

**UNIVERSITE D'ETAT D'HAITI (U.E.H.)  
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE**

**Département de Pédiatrie**

(fmp.ueh.edu.ht/pediatrie)

*Dr Dodley Severe*  
*Chef de Département*  
**Novembre 2008**

# La Pédiatrie à l'Université d'État d'Haïti (U.E.H.)



## TABLE DES MATIÈRES

<b>1-</b>	<b>Introduction.....</b>	<b>p4</b>
<b>2-</b>	<b>Mise en Contexte.....</b>	<b>p6</b>
<b>3-</b>	<b>Objectifs.....</b>	<b>p12</b>
<b>4-</b>	<b>Définition et Description.....</b>	<b>p14</b>
	<b>a- Enseignement théorique.....</b>	<b>p14</b>
	<b>DCEM2.....</b>	<b>p17</b>
	<b>DCEM3.....</b>	<b>p19</b>
	<b>b- Enseignement pratique.....</b>	<b>p20</b>
	<b>DCEM2.....</b>	<b>p23</b>
	<b>DCEM3.....</b>	<b>p24</b>
	<b>Internat.....</b>	<b>p25</b>
<b>5-</b>	<b>Bibliographie.....</b>	<b>p28</b>

## Introduction

Le nouveau-né à terme ou prématuré, le nourrisson et l'adolescent se singularisent par les particularités cliniques, physiologiques et pathologiques inhérentes aux différentes étapes de l'évolution de l'homme. L'attention requise dans la gestion de l'enfant, indifféremment de son état, impose une rigueur qui se traduira à travers différentes approches diagnostiques et thérapeutiques dont les spécificités sont incontournables. En conséquence, dans un constant souci de l'amélioration de l'état de santé et du bien-être de l'enfant, il nous incombe de définir et d'orienter des objectifs éducationnels pour l'enseignement de la Pédiatrie. Cet enseignement dans son aspect pratique et théorique devrait permettre à l'étudiant en Médecine d'acquérir les principaux outils et principes indispensables à une approche rationnelle de la gestion du quotidien pédiatrique.

## Mise en Contexte

On ne saurait fixer des objectifs à l'enseignement de la Pédiatrie sans tenir compte de la place qu'occupent la pathogénie et la pathologie infantile dans la vie même de la nation. Haïti a une population de 8 millions d'habitants dont 40% (1) représentent les moins de 15 ans. Les taux de morbidité et de mortalité nationales subissent l'influence des problèmes de la gente infantile. De quels problèmes s'agit-il ? Quid de la mortalité et de la morbidité infantile chez nous ?

De 1960 à l'an 2000, le taux de mortalité infantile en Haïti (2) a certes chuté, mais il restait et demeurait l'un des plus élevés du continent américain (tableau I).

Tableau I

Infant Mortality Rate

	1960	1970	1980	1990	1995	2000
Bahamas	51	38	28	24	20	15
Barbados	74	40	22	14	14	12
Bolivia	152	144	112	87	73	62
Brazil	115	95	70	50	41	32
Cameroon	151	127	105	85	92	95
<b>Canada</b>	<b>28</b>	<b>19</b>	<b>11</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>6</b>
Central African Republic	187	149	121	115	115	115
Chile	107	77	31	18	12	10
China	150	85	49	38	37	32
Colombia	82	70	40	29	27	25
Congo, Dem. Rep. Of	175	147	130	128	128	128
Cote d'Ivoire	195	158	114	100	101	102
Cuba	39	34	22	12	9	7
<b>Dominican Republic</b>	<b>102</b>	<b>91</b>	<b>71</b>	<b>53</b>	<b>47</b>	<b>42</b>
El Salvador	130	111	84	46	38	34
<b>France</b>	<b>29</b>	<b>18</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>4</b>
Germany	34	22	13	7	5	5
Ghana	126	112	92	74	65	58
Guatemala	136	115	97	60	49	44
Guyana	100	81	65	65	61	55
<b>Haïti</b>	<b>169</b>	<b>148</b>	<b>132</b>	<b>102</b>	<b>91</b>	<b>81</b>
Honduras	137	116	75	47	39	32
India	146	127	113	84	74	69

De 1 à 5 ans, les principales causes de décès rapportés par la littérature sont : la diarrhée (37%), la malnutrition (32%) et les infections respiratoires aiguës : surtout la pneumonie (25%). Très souvent on retrouve une combinaison de ces affections.

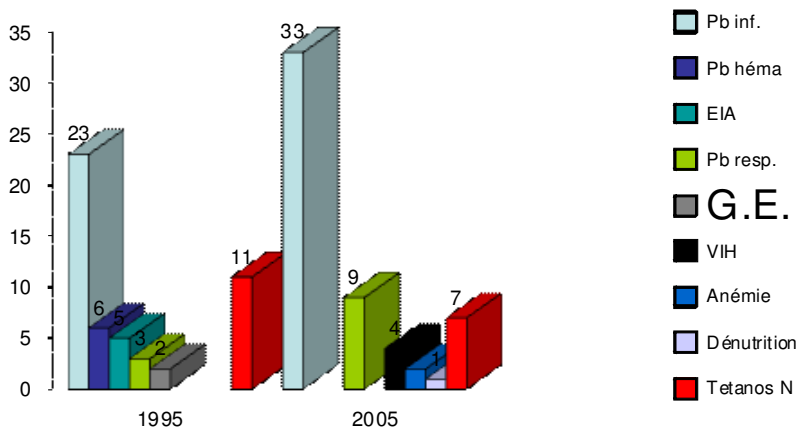
La réalité à l'Hôpital de l'Université d'État d'Haïti (H.U.E.H.) à partir des principales causes de décès infantiles, reflète surtout l'impact des problèmes infectieux (avec prédominance au niveau de la période néonatale), des problèmes nutritionnels et de l'insuffisance structurel de l'accueil à la naissance (Tableau II) et (Graphique I).

Parmi les principales causes de la mortalité néonatale (3), la littérature rapporte : le petit poids de naissance (24%), les problèmes obstétricaux (23%) et le tétanos néonatal (15%). Dans un document publié (4) au Service de Pédiatrie en septembre 2002, on notait que la mortalité néonatale précoce était du dans 36% des cas à la prématurité (Graphique II) et dans 19% aux infections.

Tableau II Causes de Décès au Service de Pédiatrie de l'H.U.E.H.

2000		1999	
Prématurité	71	Prématurité	106
Infections néonatales	42	Infections néonatales	80
Problèmes respiratoires	30	Problèmes respiratoires	16
Malnutrition	25	Malnutrition	14
Méningite (non néonatale)	22	Encéphalopathie ischémique anoxique (EIA)	14
Tétanos néonatal (T.N)	20	Méningite (non néonataux)	12
Gastro-entérite	13	Tétanos néonatal (T.N)	11
Septicémie (non néonatale)	9	Septicémie (non néonatale)	11
Encéphalopathie Ischémique anoxique (EIA)	9	Hémorragie intracrânienne néonatale	11
Hémorragie intracrânienne néonatale	7	Méningococcémie	5
TB pulmonaire	4	Gastro-entérite	5

Graphique I : Causes de décès pédiatriques à l'Hôpital de l'Université d'État d'Haïti

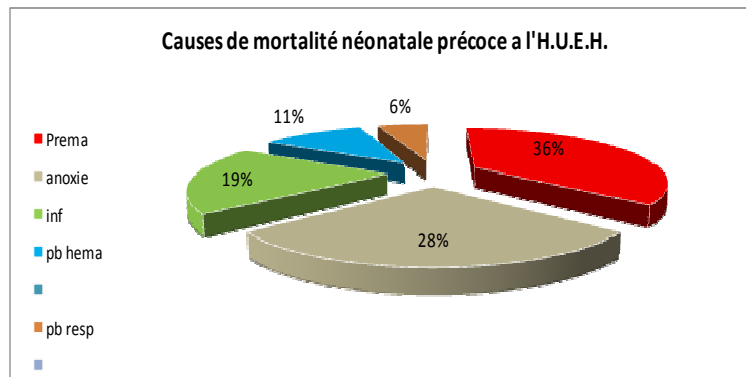




Avec une couverture prénatale nationale sur laquelle il faut continuer à agir(1), (79% des mères qui accouchent bénéficient des soins prénataux) et la notion d'un plus fort pourcentage de femmes accouchant à travers le pays, à domicile(1) (seulement 23% des accouchements sont médicalement assistés), la prépondérance des cas de problèmes obstétricaux, de petits poids de naissance et de problèmes infectieux en période néonatale semble se justifier.

Selon les projections des experts (5), ces affections demeureront les principales causes de mortalité infantile jusqu'en 2020, à moins d'une intensification considérable des efforts déployés pour les éliminer

Graphique II



La morbidité infantile s'exprime à travers les principales causes d'hospitalisation (4) enregistrées au Service de Pédiatrie de l'Hôpital de l'Université d'État d'Haïti (H.U.E.H) (tableau III). Elle devrait, entre autres, traduire l'impact de la faiblesse des dispositifs de prévention du système sanitaire national, l'H.U.E.H. étant le principal Centre hospitalier de référence, du pays.

Du suivi prénatal, en passant par l'accueil du nouveau-né, pour aboutir à la consultation pédiatrique, la rigueur dans la gestion de ces différentes étapes influence le profil de l'état de santé de la gente infantile.

Tableau III

**Principales causes d'hospitalisation au Service de Pédiatrie**

	1996	1997	1998	1999	2000
<b>Pathologies</b>	Nombre de cas par année				
<b>Infections néonatales</b>	380	488	489	686	510
<b>Pneumonie</b>	409	250	255	242	458
<b>Méningite</b>	208	199	190	194	148
<b>Prématurité</b>	58	92	145	173	141
<b>GNA</b>	66	56	80	65	56
<b>Typhoïde</b>	193	126	75	41	73
<b>Malnutrition</b>	94	95	74	92	183
<b>Anémie</b>	44	74	67	100	151
<b>Encéphalopathie ischémique anoxique</b>	62	129	62	71	48
<b>Gastro-entérite</b>	113	40	37	62	149
<b>Méningococcémie</b>	109	96	48	37	2
<b>Infections génito- urinaire</b>	43	34	33	24	43
<b>Tétanos néonatal</b>	35	31	41	23	27

Seulement 30% (1) des enfants âgés de 12 à 23 mois sont complètement vaccinés. On comprend bien qu'une telle situation ne peut que promouvoir l'émergence et/ou la persistance de pathologies immuno contrôlables.

Le Tétanos néonatal demeure une préoccupation dans notre milieu (7), au moment où la pathologie est en nette régression dans beaucoup de pays de la région (8). De 61 cas enregistrés au Service de Pédiatrie en 1988, on passait à 35 cas en 1996 et 9 cas en 2006 (Graphique III). Si le Tétanos devait être utilisé comme indice d'appréciation des soins apportés à la population, avec une nette prédominance notée particulièrement dans la périphérie de la capitale (Tableau IV et V)(Graphique IV), on devrait peut être questionné la répartition et la qualité des soins découlant de l'orientation de la politique sanitaire nationale en vigueur.

Graphique III : Évolution de l'hospitalisation pour Tétanos néonatal à l'H.U.E.H

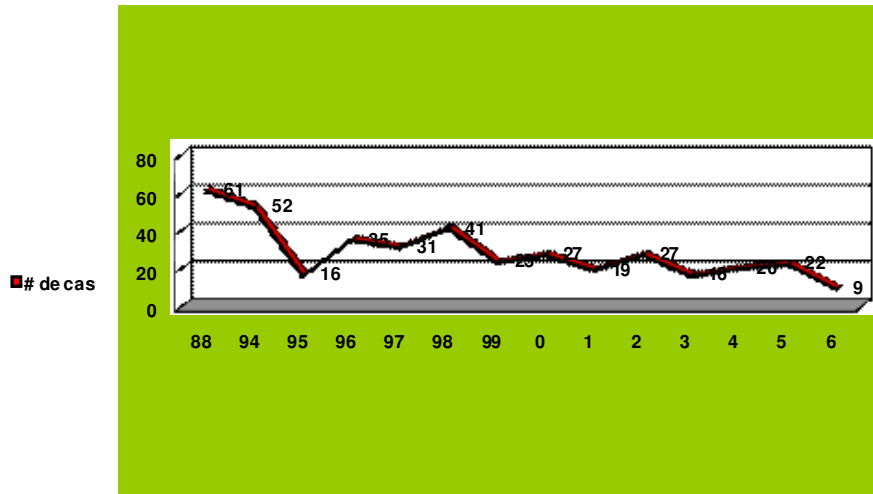
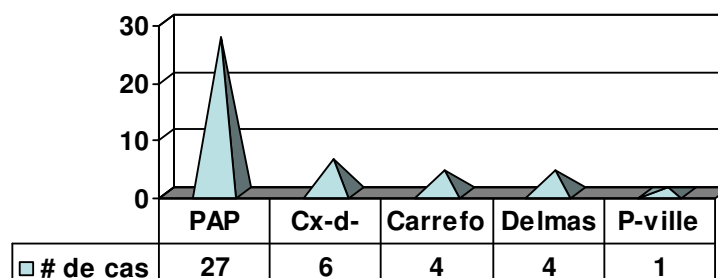


Tableau IV : La répartition des cas de Tétanos Néonatal par département sanitaire en 2000

Départements sanitaires	Nombre de cas de TNN rapporté	Estimation de naissances vivantes	Taux pour 1000 naissances vivantes
Grand-Anse	1	10499	0,10
Nippes	1	8287	0,12
Nord	7	24213	0,29
Nord Ouest	3	13986	0,21
Ouest	25	98526	0,25
Sud	2	19534	0,10
Total	39	249890	0,16

Graphique IV :



Nous retenons (8) qu'en 1995 une nette prédominance des cas provenant des quartiers de la capitale par rapport aux communes avoisinantes était notée (graphique IV) ; ces données allaient se confirmer avec les relevés rapportés par l'EMMUS II en 2005 (Tableau V).

Tableau V : Incidence Tétanos néonatal dans les communes en 2005

Communes	Cas de Tétanos Néonatal	Taux pour 1000 naissances vivantes
Port-de-Paix	1	0,52
Carrefour	2	0,12
Cayes	2	0,35
Croix des Bouquets	1	0,19
Delmas	6	0,43
Limbé	7	4,08
Morne	1	0,86
Pestel	1	0,55
Petionville	2	0,36
Petit Trou des Nippes	1	0,67
<b>Port-au-Prince</b>	<b>14</b>	<b>0,31</b>
Port de Paix	1	0,23
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>0,37</b>

## Objectifs

## Objectifs généraux

Offrir en formation médicale initiale les principaux outils indispensables à l'intégration du futur médecin dans la communauté. Ce dernier devrait pouvoir s'adapter à la constante mutation de l'environnement sanitaire, laquelle subit les perpétuels retombées et exigences socio-économiques.

## Objectifs spécifiques

Au delà d'un apprentissage optimal de l'évaluation clinique à toutes les étapes de la vie de l'enfant, à partir de la connaissance : du processus normal du développement psychomoteur, des habitudes et possibilités alimentaires, et à partir de l'aptitude à assurer les missions de prévention individuelle et collective, le récipiendaire de la FMP, devra contribuer à garantir des soins pédiatriques de qualité, indispensables à l'existence d'une gente infantile en santé.

Le futur Médecin généraliste doit être en mesure d'identifier ces principales pathologies nécessitant une évaluation médicale et/ou une hospitalisation, les prendre en charge à partir d'une approche rationnelle tenant compte certes des avancées de la Médecine, mais aussi des réalités et limites du terroir.

Le futur Médecin Pédiatre devra être à même d'aborder les spécificités de la spécialité à partir d'un profil regroupant une performance clinique irréprochable et des aptitudes pratiques appropriées.

## Définition et description du cours

Pour atteindre les objectifs précités, le Département de Pédiatrie de la Faculté de Médecine et de Pharmacie (FMP) de l'Université d'État d'Haïti a constitué un programme d'enseignement qui s'étend sur trois années.

Les deux premières années de formation se retrouvent au niveau du deuxième cycle d'études médicales (DCEM).

Elles se répartissent sur cinq (5) semestres en DCEMII/4ème année de Médecine (avec 4 enseignants) et quatre (4) semestres en DCEMIII/cinquième année de Médecine (avec 3 enseignants). Le semestre comprend en moyenne quatorze (14) semaines.

Une troisième année de Pédiatrie est offerte au cours de l'Internat rotatoire à l'Hôpital de l'Université d'État d'Haïti.

Sept enseignants se partagent la tâche d'apporter les notions de médecine pédiatrique fondamentale et les grandes lignes des principales pathologies infantiles. Ces Professeurs se répartissent entre les enseignements théoriques dispensés à la Faculté et les séances de clinique à l'Hôpital de l'Université. La troisième année se fait spécifiquement sous la supervision du Chef de Service de Pédiatrie de l'H.U.E.H. assisté de son équipe.

L'emphase de cet enseignement est portée sur les principales causes de décès(8) (Graphique I) rencontrées particulièrement au sein de la population infantile hospitalisée à l'H.U.E.H. Il comprend ainsi un volet théorique, et des séances de clinique.



## **Le Volet théorique**

Les cours théoriques sont d'une durée de 1hre à 2hres. Cet enseignement se fait sous forme de cours magistraux, de projections de diapositives ou de transparents (rétroprojecteur) et de projection par système LCD (PowerPoint). Certains exposés sont renforcés par des textes photocopiés ou des ouvrages mis à la disposition des étudiants. Les grands volets du cours de Pédiatrie sont supportés par une bibliographie dont l'accessibilité à l'étudiant est à renforcer. Les épreuves écrites sanctionnant les périodes d'enseignement, sont anonymes, à caractère rédactionnel ou objective (QCM) et d'une durée d'une heure par enseignant.

## En DCEMII

Dans le but d'une initiation rationnelle de l'étudiant à la matière, le premier semestre de Pédiatrie (en DCEMII/4<sup>ème</sup> année de formation médicale initiale) est dédié au monde des nouveau-nés. L'étudiant est ainsi invité à se familiariser avec l'environnement de la salle de travail puis des suites de couche ; les principales difficultés inhérentes à la période périnatale sont aussi discutées.

Au niveau du DCEMII, l'étudiant bénéficie de l'acquisition de notions de Pédiatrie néonatale, de Périnatalogie, de Nutrition infantile, de Vaccinologie, et de Croissance et Développement à travers les thèmes suivants :

- 1- L'examen clinique
  - a- en salle de travail
  - b- en suites de couche
- 2- Le fœtus pendant le travail et au cours de la grossesse
- 3- L'adaptation extra-utérine
- 4- La souffrance fœtale aigue et la réanimation néonatale
- 5- Les traumatismes obstétricaux
- 6- Les détresses vitales du nouveau-né
  - a- respiratoires
  - b- neurologiques
  - c- hématologiques
  - d- cardiovasculaires
- 7- Les urgences chirurgicales et orthopédiques du nouveau-né
  - a- atrésie de l'œsophage
  - b- occlusions intestinales
  - c- pied bot varus équin congénital
  - d- luxation congénitale de la hanche
- 8- L'ictère
- 9- L'encéphalopathie ischémique anoxique (EIA)
- 10- Vision pour l'enfance haïtienne
- 11- Calendrier de vaccinations
- 12- Alimentation de l'enfant normal (0-3 ans)  
Importance de l'allaitement maternel  
Besoins alimentaires
- 13- Malnutrition
- 14- Croissance et Développement  
Critère de croissance  
Anomalies/troubles de la croissance : hypotrophie ; post-maturité ; prématurité
- 15- Enfant né de mère droguée, alcoolique, fumeuse (tabac)

- 16- Différentes anomalies de la grossesse et leurs conséquences chez l'enfant -Incidence de la tension artérielle et de la néphropathie sur la grossesse
- 17- Le nouveau né macrosome (Diabète maternel ; syndrome de Beckwith Weidman)
- 18- Pathologie ombilicale : omphalite ; hémorragie ombilicale et anomalies de fermeture de la paroi abdominale
- 19- Tétanos néonatal
- 20- Septicémie néonatale/Infection materno-infantile ; Méningite néonatale ; TORCH
- 21- Grossesses multiples

En quatrième année l'enseignement de la PCIME (prise en charge intégrée des maladies de l'enfance) est introduit. Cette stratégie est élaboré par l'OMS et l'UNICEF et porte sur la nutrition, la vaccination et d'autres activités destinées à prévenir les maladies et promouvoir la Santé ; elle cherche essentiellement à assurer la prise en charge globale des maladies les plus fréquentes de l'enfant tout en se concentrant sur les principales causes de décès retrouvées dans les pays en voie de développement et plus particulièrement en Haïti.

L'amélioration, des compétences du personnel de santé grâce à des directives de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, du système de santé dans la prise en charge efficace des maladies de l'enfant et des pratiques communautaires et familiales, devrait permettre d'atteindre une optimisation de la qualité des soins destinés aux enfants. L'étudiant apprend à aborder l'enfant dans son ensemble et à faire une meilleure gestion de la problématique des exigences et retombées sanitaires chez ce dernier.

## En DCEMIIII

En DCEMIIII, la cinquième année de formation médicale initiale, c'est l'introduction de la Pédiatrie générale avec l'étude de différentes pathologies intéressant les principaux systèmes: génito-urinaire, digestive, pulmonaire et hématologique. Une attention particulière est portée aux problèmes d'ordre infectieux avec un cours d'infectiologie pédiatrique insistant d'abord sur un rappel des notions de base de bactériologie, de virologie, d'immunologie et de santé publique. En dehors de l'apprentissage des différents aspects de ces principales pathologies infectieuses, les principes de l'antibiothérapie sont abordés afin de mieux orienter ce futur médecin dans son comportement face au cuisant problème des infections en Pédiatrie.

Dans ce contexte les pathologies et problèmes suivants sont abordés:

- 23- Anomalies congénitales du rein
- 24- Glomérulonéphrite post streptococcique
- 25- Syndrome néphrotique
- 26- Syndrome hémolytique urémique
- 27- Tumeur de Wilms
- 28- Neuroblastome
- 29- Infection génito-urinaire
- 30- Insuffisance rénale aigue
- 31- Vomissements
- 32- Diarrhée
- 33- Généralités sur l'hématopoïèse
- 34- Définition de l'anémie
- 35- Différents types d'anémie : ferriprive ; carentielles ; sidéroblastiques ; hémolytiques
- 36- Leucémie lymphoblastique aigue
- 37- Purpuras
- 38- Laryngite
- 39- Epiglottite - Bronchiolite
- 40- Pneumonie virale/bactérienne
- 41- Asthme
- 42- Sida
- 42- Typhoïde
- 43- Tuberculose

## **Le Volet clinique**

Le côté pratique se délivre à l'Hôpital de l'Université d'État d'Haïti (H.U.E.H.) par le biais de stages cliniques d'une durée de 1 à 2 mois (chaque jour entre 10hrs 30 et 1hrePM). Les séances de formation se font au chevet des patients et durent en moyenne 2heures par jour (du lundi au vendredi, soit en moyenne 10 heures par semaine).

L'Étudiant au Service de Pédiatrie est un membre à part entière de l'équipe du Service. Il rejoint au niveau des différents secteurs, le Médecin de Service, le Résident et l'Interne. A son arrivée il est accueilli par le Résident Chef (ou l'Assistant Résident Chef)

Un ou deux patients lui sont assignés, soit au niveau du secteur de Périnatalogie du Service d'Obstétrique Gynécologie et au niveau du secteur de Pédiatrie néonatale de l'H.U.E.H. soit seulement au niveau du secteur de Pédiatrie générale du Service de Pédiatrie, ceci dépendra du niveau de son stage en cours. L'étudiant a pour devoir de s'informer du dossier de son (ou de ses) patient(s), de participer, en attendant l'arrivée de son Professeur de clinique, aux différentes activités (aux côtés des Résidents et Internes) du secteur d'hospitalisation auquel il est assigné. Il est tenu de rejoindre immédiatement son Professeur de clinique à son arrivée, tout en s'excusant auprès de l'équipe de son secteur d'affectation.

Au cours de sa période de stage clinique, l'étudiant effectue aussi un certain nombre de gardes en vue d'augmenter son temps d'exposition à la vie du Service. Il est supervisé et encadré par les Internes et les Résidents et peut ainsi mieux appréhender les notions d'urgence, vécues sur le tas.

Les Gardes se font les : samedi de 2hesPM à 6hresPM ; dimanche 8hreAM à midi et 2hres PM à 6hresPM.

### **Objectifs des Gardes :**

Permettre à l'Étudiant de se familiariser avec la routine du Service de Pédiatrie en vivant les différentes situations rencontrées au cours des urgences. Il est exposé à l'accueil, l'évaluation clinique, l'approche diagnostique et les dispositions thérapeutiques des différents cas.

### **Description de tâches au cours des gardes**

- 1- L'Étudiant assiste l'Interne dans la pose de soluté intraveineux
- 2- L'Étudiant assiste l'Interne dans le contrôle des signes vitaux
- 3- L'Étudiant assiste l'Interne dans la collecte des données de l'anamnèse
- 4- En Consultation Externe, il peut participer sous la supervision d'un Résident

- a) à l'évaluation clinique d'un patient (prise de la température, du poids, de la tension artérielle...);
- b) à la rédaction d'ordonnances (contresignée par un Résident)

Le contrôle des connaissances s'effectue en fin de stage par une épreuve orale effectuée par les différents Professeurs de clinique du Département, chacun selon le niveau qui le concerne.

La **validation du stage** est ainsi obtenue :

- a- assiduité et comportement
- b- participation et acquisition des objectifs pédagogiques
- c- activités d'ordre pratique= les gardes
- d- Contrôle des connaissances par une épreuve de mise en situation

## En DCEMII

Le stage clinique d'initiation aux fonctions hospitalières se réalise ainsi au niveau des Services d'Obstétrique gynécologie, puis de Pédiatrie, à l'Hôpital de l'Université d'État d'Haïti (H.U.E.H.). Ce programme adapté à la réalité du terroir permet à l'étudiant, tout en étant exposé aux notions récentes et / ou actualisées, de mieux cerner les différentes facettes d'une prise en charge en milieu difficile, à ressources limitées. Les séances pratiques s'étalent sur une durée de quatre semaines et intéressent la Pédiatrie néonatale, la Périnatalogie, la Nutrition, la Croissance et le Développement abordées selon les thèmes suivants:

- 1- accueil et prise en charge du nouveau-né en salle de travail ; examen physique
- 2- accueil et suivi du nouveau-né auprès de sa mère en suite de couche ; examen physique complet
- 3- examen physique du nouveau-né malade ; accueil et prise en charge du nouveau-né (à terme et prématuré) hospitalisé pour : infection materno-fœtale/septicémie ; tétanos néonatal ; traumatismes obstétricaux ; ictère ; problèmes respiratoires ; problèmes hématologiques ; problèmes digestifs ; problèmes neurologiques ; infection à VIH / PTME
- 4- vaccination
- 5- développement psychomoteur
- 6- allaitement maternel
- 7- alimentation du nourrisson
- 8- examen physique du nourrisson
- 9- examen physique de l'adolescent



## En DCEMIIII

En clinique, l'étudiant de DCEMIIII (4eme année de formation médicale initiale), renforce son apprentissage pédiatrique par l'accès aux principales causes d'hospitalisation en pédiatrie générale. Pendant 8 semaines il est exposé (suivant la disponibilité des cas cliniques) à la prise en charge de ces principales maladies et situations influençant la morbidité et la mortalité infantile :

- a. diarrhée - troubles hydro-electrolytiques et acido-basiques
- b. malnutrition
- c. parasitose
- d. hépatite virale ; leptospirose
- e. pneumopathies : bronchopneumonie ; tuberculose ; asthme ; bronchiolite ; épiglottite ; croup
- f. convulsions : méningites ; épilepsie ; convulsions fébriles bénignes ; méningo-encéphalite ;
- g. coma
- h. souffle cardiaque ; rhumatisme articulaire aigue ; endocardite bactérienne ; arthrite rhumatoïde juvénile ; péricardite ; endocardite ; myocardite
- i. syndromes fébriles
- j. exanthèmes
- k. typhoïde
- l. malaria
- m. glomérulonéphrite aigue ; syndrome néphrotique ; infection génito-urinaire ; insuffisance rénale aigue ; énurésie
- n. anémies ; thalassémies ; leucémies
- o. poliomyélite ; tétanos (du grand enfant)
- p. anomalies chromosomiques : syndrome de Down ; syndrome de Turner
- q. anomalies endocriniennes : hypothyroïdie ; ambiguïté sexuelle ; diabète ; obésité
- r. appendicite
- s. infection à VIH - manipulation des ARV
- t. Fièvre
- u. Fièvres éruptives -Exanthèmes
- v. Arthrite - Ostéomyélite
- w. Anomalies endocriniennes : ambiguïté sexuelle ; hypothyroïdie ; Diabète
- x. Anomalies chromosomiques : Syndrome de Turner ;
- y. L'urgence en pédiatrie est prise en considération, ceci malgré les insuffisances structurelles du secteur, à partir des discussions de cas et aussi des révisions de dossiers.

**A la fin de sa première année d'enseignement pédiatrique**, l'étudiant de la FMP est capable d'examiner un nouveau-né, un nourrisson et un adolescent. Au cours de cette évaluation clinique il peut apprécier, tout comportement réclamant des interventions en urgence, le profil staturo-pondéral de l'enfant et peut détecter toute anomalie du développement psychomoteur.

L'étudiant sera imbu des bienfaits de l'allaitement maternel et, peut évaluer et proposer si besoin, l'alternative artificielle. Les principales facettes de l'alimentation normale d'un nourrisson et d'un adolescent sont à sa portée.

Il est en mesure d'identifier cliniquement les principales affections du nouveau-né (les problèmes respiratoires, digestifs, neurologiques et hématologiques, les retombées d'une prise en charge inadéquate à la naissance, un processus infectieux, un ictère,). L'étudiant après les cinq semestres de Pédiatrie, dont deux de Pédiatrie néonatale, un sur la croissance et le développement, un pour la PCIME et un autre sur la périnatalogie, est apte à participer à une réanimation néonatale et à une consultation pédiatrique en général. Il possède la compétence nécessaire pour accueillir un nouveau-né en salle de travail, pour passer un tube de Levine, faire une injection intramusculaire et administrer un onguent ophtalmique. Avec l'acquisition du concept de prise en charge intégré, il sera capable de mieux aborder l'enfant malade, participer à toute initiative ou activité avec optique de sensibilisation à visée préventive.

**A la fin de sa deuxième année d'enseignement pédiatrique**, l'étudiant de la FMP est capable de poser un diagnostic clinique et para clinique des principales pathologies intéressant le nourrisson et l'adolescent. Avec l'acquisition de solides notions d'infectiologie, il sera en mesure de bien orienter ses investigations paracliniques et prescrire convenablement face aux processus infectieux affectant les différents groupes d'âge. Il est à même de poser des gestes pratiques routiniers tels que : pose de soluté intraveineux, prélèvement sanguin veineux, pose de collecteurs d'urine, ponction lombaire, contrôle de la tension artérielle et des signes vitaux.

## L'INTERNAT

## En INTERNAT

La troisième année de l'enseignement de Pédiatrie, l'Internat rotatoire, consiste en un séjour de 4 semaines au niveau du Service de Pédiatrie de l'Hôpital de l'Université d'État d'Haïti. Cette année de formation, à orientation d'abord et surtout pratique devrait permettre à l'Interne d'appliquer et/ou de gérer les notions théoriques reçues au cours des deux années précédentes.

Les objectifs à atteindre au cours du passage de l'Interne en Pédiatre sont :

- 1- réaliser un examen clinique complet systématique orienté en fonction de l'âge ;
- 2- interpréter les données anthropométriques (poids, taille, périmètre crânien) par l'utilisation des abaques ;
- 3- renseigner les parents sur l'importance et utiliser la carte « chemin la sante »
- 4- communiquer aux parents les éléments de puériculture élémentaires : avantages et pratique de l'allaitement maternel ; pratique de l'allaitement artificiel ; hygiène corporelle ; hygiène de vie ; position de couchage ; consultation de suivi
- 5- évaluer le développement pubertaire
- 6- dépister par l'interrogatoire alimentaire une carence d'apport protéino calorique, calcique, martiale, vitaminique.
- 7- prescrire et commenter le régime alimentaire d'un nourrisson normal de la naissance à deux ans
- 8- déterminer dans les situations cliniques courantes la prescription d'imagerie la plus pertinente.
- 9- justifier les modalités d'une prescription chez l'enfant
- 10- rédiger une ordonnance dans les règles de la bonne pratique clinique (Posologie ; durée ; ..)
- 11- prendre en charge un enfant présentant une intoxication accidentelle
- 12- reconnaître et prendre en charge une insuffisance cardiaque du nourrisson
- 13- reconnaître les signes cliniques d'une urgence chirurgicale
- 14- reconnaître les signes cliniques d'une urgence orthopédique
- 15- diagnostiquer un état de déshydratation, en évaluer la gravité, prescrire les mesures thérapeutiques et la surveillance ; conduire une démarche para clinique (et clinique) en vue d'établir le diagnostic étiologique.

- 16- diagnostiquer et prendre en charge les principales pathologies (neurologiques, infectieuses et respiratoires) responsables des hospitalisations pédiatriques.
- 17- pratiquer les principaux gestes diagnostiques et thérapeutiques :
  - a- ponction lombaire
  - b- lavage gastrique
  - c- ponction sus-pubienne
  - d- prélèvements veineux et artériels
  - e- perfusions veineuses
  - f- réanimation (intubation endo-trachéale omise)

Au cours de l'Internat, période consacrée d'abord et surtout au renforcement des acquis pratiques des années antérieures, l'Interne peut bénéficier de rappels théoriques entre 10hres et 11hres AM, au cours de la première semaine. Parmi les thèmes traités, qui varient, nous citons les suivants :

- 1- Douleurs abdominales
- 2- Décompensation cardiaque
- 3- Crise d'Asthme aigue
- 4- Epiglottite et Croupe
- 5- Oedème aigu du poumon
- 6- Acidocétose diabétique
- 7- Hypoglycémie
- 8- Hémorragies
- 9- Intoxications
- 10- Coma
- 11- Détresse respiratoire
- 12- Réanimation polyvalente

La **validation du stage** au niveau de l'Internat porte sur les critères suivants :

- a- présentation d'une Conférence  
Sujet d'intérêt (à déterminer) avec support audiovisuel, références bibliographiques suffisantes
- b- présentation d'un cas d'Enfant hospitalisé  
Revue de la littérature et données statistiques disponibles à l'appui
- c- épreuve de mise en situation
- d- épreuve orale devant un jury comprenant un Représentant du Département de Pédiatrie et un Représentant du Service de Pédiatrie

## Bibliographie

- 1- **Enquête mortalité, morbidité et utilisation des services Emmus-III**
- 2- **UNICEF Statistics : Child mortality**
- 3- **News1 Macro Syst. Inst. Resour Dev. Demogr. Health surv: 1996; 5 (1):9**
- 4- **Severe D. Mes Reflexions sur le Service de Pédiatrie**
- 5- **Murvy CJL et Lopez AD The global burden of disease : a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected 2020**
- 6- **Severe D. et al. Analyse de la mortalité périnatale à l'H.U.E.H.**
- 7- **Document de l'OMS/OPS**
- 8- **D. Severe et al Panorama du Tetanos néonatal à l'H.U.E.H.**