle à l'intérieur de l'étroite zone considérée comme normale;
2. de décrire comment il faut mesurer la température corporelle en tenant compte de l'âge.

B. Fièvre

L'étudiant est capable :

1. de la définir en tenant compte de l'âge;
2. de décrire ses mécanismes physiopathologiques;
3. de citer ses principales causes infectieuses ou non;
4. de prendre position quant à son caractère bénéfique ou nocif en tenant compte des pathologies associées;
5. de reconnaître que la "phobie de la fièvre", qui affecte de nombreux parents, infirmières et médecins, n'a pas de justification scientifique;
6. de préciser le mode d'action, les indications, la posologie, ainsi que les effets secondaires et toxiques des principaux antipyrétiques (acétaminophène et ibuprofène);

C. Hyperthermie

L'étudiant est capable :

1. de la définir;
2. de décrire ses mécanismes physiopathologiques;
3. de citer ses principales causes;
4. de reconnaître sa gravité potentielle;
5. de décrire son traitement.

Justification

Jusqu'à preuve du contraire, l'association fièvre et de boiterie est un signe d'ostéomyélite ou d'arthrite septique, des affections graves nécessitant sans retard un traitement spécifique.

Situation clinique

Kevin, un garçon âgé de 23 mois, présente depuis quelques heures de la fièvre ainsi qu'une boiterie gauche.

Sous-objectifs

L'étudiant est capable:

1. d'énumérer, en fonction de l'âge, les principales bactéries responsables des arthrites septiques et des ostéomyélites;
2. de décrire les principales manifestations cliniques de ces deux affections en fonction de leurs sites les plus fréquents;
3. de prescrire et d'interpréter les examens complémentaires appropriés;
4. de décrire les éléments du traitement médical et chirurgical.

| | |
|--------------------|---------------------------|
| Objectif 30 | Fièvre et éruption |
|--------------------|---------------------------|

Justification

L'association de fièvre et d'éruption est fréquente en pédiatrie. Le plus souvent, elle signe une maladie bénigne. Plus rarement, elle suggère l'existence d'une maladie pouvant mettre la vie en danger.

Situation clinique

Julie, une fillette âgée de 14 mois, est amenée à la salle d'urgence parce qu'elle présente depuis quelques heures une éruption avec fièvre.

Sous-objectifs

L'étudiant est capable:

1. de décrire une éruption de façon précise;
2. d'identifier à partir de l'anamnèse, de la nature des lésions et du contexte clinique, les maladies suivantes:
 - cinquième maladie
 - maladie de Kawasaki
 - maladie main-pied-bouche
 - méningococcémie
 - rougeole
 - rubéole
 - roséole
 - scarlatine
 - varicelle
3. d'expliquer sommairement l'étiologie de ces maladies;
4. de demander, s'il y a lieu, et d'interpréter les examens complémentaires essentiels au diagnostic;
5. de prescrire, s'il y a lieu, le traitement spécifique approprié;
6. de recommander, s'il y a lieu, les mesures préventives requises.

| |
|--|
| Objectif 31 Fièvre, rhinorrhée et toux |
|--|

Justification

Le motif le plus fréquent de consultation urgente en pédiatrie est l'infection virale des voies respiratoires supérieures (rhino-pharyngite, IVRS).

Situation clinique

Depuis qu'elle a commencé à fréquenter la garderie, il y a quatre mois, Jessica, une fillette âgée de deux ans, est continuellement malade. Cette fois encore, elle se présente à votre bureau parce qu'elle a de la fièvre, de la rhinorrhée et de la toux.

Sous-objectifs

L'étudiant est capable:

1. de citer les principaux agent infectieux responsables des IVRS;
2. de discuter de l'impact de la garderie sur la santé de cette enfant;
3. de citer les indices permettant de croire qu'une IVRS est compliquée d'une sinusite;
4. de discuter de l'emploi des antitussifs;
5. de critiquer l'habitude, encore très répandue, de prescrire des antibiotiques;
6. de décrire l'évolution naturelle et les complications possibles d'une IVRS;
7. d'expliquer dans quelles circonstances il faut suspecter une sinusite associée;
8. d'expliquer comment on peut essayer de prévenir les IVRS.

Justification

L'hypertrophie des amygdales et des végétations adénoïdes est un problème fréquent en pédiatrie; elle peut avoir des répercussions importantes sur la santé.

Situation clinique

Olivier, un garçon d'origine haïtienne âgé de trois ans, éprouve des difficultés pour avaler les aliments solides. De plus, il ronfle beaucoup et s'étouffe souvent pendant la nuit.

Sous-objectifs

L'étudiant est capable:

1. de décrire les symptômes et les signes de l'hypertrophie des amygdales et des végétations adénoïdes;
2. de décrire l'évolution naturelle du tissu amygdalien et adénoïdien;
3. de citer les complications possibles, en particulier cardiovasculaires;
4. de préciser les indications et les risques de l'amygdalectomie et de l'adénoïdectomie.

Objectif 33 Intoxications accidentelles et volontaires

Justification

Au cours des dernières années, diverses mesures préventives ont permis de réduire l'incidence des intoxications accidentelles chez le jeune enfant. Elles demeurent cependant un problème à l'âge où l'enfant explore activement son environnement. Lors des tentatives de suicide, les adolescents, en particulier les filles, utilisent souvent des médicaments

Situation clinique

Denis, un garçon âgé de deux ans, est amené à l'urgence parce qu'il aurait ingéré des pilules chez sa grand-mère.

Sous-objectifs

L'étudiant est capable:

1. de décrire sommairement l'épidémiologie des intoxications accidentelles chez le jeune enfant;
2. de clarifier les données du problème: "De quel médicament s'agit-il?"; "À quand remonte l'ingestion?"; "Quelle est la dose ingérée?"; "Cette dose est-elle toxique?", etc.;
3. de citer sommairement les effets toxiques des quelques médicaments et autres produits les plus souvent ingérés accidentellement ou volontairement (acétaminophène, anticonvulsivants, antidépresseurs, benzodiazépines, corrosifs, hydrocarbures, etc.);
4. de citer les indications du sirop d'ipéca et du lavage gastrique;
5. de citer les indications du charbon de bois activé et du lavage intestinal;
6. de citer les principaux antidotes disponibles;
7. de décrire le traitement de soutien non spécifique;
8. de décrire les mesures préventives à l'échelle de la famille et de la communauté;
9. de faire appel, au besoin, au Centre anti-poison.

Objectif 34 Méningite bactérienne

Justification

La méningite bactérienne est une affection grave qui doit être reconnue et traitée précocement si l'on veut minimiser le risque de mortalité ou de séquelles.

Situation clinique

Étienne, un garçon âgé de trois ans, est amené à la salle d'urgence parce qu'il présente depuis quelques heures un tableau de fièvre et de vomissements. Son état général est nettement altéré et sa nuque est raide.

Sous-objectifs

L'étudiant est capable:

1. de citer les bactéries qui peuvent causer une méningite selon l'âge;
2. de décrire et de reconnaître les signes et les symptômes de cette maladie;
3. de différencier une méningite bactérienne d'une méningite virale en se basant sur les éléments cliniques et l'analyse du liquide céphalorachidien;
4. de prescrire l'antibiothérapie initiale;
5. d'énumérer les principales complications possibles, à court, à moyen et à long terme;
6. de planifier le suivi;
7. de citer les vaccins disponibles et de discuter leur impact épidémiologique.

Justification

Les obstructions aiguës de voies respiratoires sont fréquentes chez l'enfant. Elles nécessitent une attention immédiate.

Situation clinique

Éric, un garçon âgé de deux ans, est amené à l'urgence parce qu'il "étouffe" depuis quelques heures. On entend à distance un stridor inspiratoire ainsi qu'une toux "aboyante".

Sous-objectifs

L'étudiant est capable:

1. de décrire l'étiologie et les manifestations cliniques des principales affections pouvant causer une obstruction aiguë des voies respiratoires supérieures : abcès rétro-pharyngé, épiglottite, inhalation de corps étranger, laryngite et œdème angioneurotique;
2. d'énumérer les critères de gravité de l'obstruction;
3. de discuter de l'indication des radiographies des tissus mous du cou et de les interpréter;
4. de discuter de l'indication d'une laryngoscopie;
5. de décrire le traitement des différentes affections causales.

Justification

L'otite moyenne aiguë est l'une des causes les plus fréquentes de consultation urgente en pédiatrie.

Situation clinique

Patrick, un garçon âgé de 13 mois, est amené à votre bureau parce qu'il présente de la fièvre et de l'irritabilité. Sa température est à 39,8 degrés Celsius. Ses tympans sont bombés et hyperhémisés.

Sous-objectifs

L'étudiant est capable:

1. de décrire les facteurs de risque et l'épidémiologie;
2. d'énumérer les principaux symptômes et signes;
3. de différencier le tympan d'un enfant atteint d'otite moyenne aiguë d'un tympan normal;
4. de citer les principaux agents infectieux pouvant être en cause;
5. d'expliquer dans quelles circonstances une antibiothérapie est indiquée, et, s'il y a lieu, de prescrire celle-ci adéquatement, en tenant compte des facteurs de risque de résistance du pneumocoque;
6. de discuter des indications de la paracentèse;
7. d'énumérer les principales complications possibles.

| |
|---|
| Objectif 37 Retard de langage isolé |
|---|

Justification

Il est important de détecter précocement le retard de langage afin d'identifier sa cause et d'entreprendre sans retard les mesures thérapeutiques appropriées.

Situation clinique

Carole, âgée de trois ans, ne dit aucun mot intelligible.

Sous-objectifs

L'étudiant est capable:

1. de reconnaître qu'il s'agit d'une situation anormale;
2. de décrire sommairement le développement normal du langage;
3. de citer les principales causes de retard de langage;
4. d'énumérer les examens complémentaires et les consultations spécialisées pouvant éclairer le diagnostic;
5. de décrire les mesures thérapeutiques nécessaires selon la cause du retard, et dans une perspective multidisciplinaire.

Justification

Le développement prématuré des caractères sexuels secondaires peut refléter un processus mineur et transitoire ou un problème majeur. Il convient de reconnaître le problème et proposer, selon les circonstances, soit une période d'observation, soit une évaluation surspécialisée.

Situation clinique

Madame Gingras est inquiète parce que les seins de sa fille Judith, âgée de deux ans et demi, ont commencé à se développer.

Sous-objectifs

L'étudiant est capable:

1. de décrire la chronologie et les étapes du développement pubertaire normal chez la fille et le garçon;
2. de définir les termes suivants:
 - adrénarchie prématurée
 - ménarchie prématurée
 - pseudopuberté précoce isosexuelle
 - puberté précoce isosexuelle
 - pubarchie prématurée
 - thélarchie prématurée;
3. de citer les principales causes de puberté précoce chez la fille et chez le garçon et d'expliquer ses effets sur la croissance;
4. de décrire les caractéristiques cliniques de la thélarchie et de l'adrénarchie prématurées;
5. de planifier le suivi d'une thélarchie prématurée et de décrire son évolution naturelle;
6. de citer les indications d'une consultation spécialisée.

Justification

La toux chronique est fréquente en pédiatrie. Sa cause doit être identifiée de façon précise pour qu'on puisse proposer un traitement adéquat.

Situation clinique

Florence, une fille âgée de quatre ans, consulte à votre bureau parce qu'elle tousse depuis cinq semaines.

Sous-objectifs

L'étudiant est capable:

1. d'énumérer les principales causes de toux chronique selon l'âge;
2. de rechercher au moyen de l'anamnèse personnelle et familiale les indices pouvant mettre sur la voie du diagnostic;
3. d'évaluer l'environnement;
4. de rechercher les signes utiles au diagnostic;
5. de sélectionner, s'il y a lieu, et d'interpréter les examens complémentaires essentiels;
6. de décrire sommairement le traitement de chacune des principales affections pouvant être en cause.

Justification

La prévalence de l'asthme, déjà fort élevée, a augmenté récemment. Cette maladie chronique est la cause la plus fréquente d'hospitalisation en pédiatrie.

Situation clinique

Philippe, un garçon âgé de quatre ans et demi, est amené à la salle d'urgence pour une crise d'asthme. C'est sa quatrième visite en un mois pour la même raison.

Sous-objectifs

L'étudiant est capable:

1. de définir l'asthme et de décrire son étiologie, sa physiopathologie et son épidémiologie;
2. de reconnaître une crise d'asthme;
3. d'énumérer les facteurs qui, selon l'âge, peuvent déclencher une crise;
4. de décrire le traitement de la crise;
5. de catégoriser l'asthme au moyen de l'anamnèse et d'évaluer la qualité de son contrôle actuel;
5. d'explorer l'hérédité allergique;
6. de rechercher dans l'environnement les facteurs favorisants possibles et de donner, si nécessaire, les conseils qui s'imposent quant à son assainissement;
7. de planifier ou de réajuster au besoin le traitement pharmacologique des crises et le traitement de fond préventif;
8. d'élaborer un plan de suivi à long terme.

| | |
|--------------------|--------------------------|
| Objectif 41 | Diabète de type I |
|--------------------|--------------------------|

Justification

L'acidose diabétique doit être reconnue et traitée sans retard, avant la survenue de complications graves. Le traitement à long terme du diabète de type I est complexe; il s'inscrit dans le contexte de la croissance, du développement cognitif et du développement pubertaire. Il tient compte de la personnalité de l'enfant, de ses réactions à la maladie, de sa scolarité et de ses activités sociales et sportives.

Situation clinique

Nathalie, une fille âgée de 11 ans, présente depuis deux semaines une polyphagie, une polydipsie et une polyurie. Elle est déshydratée à 10 %. Sa respiration est lente et profonde et son haleine a une odeur particulière.

Sous-objectifs

L'étudiant est capable:

1. de discuter sommairement de la physiopathologie et de l'épidémiologie du diabète de type I;
2. de reconnaître les symptômes et les signes de l'acidose diabétique;
3. d'énumérer et d'interpréter les examens complémentaires essentiels;
4. de décrire sommairement le traitement initial de l'acidose diabétique et ses complications précoces;
5. d'annoncer le diagnostic et ses implications de façon simple à l'enfant, en tenant compte de son âge, ainsi qu'à sa famille;
6. d'énumérer les facteurs pouvant être responsables de variations soudaines de la glycémie;
7. d'énumérer les symptômes et les signes de l'hypoglycémie et de décrire son traitement;
8. d'expliquer les principes généraux de l'insulinothérapie d'entretien;
9. de discuter de l'importance d'une prise en charge et d'un suivi multidisciplinaires;
10. d'énumérer les complications tardives et de discuter des moyens d'en retarder l'échéance.

| |
|--|
| Objectif 42 Douleur abdominale récidivante |
|--|

Justification

À l'âge scolaire, bon nombre d'enfants se plaignent de douleurs abdominales, souvent "fonctionnelles"; il est important de les distinguer des douleurs d'origine organique.

Situation clinique

Linda, une fille âgée de huit ans, vous consulte pour des douleurs abdominales récidivantes.

Sous-objectifs

L'étudiant est capable:

1. de comparer les douleurs fonctionnelles et les douleurs d'origine organique et d'énumérer les principales causes de celles-ci;
2. d'explorer par l'anamnèse la chronologie et les caractéristiques de la douleur, les facteurs favorisants, les sources de stress, les symptômes digestifs associés, l'influence de l'ingestion de lait, les répercussions sur la scolarité et les activités quotidiennes, les traitements déjà essayés ainsi que leurs effets;
3. d'accorder une attention particulière aux paramètres de croissance ainsi qu'à l'examen de l'abdomen, afin de détecter des indices de maladie organique;
4. d'intégrer les données de l'anamnèse et de l'examen afin de s'orienter vers des douleurs d'origine "fonctionnelle" ou, plus rarement, vers des douleurs d'origine organique;
5. de cibler et d'interpréter les quelques examens complémentaires essentiels s'il y a des indices de maladie organique;
6. de rassurer l'enfant et ses parents et d'élaborer un plan de suivi, au besoin multidisciplinaire, en cas de douleurs "fonctionnelles";

Objectif 43 Douleur récidivante aux jambes

Justification

Un certain nombre d'enfants d'âge scolaire se plaignent de douleurs récidivantes aux jambes, souvent appelées "douleurs de croissance". Il est important de les distinguer des douleurs d'origine organique, particulièrement de celles que peut causer une tumeur osseuse.

Situation clinique

Sébastien, un garçon âgé de sept ans, vous consulte pour des douleurs aux jambes qui persistent depuis six mois.

Sous-objectifs

L'étudiant est capable:

1. de préciser par l'anamnèse la chronologie et les caractéristiques de la douleur, les facteurs favorisants, les sources de stress, les symptômes associés, les réveils nocturnes, la boiterie, les répercussions sur la scolarité et les activités quotidiennes, ainsi que les traitements déjà essayés et leurs effets;
2. d'accorder une attention particulière à l'examen des membres inférieurs, afin de détecter des signes de maladie organique;
3. d'intégrer les données de l'anamnèse et de l'examen afin de s'orienter vers des douleurs d'origine "fonctionnelle" ou, plus rarement, vers des douleurs d'origine organique;
4. de rassurer l'enfant et ses parents s'il s'agit de douleurs "fonctionnelles" ou "de croissance";
5. de demander les examens complémentaires essentiels, incluant l'imagerie, s'il y a des doutes quant à une cause organique.

Justification

L'énurésie est fréquente chez l'enfant. Elle a parfois un impact psychosocial important.

Situation clinique

Christian, un garçon âgé de huit ans, vous consulte pour énurésie.

Sous-objectifs

L'étudiant est capable:

1. de décrire la chronologie normale d'acquisition de la continence urinaire;
3. de définir les termes "énurésie primaire", "énurésie secondaire", "énurésie nocturne", "énurésie diurne", "énurésie symptomatique" et "énurésie idiopathique";
4. de reconnaître que l'énurésie nocturne primaire n'est habituellement pas une maladie mais bien une variante, souvent héréditaire, du développement normal;
4. de décrire les caractéristiques et l'évolution naturelle de l'énurésie idiopathique;
5. d'énumérer les causes possibles d'une énurésie symptomatique, incluant la constipation;
6. de recueillir les éléments d'histoire permettant de mieux cerner le problème;
7. de rechercher les signes pouvant suggérer une étiologie organique;
8. de citer les examens complémentaires essentiels;
9. de décrire les approches thérapeutiques non pharmacologiques et pharmacologiques et les résultats attendus.

Justification

La plupart des petites tailles sont des variantes de la normale; il peut s'agir d'une petite taille familiale ou d'une petite taille associée à un retard de maturation osseuse et pubertaire. Il est important reconnaître les rares enfants de petite taille qui appartiennent aux autres catégories, surtout s'ils nécessitent un traitement spécifique.

Situation clinique

Jean-Claude vient d'avoir six ans. Ses parents s'inquiètent de sa petite taille. Il mesure 102 cm et pèse 18 kg.

Sous-objectifs

L'étudiant est capable:

1. de recueillir au moyen de l'anamnèse et l'examen, les éléments permettant un diagnostic précis;
2. de rassembler les données antérieures et de reconstruire la courbe de croissance;
3. de déterminer si le poids et la taille sont en harmonie;
4. de déterminer si la vitesse de croissance est normale;
5. de préciser les indications d'une détermination de l'âge osseux et d'interpréter celui-ci;
6. d'émettre une hypothèse diagnostique;
7. de calculer la cible génétique de taille;
8. de déterminer si l'enfant doit être envoyé à un endocrinologue pédiatre.

| | |
|--------------------|--------------------------------|
| Objectif 46 | Pharyngite (amygdalite) |
|--------------------|--------------------------------|

Justification

La pharyngite est fréquente chez l'enfant d'âge scolaire. Lorsque le *Streptococcus pyogenes* (streptocoque bêta-hémolytique du groupe A) est en cause, il y a un léger risque de complications graves.

Situation clinique

Depuis 24 heures, Jacques, un garçon âgé de 7 ans, présente de la fièvre et une douleur pharyngée. Sa température est de 40,2 degrés Celsius. Son pharynx est hyperhémie et il y a un exsudat purulent sur ses amygdales. Vous notez aussi des adénopathies cervicales bilatérales douloureuses.

Sous-objectifs

L'étudiant est en mesure:

1. de reconnaître les symptômes et les signes de la pharyngite;
4. de citer les étiologies possibles;
3. de décrire l'épidémiologie de la pharyngite streptococcique;
4. de reconnaître qu'il est impossible de distinguer entre une pharyngite streptococcique et une pharyngite virale en se basant seulement sur les éléments cliniques;
5. d'énumérer les complications de la pharyngite streptococcique;
6. de discuter des avantages et des inconvénients de la culture de gorge et de la recherche de l'antigène du streptocoque dans les sécrétions pharyngées;
7. d'expliquer pourquoi une pharyngite streptococcique doit être traitée avec un antibiotique;
8. de prescrire un traitement adéquat s'il s'agit d'une pharyngite streptococcique et de s'abstenir de traitement s'il s'agit d'une pharyngite virale.

Justification

Les pneumonies sont fréquentes chez l'enfant. Autrefois, elles étaient souvent mortelles. Il est souvent impossible de distinguer une pneumonie bactérienne d'une pneumonie virale.

Situation clinique

Nathalie, une fille âgée de 10 ans, vient à l'urgence parce qu'elle présente de la fièvre et de la toux. Sa température est à 40,8 degrés Celsius. Vous notez du tirage intercostal, ainsi qu'une hypoventilation, des râles fins et un souffle tubaire au niveau du sommet droit.

Sous-objectifs

L'étudiant est capable:

1. d'énumérer, selon l'âge, les principaux agents infectieux pouvant causer une pneumonie;
2. de reconnaître les signes et les symptômes de la maladie;
3. de reconnaître une pneumonie et ses complications sur les radiographies des poumons;
4. de discuter des indications d'une hospitalisation;
5. de prescrire un traitement approprié.

Justification

L'approche de l'adolescent qui se présente pour une consultation médicale périodique est différente de celle de l'enfant et de l'adulte. Ce moment privilégié permet d'effectuer un bilan de santé global et de donner d'importants conseils préventifs.

Situation clinique

Accompagnée par sa mère, Philippe, un adolescent âgé de 16 ans, vient vous voir pour une consultation médicale périodique. Il ne se plaint de rien en particulier.

Sous-objectifs

L'étudiant est capable:

1. d'approcher l'adolescent de façon globale, avec respect et empathie;
2. de rencontrer séparément l'adolescent et sa mère;
3. outre les éléments habituels, d'explorer plus particulièrement la dynamique familiale, l'intégration sociale (amis), le rendement scolaire, les activités de loisirs sportives, artistiques ou autres, les habitudes de sommeil, la nutrition, les vaccins, l'usage de la télévision, l'utilisation du tabac, de l'alcool et des autres drogues, l'histoire menstruelle, les activités sexuelles, ainsi que le besoin de contraception et de protection contre les maladies sexuellement transmissibles;
4. outre les éléments habituels, d'évaluer la croissance physique en se servant de courbes de croissance, ainsi que le développement pubertaire en utilisant l'échelle de Tanner;
5. de transmettre à l'adolescent, à la fin de l'entrevue, dans un langage simple et compréhensible, les conclusions de ce bilan de santé et de lui donner les conseils préventifs nécessaires;
6. de terminer la rencontre en demandant à l'adolescent s'il a des questions.

Justification

L'acné affecte à des degrés divers plus de 90 % des adolescents. Elle peut avoir des répercussions importantes sur l'image de soi. Les traitements actuels peuvent donner d'excellents résultats.

Situation clinique

Louis, un adolescent âgé de 16 ans, vient vous voir parce qu'il présente, depuis quelques mois, des lésions papuleuses et pustuleuses au niveau du visage et du dos.

Sous-objectifs

L'étudiant est capable:

1. de reconnaître l'acné;
2. de préciser le stade de la maladie;
3. de discuter de l'étiologie;
4. de décrire les indications, les modalités et les effets secondaires possibles du traitement par voie locale;
5. de décrire les indications, les contre-indications, les modalités et les effets secondaires ou toxiques possibles du traitement par voie générale.

Justification

L'incidence de l'anorexie mentale semble augmenter chez les adolescentes. Il s'agit d'une maladie chronique et potentiellement fatale qui doit être détectée et prise en charge précocement.

Situation clinique

Christine, une adolescente âgée de 15 ans, vous consulte pour une aménorrhée secondaire qui persiste depuis quatre mois. Elle a perdu 12 kilos au cours de la dernière année.

Sous-objectifs

L'étudiant est capable:

1. de décrire l'étiologie, la physiopathologie et l'épidémiologie de cette maladie;
2. de décrire les principales caractéristiques du comportement de l'adolescente souffrant d'anorexie mentale;
3. d'énumérer les effets possibles de cette maladie sur les fonction vitales ainsi que ses principales complications;
4. de décrire l'évolution naturelle et de discuter de son pronostic;
5. d'exposer les grandes lignes de l'approche multidisciplinaire.

Justification

En Amérique du Nord, l'obésité est le trouble nutritionnel quantitatif le plus fréquent. Ses conséquences à long terme sont importantes.

Situation clinique

Francesca, une adolescente âgée de 14 ans, vous consulte parce qu'elle voudrait maigrir. Sa taille est de 1,65 m et son poids de 84 kg.

Sous-objectifs

L'étudiant est capable :

1. de discuter de l'étiologie et de l'épidémiologie;
2. de discuter de l'importance de la distribution centrale ou périphérique de la graisse;
3. d'énumérer les principales complications à long terme;
4. de citer les indices permettant de suspecter, dans une faible minorité de cas, une maladie endocrinienne ou un syndrome génétique;
5. de recueillir et d'interpréter les éléments de l'anamnèse familiale et personnelle qui peuvent aider au diagnostic;
6. de calculer et d'interpréter, en tenant compte de l'âge, l'indice de masse corporelle (indice de corpulence, indice de Quetelet);
7. de calculer le poids idéal et l'excédent pondéral;
8. de rechercher les signes de dysfonction endocrinienne;
9. d'élaborer un plan de traitement et de suivi;
10. de discuter du pronostic.

Justification

Lors d'une consultation pour retard pubertaire, il convient de distinguer ce qui est normal de ce qui ne l'est pas et de décider si des examens complémentaires sont nécessaires.

Situation clinique

Marie est âgée de 13 ans et demi. Elle consulte parce que sa puberté n'est pas amorcée. En effet, elle est au stade I de Tanner. Sa taille est de 141 cm et son poids de 35 kg.

Sous-objectifs

L'étudiant est capable:

1. de décrire les étapes du développement pubertaire normal chez la fille et chez le garçon;
2. d'estimer le développement pubertaire selon les stades de Tanner;
3. d'énumérer les principales causes de retard pubertaire;
4. de recueillir les éléments nécessaires au diagnostic au moyen de l'anamnèse et de l'examen;
5. de formuler une ou plusieurs hypothèses diagnostiques possibles;
6. de discuter de l'indication d'examens complémentaires et d'interpréter ceux-ci;
7. de discuter de l'indication d'une consultation spécialisée.