

BURKINA FASO

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE  
(F.S.S.)

Année 1992

Thèse N° 6

***Etude étiolo-épidémiologique  
des intoxications aiguës en milieu  
pédiatrique au centre Hospitalier National  
Yalgado Ouédraogo à Ouagadougou***

Thèse

Pour le

GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE  
(DIPLOME D'ETAT)

Présentée et soutenue publiquement le 13 Juillet 1992

Par :

**LOMPO Yedpaguiba François**  
né en 1964 à Tambaga

Jury :

Président :	Professeur Ag.	<b>I. Pierre GUISSOU</b>
Membres :	Docteur	<b>P. Daniel ILBOUDO</b>
	Docteur	<b>Y. Joseph DRABO</b>
	Docteur	<b>K. Ludovic KAM</b>
Directeur de Thèse :	Docteur	<b>K. Ludovic KAM</b>

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

-----  
Faculté des Sciences de la Santé  
(F.S.S.)  
-----

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA F.S.S.

ENSEIGNANTS PERMANENTS

*Professeurs titulaires*

Rambré Noumouni QUIHINGA	Anatomie organogenèse et chirurgie
Hilaire TIENDREBOGBO	Sémiologie et Pathologie médicale

*Professeurs associés*

François CANONNE	Santé Publique
Ahmed BOU-SALAH	Neuro-chirurgie

*Maîtres de Conférences Agrégés*

Amadou SANOU	Chirurgie
Bobilwendé Robert SOUDRE	Anatomie pathologique
Tinga Robert GUIGUENDE	Parasitologie
Julien YILBOUDO	Orthopédie-Traumatologie
Bibiane KONE	Gynécologie-Obstétrique
Alphonse SAWADOGO	Pédiatrie
Innocent Pierre GUISSOU	Pharmacologie-Toxicologie

*Maître de Conférences associé*

Jean TESTA	Epidémiologie-Parasitologie
------------	-----------------------------

*Maîtres-Assistants associés*

Ould MOHAMMEDI	Dermatologie
Rachid BOUAKAZ	Maladies infectieuses

*Maîtres-Assistants*

Kongoré Raphaël OUEDRAOGO	Chirurgie
François René TALL	Pédiatrie
Lady Kadidiatou TRAORE	Parasitologie
Mamadou SAWADOGO	Biochimie

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE  
( F S S )

PERSONNEL ADMINISTRATIF DE LA FSS :

DOYEN :

Pr. R. Moumouni GUIMINGA

VICE DOYEN CHARGE DES AFFAIRES ACADEMIQUES :

Pr. Ag. SOUDRE B. Robert

VICE DOYEN CHARGE DE LA RECHERCHE

Pr. Ag. GUISSOU I. Pierre

DIRECTEUR DE STAGE :

Dr. OUIDRAGO K. Raphaël

SECRETARE PRINCIPAL :

BANHORO Gustave

C S A F C :

SAVADOGO Moussa

CONSERVATEUR :

KARANTAO Mamadou

RESPONSABLE DE LA SCOLARITE :

ENEGNE Seydou

*Assistants Chefs de clinique*

Pascal BONKOUNGOU	Gastro-Entérologie
Boukari Joseph OUANDAOGO	Cardiologie
Tanguet OUATTARA	Chirurgie
R. Joseph KABORE	Gynécologie-Obstétrique
Mamadou Patrice ZEI	Gynécologie-Obstétrique
Luc SAWADOGO	Gynécologie-Obstétrique
Philippe ZOURE	Gynécologie-Obstétrique
Saïdou Bernard OUEDRAOGO	Radiologie
Issa SANOU	Pédiatrie
Toungo Christian SANOU (in memoriam)	Oto Rhino Laryngologie
Raphaël DAKOURE	Anatomie-Chirurgie
K. Ludovic KAM	Pédiatrie
Piga Daniel ILBOUDO	Gastro-entérologie
Doro SERME	Cardiologie
Virginie TAPSOBA	Ophtalmologie
Adama LENGANI	Néphrologie
Sophar HIEN	Chirurgie
Jean LANKOANDE	Gynécologie-Obstétrique
Hamadé OUEDRAOGO	Anesthésie-Réanimation- Physiologie
Arouna OUEDRAOGO	Psychiatrie
Oumar TRAORE	Chirurgie
Joseph Y. DRABO	Endocrinologie
Blaise SONDO	Santé publique
Abdoulaye TRAORE	Santé publique
Joachim SANOU	Anesthésie-Réanimation- Physiologie
Madi KABRE	Oto Rhino Laryngologie
Kampadilemba OUOBA	Oto Rhino Laryngologie
Salifo SAWADOGO	Hématologie
Gana Jean Gabriel OUANGO	Psychiatrie
Alexis ROUAMBA	Anesthésie-Réanimation- Physiologie
Daman SANO	Chirurgie
Si Simon TRAORE	Chirurgie

*Assistant Chef de clinique associé*

Gérard MITELBERG	Psychiatrie
------------------	-------------

*Assistant associé*

Akpa Raphaël GBARY	Epidémiologie
--------------------	---------------

*Chargés de cours*

Annette SCHWEICH	Physiologie
Jean LANDOIS	Chirurgie
Daniel TRANCHANT	Endocrinologie
Maurice GALIN	Oto Rhino Laryngologie

---

ENSEIGNANTS NON PERMANENTS

Faculté des Sciences et Techniques (FAST)

*Professeurs Titulaires*

TRAORE S. Alfred	Immunologie
Akry COULIBALY	Mathématiques

*Maîtres de Conférences*

Sita GUINKO	Biologie cellulaire- Botanique-B.V.
Laya SAWADOGO	Physiologie-Biologie cellulaire
Boukary LEGMA Laou Bernard KAM	Chimie Générale Chimie

Faculté des Sciences et Techniques (FAST)

*Maîtres-Assistants*

W. GUINDA	Zoologie
Léonide TRAORE	Biologie cellulaire
Adama SABA	Chimie organique
François ZOUGMORE	Physique
Longin SOME	Mathématiques-statistiques
Gombibo Jean-Baptiste OUEDRAOGO	Physique
Aboubakary SEYNOU	Statistiques

*Assistants*

Makido B. OUEDRAOGO	Génétique
Apollinaire BAYALA (in memoriam)	Physiologie
Jeanne MILLOGO	T.P. Biologie cellulaire
Raymond BELEMTOUGOURI	T.P. Biologie cellulaire

Institut du Développement Rural

*Maître-Assistant*

Didier ZONGO

Génétique

Faculté des Sciences Economiques et Gestion (FASEG)

*Maître-Assistant*

Tibo Hervé KABORE

Economie-Gestion

Faculté de Droit et Sciences Politiques (FDSP)

TAHITA

Législation Pharmaceutique  
(Droit)

ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mme Henriette BARY

Psychologie

Dr Jean Zézouma SANOU

Psychiatrie

Dr Brimo ELOHA

Anesthésie-Réanimation

Dr Jean KABORE

Neurologie

Dr Michel SOMBIE

Planification

Dr Abdoulaye KEITA

Administration

Dr René DALLA

Statistiques

Mlle Kasmata TRAORE

T.P. Bactériologie

Dr Casimir KADEBA

T.P. Biochimie

Dr Hadi KABRE

Oto Rhino Laryngologie

Dr Nicole PARQUET

Dermatologie

Dr Nazinigouba OUEDRAOGO

Physiologie

Dr Annette OUEDRAOGO

Stomatologie

Dr THIOBIANO Adama

Législation Pharmaceutique

Dr Sidiki TRAORE

Galénique

Dr Badioré OUATTARA

Galénique

## ENSEIGNANTS MISSIONNAIRES

### A.U.P.E.L.E.

Pr Lamine DIAKHATE	Hématologie (Dakar)
Pr Abibou SAMB	Bactériologie-Virologie (Dakar)
Pr José Marie AFOUTOU	Histologie-Embryologie (Dakar)
Mr Makhtar WADE	Bibliographie (Dakar)
Pr M. K. A. EDEE	Biophysique (Lomé)
Pr. Ag. Mbayang NDIAYE-NIANG	Physiologie (Dakar)
Pr. Ag. R. DARBOUX	Histologie-Embryologie (Bénin)

### O.M.S.

Dr Jean-Jacques BERJON	Histologie-Embryologie (Creteil)
Dr Frédérick GALLEY	Anatomie pathologique (Lille)
Dr Moussa TRAORE	Neurologie (Bamako)
Pr Auguste KADIO	Pathologies infectieuses et parasitaires (Abidjan)
Pr Jean Marie KANGA	Dermatologie (Abidjan)
Pr Arthur N'GOLET	Anatomie pathologique (Brazzaville)

### Mission Française de Coopération

Pr J. C. KOUYOUMDJIAN	Biochimie (Creteil)
Pr Daniel LAURENT	Physiologie (Creteil)
Pr Michel DUSSARDIER	Physiologie (Marseille)
Pr Michel JAN	Neuro-Anatomie (Tours)
Pr Etienne FROGE	Médecine Légale Médecine du travail (Tours)
Pr Henri MOURAY	Biochimie (Tours)
Pr P. QUEGUINER	Ophtalmologie (Marseille)
Mlle Evelyne WIRQUIN	Biophysique (Creteil)
Mr P. JOUANNET	Histologie-Embryologie (Paris)
Mr THEPOT	Histologie-Embryologie (Paris)
Dr Claire SCHWARTZ	Endocrinologie (Reims)
Dr Brigitte DELEMER	Endocrinologie (Reims)
Pr Denis OUESSIDJEWÉ	Pharmacie Galénique (Paris XI)

### Mission de l'Université Libre de Bruxelles (ULB)

Pr Marc VAN DAMME	Chimie Analytique-Biophysique
Pr MOES	Galénique

---

---

D E D I C A C E S

---

JE DEDIE CE TRAVAIL...

A mon père

Ce travail est l'expression des énormes sacrifices que tu as consentis pour ma réussite, parfois au dépens de toute la famille. Je ne l'oublierai jamais.

Témoignage de mes sentiments .

A ma mère

Une certaine maladie vient de te mettre dans un état difficilement supportable malgré les efforts médicaux déployés. Bravons cette situation car notre noble science reconnaît ses propres limites.

Néanmoins, je sais que tu es si fière à présent car ton plus grand souhait est réalisé grâce à ton soutien sans faille. Que Dieu tout puissant te garde longtemps parmi nous et te donne meilleure santé.

Toute ma compassion et mon affection.

A mon enfant LOMPO K. II (in mémoires)

Tu m'avais raffermi la volonté de réussir en m'ouvrant tout un autre horizon de l'univers. Ayant été rappelé à Dieu, tu nous as quittés au moment où ce travail était à son début.

Expression de mon amour paternel.

Paix à ton âme !

A ma fiancée TANKOANO Y. Delphine

Amoureusement.

Du courage, car un proverbe dit : "les jours se suivent mais ne se ressemblent pas".

Que Dieu le miséricordieux, nous guide chaque jour sur son chemin.

A ma marâtre :

Toute ma reconnaissance.

A mes oncles et tantes

Pour le soutien inestimable dont vous m'avez gratifié;  
En particulier LOMPO D. Claude : Tu m'as éduqué,  
beaucoup conseillé et aidé. Ta constante ardeur au  
travail et ta clairvoyance m'ont tant émerveillé.  
Tu es pour moi un deuxième père. Toute ma gratitude.  
Je compte toujours sur toi.

A mes beaux-parents

Sincèrement les mots me font défaut.

A mes frères, soeurs, cousins et cousines

Votre intérêt particulier à mes études ont toujours été  
pour moi un stimulus. Faisons nôtre, la vérité selon  
laquelle, "l'union fait la force".  
Mes souhaits de courage et de réussite.

A mes grand-mères (in memoriam)

Vous m'avez marqué par votre tendresse à mon égard.  
Témoignage de mon affection.

A YONLI Blaise, YONLI Vincent et Familles

Des sacrifices énormes pendant des années !  
Profonde et sincère gratitude.

A OBULBIGA M. Ferdinand et Famille

Ton dévouement pour ma réussite à tous les niveaux est  
d'une particularité remarquable. Ce travail est  
l'expression de tes multiples efforts. Tu demeures pour  
moi une référence de choix. Sincère reconnaissance.

A mon parrain, COMPAORE Isidore

Toute ma gratitude.

Aux Soeurs Agnès, Jeanne, Hélène, Bernadette

Pour vos prières et conseils pratiques.  
Expression de ma reconnaissance.

A mes amis

Tankoano T.Arsène, Charles et Félix, Yonli D.Jules  
et D.Emmanuel, Combary Diadiari, Sawadogo N.François  
et N.Ismaël, Traoré Daouda, Ilboudo J.

Les amis font la force de l'homme.

A mes copains

Sakcambiga Bapouguini, Ouali Labiri., Ouóba F.  
Elisée, Lompo Yacouba, Koanari O.A.Emile.

Nous avons passé des moments inoubliables.

A tous mes promotionnaires de Faculté

Nous sommes devenus des frères et soeurs pour avoir  
passé tant d'années ensemble.

A mes collègues de stage interné

Ouédraogo Hamidou, Nonguierma Elie,  
Mme Bonkougou Kady.

Cette phase de notre vie estudiantine m'est  
inoubliable.

A tous mes maîtres des cycles primaire et secondaire

Toute ma reconnaissance.

A tout le Personnel du CHU-YO.

Pour la collaboration dont il a fait preuve.  
Toute ma reconnaissance.

Au Peuple du BURKINA FASO

Pour les sacrifices consentis pour mes études.

A tous les enfants du monde

Puisse ce travail contribuer, aussi modiquement  
qu'il le soit, à vous garantir une vie de sécurité.

A tous ceux qui, d'une manière ou d'une autre, m'ont apporté  
leur concours durant mes études et que je n'ai pas  
cités par oubli.

Toute ma gratitude.

---

## A NOS MAITRES ET JUGES

A notre honorable Maître et Président de Jury,

Professeur Agrégé I. Pierre GUISSOU

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples sollicitations.

Nous avons eu la chance de bénéficier de votre enseignement. Vous nous avez impressionné par la parfaite maîtrise de votre discipline qui témoigne de votre compétence et de vos connaissances scientifiques. Nous avons découvert en vous un Maître admirable par sa simplicité et son humanisme.

Trouvez ici l'expression de notre déférente gratitude.

A notre Maître et Juge, Docteur P. Daniel ILBOUDO

Nous sommes sensible à l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury en dépit de vos nombreuses charges. Nous n'avons pas eu cet avantage de faire partie de ceux que vous avez enseignés ou encadrés. Néanmoins, nous vous voyons quotidiennement à l'oeuvre et avons appris que vous êtes un Maître qui travaille toujours dans la recherche de la perfection par la rigueur scientifique.

Nous vous prions de croire à notre respectueuse reconnaissance.

A notre Maître et juge, Docteur Y. Joseph DRABO

Bien qu'ayant à faire à vous pour la première fois, c'est un honneur pour nous que vous acceptiez de siéger dans ce jury.

Tous nos sentiments respectueux et notre reconnaissance.

A notre Maître et Directeur de thèse, Docteur K. Ludovic KAM

Nous avons réellement fait votre connaissance quand nous sommes arrivé dans votre Service dans le cadre de notre stage. Très tôt, nous avons découvert en vous un Maître entièrement disponible, accessible, humain et dont l'amour pour l'enfant anime permanemment d'un dynamisme et d'une infatigabilité inouis. Ces qualités en vous nous ont conduit à solliciter votre aide pour le choix d'un sujet de thèse. Vous l'avez spontanément accepté malgré vos multiples occupations. c'en est pour nous un grand honneur.

Tout au long de la réalisation de ce travail, vous nous avez beaucoup encouragé, guidé et aidé. Votre compréhension a toujours prévalu face aux abus de votre calendrier et surtout face à nos insuffisances. Vous avez même consacré des nuits pour nous, grâce à votre souci du travail bien fait.

Sincèrement sans vous, ce travail n'aurait jamais abouti.

Nous en sommes infiniment sensible et vous prions de trouver ici l'expression de notre profonde gratitude et notre admiration. Nous osons encore compter sur vous.

Au Professeur Rambré Moumouni OUIMINGA,

Doyen de la Faculté des Sciences de la Santé  
et a tout son corps enseignant.

Toute notre reconnaissance. Nous compterons toujours sur vous pour le perfectionnement des connaissances qui nous ont été transmises.

MES REMERCIEMENTS VONT...

A Madame A. PARRICAL et SANDRINE HOQUIGNY au Centre  
International de l'Enfance (C.I.E)

Pour la documentation combien précieuse que  
vous avez eu l'amabilité de m'envoyer.

A YADA SALIE, bibliothécaire à la Faculté des Sciences  
de la Santé (F.S.S.)

Pour ta collaboration.

Au DOCTEUR TRAORE ABDOULAYE de la Direction de la  
Surveillance Epidémiologique (Ouagadougou)

Pour les conseils et les renseignements que vous  
nous avez donnés.

Au Personnel des Services de Pédiatrie, des Urgences  
Médicales, du Recouvrement et de la  
Direction Générale du CHN-YO.

Pour sa compréhension et sa constante  
disponibilité.

Au Personnel des Services de la documentation, des  
statistiques de la DEP du Ministère de la Santé,  
de l'Action Sociale et de la Famille, ainsi que  
du Service de la documentation de l'OMS/ONCHO  
(Ouagadougou).

Pour son aimable coopération.

A SAWADOGO YAMKAYE, Madame KOLLO

Pour ce que vous avez fait dans le cadre de la  
réalisation de ce document.

A GNEGNE SEYDOU, responsable de la scolarité (F.S.S) et  
A KABORE NOELIE

Mention spéciale à vous. Grâce à vos efforts et à  
votre compréhension, ce document a vu le jour.

A tous ceux qui ont participé, d'une manière ou d'une  
autre, à la réalisation de ce travail.

"La Faculté des Sciences de la Santé a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation".

## LISTE DES ABREVIATIONS UTILISEES DANS CE TEXTE

O.M.S	= Organisation Mondiale de la Santé.	
U.N.I.C.E.F	= United Nations International Children's Emergency Funds. (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance)	
U.N.E.S.C.O	= United Nations Educational Scientific and Cultural Organization (Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture).	
C.H.N-YO	= Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo.	
C.H.R	= Centre Hospitalier Régional.	
C.H.U	= Centre Hospitalier Universitaire.	
I.N.S.D.	= Institut National des Statistiques et de la Démographie.	
D.E.P	= Direction des Etudes et de la Planification.	
E.M.C.	= Encyclopédie Médico-Chirurgicale.	
IAE	= Intoxications Aiguës de l'Enfant.	
Intox.	= Intoxication	
NT ou Nat. Tox.	= Nature des Toxiques.	
MP ou Méd. Pharmac.	= Médicaments Pharmaceutiques.	
MT ou Méd. Tradition.	= Médicaments Traditionnels.	
HY	= Hydrocarbures.	
AL	= Aliments.	
VEN	= Venins.	
CAU	= Caustiques.	
COS	= Cosmétiques.	
AUT	= Autres.	
N° Sect	= N° de Secteur.	
Sce Péd	= Service de Pédiatrie.	
J	= Janvier, Juin, Juillet	Jan. = Janvier
F ou Fév.	= Février	M = Mars, Mai
A	= Avril, Août	Avr = Avril
S ou Sept.	= Septembre	Juil. = Juillet
O ou Oct.	= Octobre	
N ou Nov.	= Novembre	
D ou Déc.	= Décembre	

NB : Les crochets [ ] renvoient aux références.

## SOMMAIRE

	Pages
PREMIERE PARTIE : INTRODUCTION ....	1
DEUXIEME PARTIE .....	4
Chapitre I            Enoncé du problème et définition des termes .....	5 5
Chapitre II           Objectifs .....	9
TROISIEME PARTIE : NOTRE ETUDE .....	11
Chapitre I            Cadre de l'étude .....	11
Chapitre II           Méthodologie .....	18
Chapitre III          Résultats : Présentation et analyse des données .....	21 21
III.1            Place des IAE parmi les causes d'hospitalisation dans le Service de Pédiatrie du CHN-YO .....	24 24
III.2            Nature des toxiques .....	24
III.3            Etude analytique des IAE .....	29
III.3.1      Répartition des IAE dans le temps ..	29
III.3.2      L'âge .....	38
III.3.3      Le sexe .....	45
III.3.4      La provenance .....	48
III.3.5      Le niveau socio-économique des parents .....	57 57
III.3.6      La religion des parents .....	57
III.3.7      Le mode d'intoxication .....	58
III.3.8      La voie d'intoxication .....	65
III.3.9      La létalité .....	68

III.4	Circonstances de survenue des IAE ..	7
III.4.1	Celles des intoxications accidentelles .....	72
III.4.2	Celles des intoxications iatrogènes.	78
III.4.3	Celles des intoxications volontaires	7
Chapitre IV	Commentaires et discussion .....	81
IV.1	De l'importance des IAE .....	81
IV.2	De la nature des toxiques .....	81
IV.3	Des aspects épidémiologiques des IAE	86
IV.3.1	De la répartition mensuelle des IAE.	87
IV.3.2	De l'âge .....	87
IV.3.3	Du sexe .....	87
IV.3.4	De la provenance .....	87
IV.3.5	Du niveau socio-économique des parents .....	86
IV.3.6	De la religion des parents .....	86
IV.3.7	Du mode d'intoxication .....	87
IV.3.8	Dela voie d'intoxication .....	87
IV.3.9	De la létalité .....	87
IV.4	Des circonstances de survenue .....	100
IV.4.1	Des intoxications accidentelles ....	100
IV.4.2	Des intoxications iatrogènes .....	101
IV.4.3	Des intoxications volontaires .....	101
QUATRIEME PARTIE	CONCLUSION .....	101
CINQUIEME PARTIE	PROPOSITIONS ET RECOMMANDATIONS	107
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....		
ANNEXE .....		

---

PREMIERE PARTIE

INTRODUCTION

Les intoxications aiguës de l'enfant constituent une pathologie médicale particulière et complexe en raison d'une part, du terrain sur lequel elles surviennent et d'autre part, de la multitude et de la diversité de leurs étiologies.

Malgré les efforts d'organismes internationaux tels l'O.M.S, l'U.N.E.S.C.O, l'U.N.I.C.E.F, depuis plus de quatre décennies et les progrès dans le domaine des soins de santé primaires destinés à promouvoir la santé pour tous, les intoxications aiguës de l'enfant sont de nos jours une préoccupation quotidienne en milieu médical dans le monde. En effet, outre la morbidité et la mortalité non négligeables [17,32] dont elles sont responsables, leur nombre annuel est en constante augmentation [37,46,48].

Dans les pays développés, les intoxications aiguës représentaient en 1986 la première cause d'hospitalisation [7]. Celles survenues chez l'enfant représentaient 55 à 60% [14] avec une mortalité allant de 1 à 3% selon les pays [11].

Dans les pays en voie de développement où elles sont considérées comme la dernière née des pathologies par certains auteurs [43], les intoxications aiguës de l'enfant seraient plus mortelles que dans les pays industrialisés [7].

Bien qu'étant le plus souvent de diagnostic relativement facile, car découvertes et identifiées précocement par l'entourage dans la majorité des cas, ces intoxications aiguës de l'enfant, quel que soit leur mode de survenue, sont de véritables urgences médicales [20,25,28,29]. Leur évolution, parfois imprévisible, dépend des premiers gestes ; tandis que leur solution repose avant tout sur la prévention [3]. Cette dernière a permis de baisser leur fréquence dans de nombreux pays de même que celle des cas graves [34], ce qui y a réduit leur mortalité [17,34,2,48]. Mais les stratégies de lutte contre ces intoxications ne sont pas stéréotypées. Elles doivent être adaptées aux particularités étio-épidémiologiques de chaque pays

liées aux conditions socio-culturelles, écologiques et économiques locales. De même, la prépondérance d'un environnement rural ou urbain [2] entre en ligne de compte.

Nous voulons étudier cette pathologie dans notre pays , le Burkina Faso, pour savoir ce qu'il en est et apporter si possible notre modeste contribution à solutionner les problèmes posés.

## DEUXIEME PARTIE

## CHAPITRE I

ENONCE DU PROBLEME  
ET  
DEFINITION DES TERMES

I.1 ENONCE DU PROBLEME

Les intoxications de l'enfant, tout comme celles de l'adulte se traduisent par un ensemble de troubles bénins ou graves dûs à l'introduction d'une substance toxique dans l'organisme, substance qui peut être d'origine diverse.

Pendant notre séjour dans les Services des Urgences Médicales et de Pédiatrie du C.H.N-Y.O, nous avons constaté que les intoxications aiguës constituent une cause fréquente d'admission d'enfants, généralement en catastrophe. Cette fréquence nous a paru plus élevée que nous ne l'avions pensée face au chiffre de 621 avancé comme nombre total de cas notifiés en 1989 au titre des envenimements et empoisonnements chez les enfants de 0 à 14 ans pour l'ensemble du pays [40].

Si la mortalité due aux intoxications aiguës ne paraît pas élevée selon nos constatations, le problème n'en demeure pas moins préoccupant eu égard à leur caractère très angoissant pour les parents et souvent embarrassant pour le médecin.

Par ailleurs, il n'y a pas à notre connaissance d'étude sur le terrain ayant trait aux aspects étiologique et épidémiologique de ce fléau afin de permettre des propositions visant à en minimiser l'incidence.

C'est compte tenu de toutes ces considérations que nous avons jugé opportun d'entreprendre la présente étude. Celle-ci comportera une revue de la littérature sur le sujet et abordera les étiologies ainsi que les caractéristiques épidémiologiques des intoxications aiguës de l'enfant. Nous terminerons par des propositions et des recommandations.

Nul n'est dans notre intention de faire une étude clinique ni thérapeutique. Nous n'aborderons pas non plus l'aspect sur l'incidence des IAE dans notre pays.

I.2

DEFINITION DES TERMES

INTOXICATION AIGUE :

toute intoxication est aiguë lorsqu'elle donne lieu à des manifestations d'installation brutale et d'évolution le plus souvent rapide, sous traitement ou non. Elle se distingue ainsi de l'intoxication chronique qui est d'installation progressive et d'évolution prolongée. Les problèmes posés par l'intoxication chronique sont tout différents de ceux posés par l'intoxication aiguë. Ils dépendent étroitement des circonstances de survenue.

par définition, la toxicomanie constitue une forme d'intoxication chronique (OMS).

INTOXICATION ACCIDENTELLE :

L'accident, selon la définition donnée par Yves Felecier [52], est un événement qui a un caractère non voulu, non prévu, donc fortuit. Les accidents par toxiques chez les enfants résultent donc de la rencontre fortuite d'un produit toxique et d'un enfant, produisant un dommage corporel identifiable [1, 31].

Nous considérerons comme accidentelles :

- l'intoxication à la suite d'ingestion non délibérée par l'enfant d'une substance toxique,
- l'intoxication alimentaire,
- l'intoxication à la suite de l'administration à l'enfant d'un produit toxique par négarde,
- l'intoxication à la suite d'envenimation par morsure ou piqûre par animaux ou insectes venimeux.

INTOXICATION IATROGENE :

elle est due, soit à une erreur de prescription ou d'application de cette prescription par la famille, soit à une erreur à la vente, l'enfant recevant des doses trop élevées de médicaments normalement prescrites [3, 17, 30]. Il s'agit d'une intoxication qui survient chez un enfant à qui une thérapeutique a été prescrite et dans le cadre de cette prescription [30]. A ce niveau, les avis sont partagés : certains, la plaçant sous le terme "d'accident thérapeutique", la classent parmi les intoxications accidentelles ; d'autres la considèrent en tant que telle comme une intoxication iatrogène à part entière tout en ne niant pas son caractère accidentel. Nous adopterons cette façon de voir.

aussi, nous considérerons, par abus, comme iatrogène, toute intoxication due à l'administration à l'enfant d'un produit pharmaceutique ou non par les parents dans un but thérapeutique.

INTOXICATION VOLONTAIRE :

L'intoxication volontaire, dans notre étude, est celle due à la prise d'un produit toxique par l'enfant dans un but ouvertement suicidaire, l'effet toxique étant particulièrement recherché.

## CHAPITRE II

### OBJECTIFS .

II - 1 OBJECTIF GENERAL :

Etablir l'importance et le profil étiologique des intoxications aiguës chez l'enfant dans le Service de Pédiatrie du C.H.N.-Y.O. et faire des propositions de mesures préventives éventuelles.

II - 2 OBJECTIFS SPECIFIQUES

- 1) Déterminer la place des intoxications aiguës parmi les causes d'hospitalisation dans le Service de Pédiatrie du C.H.N-Y.O.
- 2) Identifier la nature des différents toxiques en cause.
- 3) Dégager les principales caractéristiques épidémiologiques de ces intoxications aiguës.
- 4) Déterminer les modes et voies d'intoxication et préciser si possible les circonstances qui entourent ces épisodes.
- 5) Proposer des mesures préventives en vue de minimiser leur fréquence.

## TROISIEME PARTIE

### NOTRE ETUDE

## CHAPITRE I

### CADRE DE L'ETUDE

I - 1 HOPITAL YALGADOGO QUEDRAGO

L'Hôpital Yalgado Ouédraogo, dont la pose de la première pierre a eu lieu le 15 Juin 1958 et la mise en service en Décembre 1961 (cf Le guide du malade hospitalisé HYO), est situé au secteur N° 4 de la ville de Ouagadougou (cf figure N° 1). Il est l'un des deux hôpitaux nationaux du pays avec un ratio population de 4.447.485 environ.

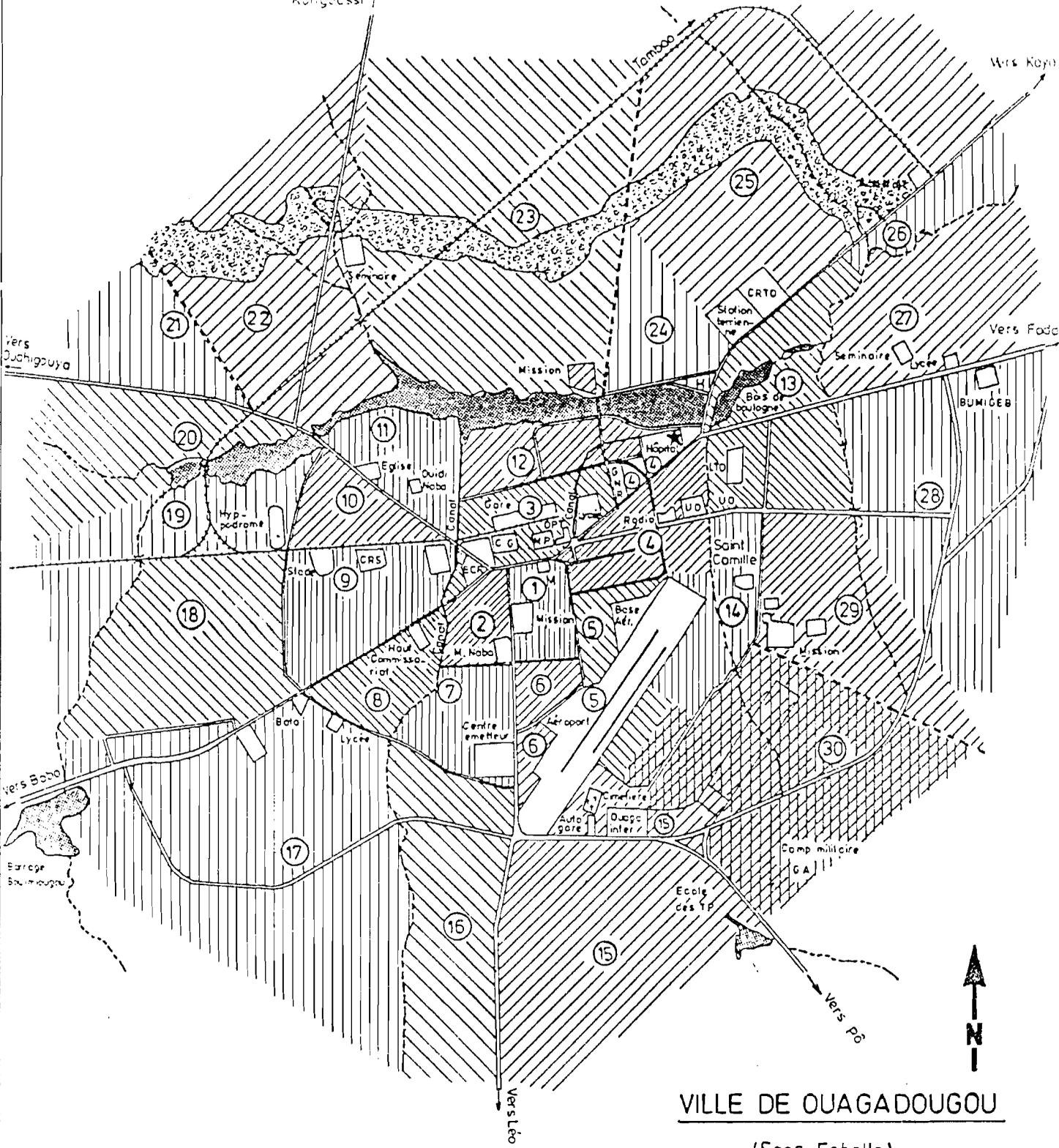
En Mai 1990, il est érigé en Centre Hospitalier National. Depuis Janvier 1991, il fonctionne en autonomie de gestion. C'est un établissement public à caractère administratif (EPA) doté d'une personnalité morale.

Sa capacité d'accueil est de 654 lits.

Il comprend une administration générale et des services techniques :

- la Médecine Générale
- les Urgences Médicales
- la Chirurgie Générale
- les Urgences Chirurgicales
- la Pédiatrie
- la Pneumophtisiologie
- les Maladies infectieuses
- la Psychiatrie
- la Maternité
- l'Ophtalmologie
- l'Odonto-stomatologie
- la Dermatologie
- l'Oto-rhino-laryngologie
- la Kinésithérapie
- la Banque de sang
- des Laboratoires
- la Radiologie.
- la pharmacie

On note également, une cuisine, un service de matériel, un atelier, un garage, et une morgue.



VILLE DE OUAGADOUGOU  
(Sans Echelle)

LEGENDE

Figure n° 1

- Secteur n° 5
- Canal
- Canal aménagé (Moroh Naba)
- Chemin de fer
- Hôpital de l'étude
- Barrage
- Reboisement

Fig. 2 VILLE DE OUAGADOUGOU DECOUPEE EN SECTEURS (OCTOBRE 1984)

I - 2 SERVICE DE PEDIATRIE : CADRE PROPREMENT DIT DE L'ETUDE

C'est un service qui a vu le jour en 1961 en même temps que l'Hôpital Yalgado Ouédraogo. Il a fonctionné en pavillon unique jusqu'en 1984, date à laquelle il a été agrandi d'un deuxième pavillon (don du Peuple Suisse Roman). Depuis lors, le Service de Pédiatrie est subdivisé en deux :

- Pédiatrie I (ancien service)
- Pédiatrie II (le récent)

Les deux confèrent au Service de Pédiatrie une capacité de 140 lits.

Chaque pavillon comporte des salles d'hospitalisation catégorisées, une salle de soins (où se fait également l'accueil des malades), une salle de dénudation, une biberonnerie, une salle de garde, une salle des internes, un magasin et des bureaux de médecins et de coordonnateurs d'unité de soins.

Sont admis dans le service, les enfants de 0 à 14 ans.

Il est alimenté à partir :

- du Service des Urgences Médicales dans la majorité des cas. En effet les malades adressés par les formations sanitaires de la ville ou évacués de celles des villages de la province du Kadiogo et de celles des provinces relevant du C.H.N-Y.Ô transitent par ce service où se font les orientations dans les services d'hospitalisation.

- de la consultation spécialisée de pédiatrie
- de transfert d'un autre service de l'hôpital (maternité, maladies infectieuses, chirurgie...).

Dans le Service sont dispensés des soins curatifs et préventifs (vaccination contre les maladies du P.E.V., séances d'éducation pour la santé, etc.).

Différentes unités sont rattachées au service :

- une unité de néonatalogie pour la prise en charge des prématures et des nouveau-nés présentant une affection nécessitant un suivi hospitalier.
- une unité de kinésithérapie
- un Centre de Récupération et d'Education Nutritionnelles (CREN) pour la prise en charge des malnutritions protéino-caloriques.
- un Centre de Traitement par Réhydratation par voie Orale (CTRO).
- une école.

L'équipe, sous la responsabilité d'un Professeur agrégé, est composée de :

- Médecins pédiatres : 4
- Médecins généralistes : 3
- Assistantes de santé : 2
- Attaché de santé : 1
- Diététicien : 1
- Infirmières d'état : 15
- Infirmières brevetées : 12
- Sages-femmes d'état : 4
- Accoucheuses auxiliaires : 4
- Filles de salle : 6
- Kinésithérapeute : 1 (cooperante)

(source: Rapport Direction du personnel 1991)

NE : voir liste du personnel en annexe.

Y effectuent leur stage, des étudiants de 7ème Année (stagiaires internés : 4 au maximum) et de 4ème Année de la Faculté des Sciences de la Santé ( F.S.S.) ainsi que des élèves de l'Ecole Nationale de Santé Publique (E.N.S.P).

Le Service fonctionne en permanence avec un système de garde. L'équipe de garde est habituellement composée de :

- 1 médecin
- 1 étudiant stagiaire interné
- 2 infirmières (1 par pavillon)
- 1 sage-femme d'état et 1 accoucheuse auxiliaire pour la néonatalogie.

Il est parfois joint à cette équipe 1 à 2 étudiants de 4ème Année de médecine et 1 à 2 élèves infirmiers (ères) selon les périodes de l'année (en fonction de leur programme).

Pour le moment, le service ne possède pas d'unité de soins intensifs (cette unité serait en voie de création). Pour les besoins de la cause, il dispose de :

- un petit dépôt pharmaceutique ( mis en place récemment dans chaque service pour permettre aux malades de se procurer dans l'immédiat certains produits de première nécessité).
- un appareillage d'oxygénation (actuellement en panne )
- un aspirateur

Pour la prise en charge paraclinique des malades, il a recours aux laboratoires, à la banque de sang, et au service de radiologie qui doivent satisfaire tout l'hôpital avec les moyens de bord. Ce qui oblige souvent les malades à s'adresser aux structures privées de la ville.

## CHAPITRE II

### METHODOLOGIE

II - 1

TYPE D'ETUDE ET PERIODE

Il s'agit d'une étude rétrospective. Elle a porté sur la période allant du 1er Janvier 1989 au 31 Décembre 1990, soit une période de deux ans.

II - 2

CHOIX DE LA PERIODE

Le choix de cette période est motivé par une raison principale :

elle correspond à notre passage dans les Services des Urgences Médicales et de Pédiatrie où nous avons pu observer, et prendre en charge nous-mêmes un certain nombre d'enfants victimes d'intoxication aiguë.

II - 3

MATERIEL

Nous avons eu besoin pour mener notre étude, des documents suivants :

- les dossiers cliniques des malades hospitalisés dans le Service de Pédiatrie durant cette période,
- les registres des Services de Pédiatrie et des Urgences Médicales,
- les billets d'hôpital,
- les rapports annuels du Service de Pédiatrie,
- une fiche de collecte des données.

Par ailleurs, nous avons utilisé des ordinateurs pour :

le traitement de nos données qui s'est fait sur LOGICIEL EPI-INFO Version 5.

La réalisation des graphiques qui s'est faite sur LOGICIEL HARVARD GRAPHICS.

II - 4            METHODES

II - 4-1        Elaboration de la Fiche de collecte des données

Une étude de quelques dossiers cliniques en tenant compte des autres documents nous a permis d'élaborer une fiche de collecte des données comportant nos variables (voir fiche de collecte des données en annexe).

II -4-2        Critères d'inclusion

A été inclus dans notre étude :

tout dossier d'enfant ayant été hospitalisé dans le Service de Pédiatrie du C.H.N-Y.O. pour le motif d'intoxication aiguë pendant la période du 1er Janvier 1989 au 31 Décembre 1990 sans distinction de la nationalité, de la provenance, ni de la nature du toxique.

La taille de notre échantillon sera définie par le nombre total de dossiers qui auront été réunis et chaque dossier constituera un cas.

II -4-3        Critères d'exclusion

Tous les cas d'intoxication chronique sont exclus de notre série.

De même que les cas de toxicomanie et des dossiers comportant une incohérence entre la clinique et le diagnostic de sortie.

II -4-4        Collecte des données

Pour la collecte des données proprement dite, nous avons compulsé tous les dossiers d'enfants hospitalisés dans le Service de Pédiatrie durant la période de l'étude.

Dans un premier temps, tous les dossiers portant le diagnostic "Intoxication" ont été triés. Ceux ne portant aucun diagnostic ont été entièrement lus pour retrouver le motif d'hospitalisation, ce qui nous a permis de les retenir ou de les exclure selon qu'ils correspondent à un cas d'intoxication ou non.

Dans un deuxième temps, nous avons procédé à la lecture complète des dossiers triés afin d'éliminer de notre série les cas d'intoxication chronique et de remplir pour chaque cas d'intoxication aiguë une fiche de collecte des données.

Dans un troisième temps, tous les registres précédemment cités ont été consultés. Et sur la base de l'identité des malades, des dates d'entrée et de sortie, des numéros d'enregistrement, nous avons recherché les différents cas déjà repertoriés à partir des dossiers et avons procédé à la vérification des données collectées et au recueil de celles manquantes.

Les billets d'hôpital ont été également recherchés à cet effet et selon la même méthode.

Cette collecte des données s'est effectuée du mois de Mai 1991 au mois d'Octobre 1991, soit une période de 6 mois.

II -5

#### DIFFICULTES RENCONTREES

Nous n'avons pas rencontré de difficultés pour l'obtention des documents à quelque niveau que ce soit. Mais la collecte des données ne s'est pas faite sans obstacle. En effet :

- des dossiers ont été trouvés incomplets.
- quelques cas d'intoxication aiguë (17 au total) ont été relevés dans les registres du Service de Pédiatrie sans que les dossiers cliniques

correspondants n'aient été retrouvés (dossiers perdus ?). Nous les avons inclus dans notre série car cet enregistrement signe qu'il s'agit d'enfants ayant séjourné dans le service.

- certains dossiers comportaient le diagnostic de sortie "intoxication", alors que la rédaction clinique n'en a pas fait état, mais au contraire a indiqué une autre pathologie : 9 cas sont concernés et ont été exclus de l'étude.
- certaines "cases" des registres sont restées incomplètes ainsi que quelques billets d'hôpital, ne nous ayant pas toujours permis de recueillir l'élément ou les éléments recherchés.
- par ailleurs, le registre des mois de Janvier, Février et d'une partie de Mars 1989 de la Pédiatrie I n'a pas été retrouvé.

II -6

### BIAIS

A côté des limites générales de toute étude rétrospective, nous trouvons nécessaire de préciser quelques aspects :

- les résultats relatifs à la variable "culte des parents" sont à prendre avec réserve car l'élément n'étant pas retrouvé dans la plupart des documents utilisés, nous nous sommes établis sur le(s) Prénom(s) des enfants pour nous positionner.

- il en est de même de la catégorisation du niveau socio-économique des parents dont l'appréciation de notre part est tout à fait subjective.

Malgré les difficultés rencontrées, les retombées négatives nous paraissent minimales par rapport aux résultats de notre étude.

## CHAPITRE III

RESULTATS : PRESENTATION ET ANALYSE DES DONNEES

### III.1 PLACE DES INTOXICATIONS AIGUES PARMIS LES CAUSES D'HOSPITALISATION DANS LE SERVICE DE PEDIATRIE DU CHN-YO

#### III.1.1 Effectif recensé

Durant notre période d'étude, le service a admis en tout 9658 enfants, toutes pathologies confondues, dont 5005 en 1989 et 4653 en 1990.

Notre enquête sur cette période a permis de recenser un total de 688 cas d'intoxication aiguë. Ceux-ci ont concerné 349 enfants en 1989 et 339 en 1990 (voir Tableau I).

Tableau I : Nombre de cas d'intoxication aiguë en 1989 et 1990  
(Service de Pédiatrie CHN-YO)

Années	Nombre de cas	Pourcentages
1989	349	50,73%
1990	339	49,27%
Total	688	100%

#### III.1.2 Fréquence

Les intoxications aiguës ont représenté 7,12 % de toutes les admissions dans le service pour cette période.

### III.2 NATURE DES TOXIQUES

Pour chacun des 688 cas d'intoxication aiguë, nous avons essayé de retrouver la nature du toxique incriminé. Après avoir repertorié les différents toxiques, nous les avons regroupés de la façon suivante comme l'indique le Tableau II.

Tableau II : Répartition annuelle de 688 cas d'intoxication aigüe selon la nature des toxiques.  
(Service de Pédiatrie CHN-YO 1989-1990)

Nature des toxiques	Année 1989	Année 1990	Totaux	Pourcentages
Médicaments pharmaceutiques	39	57	96	13,95
Médicaments traditionnels	21	20	41	05,96
Hydrocarbures	120	126	246	35,75
Aliments	101	62	163	23,70
Venins	32	33	65	09,44
Caustiques	15	17	32	04,55
Cosmétiques	8	4	12	01,74
Autres	13	20	33	04,80
Totaux	349	339	688	100

L'illustration graphique en est faite par la figure No 2.

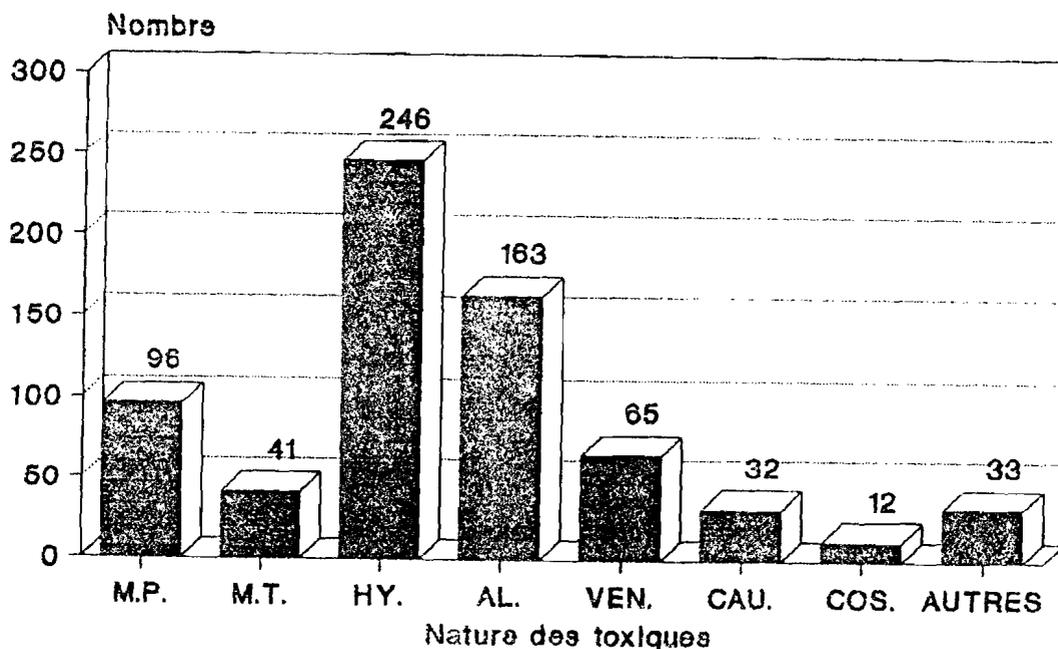


Figure No 2: Répartition des 688 cas d'intoxication aigüe selon la nature du toxique (Sce Péd. CHN-YO 1989-90)

L'analyse détaillée de chaque groupe de toxiques rapporte les résultats suivants:

### III.2.1 Les médicaments pharmaceutiques

Ils se répartissent comme suit :

Psychotropes	17 cas
Antipaludéens	17 "
Antibiotiques + antiseptiques	7 "
Médicaments du système cardio-vasculaire.	8 "
Phénothiazines (sans les neuroleptiques)	5 "
Salicylés + Antalgiques et Anti-inflam.	5 "
Divers	5 "
Indéterminés	25 "

7 cas d'associations médicamenteuses (intoxications mixtes) ont été retrouvés dont :

- Nivaquine + Aspirine	2
- Nivaquine + Témesta	1
- Témesta + Urbanyl	1
- Séresta + Praxilène	1
- Néocodion + Périactine	1
- Buscopan + gélule (inconnue)	1

Les formes de ces médicaments sont :

comprimés	56 fois	ampoules buvables	2 fois
sirops	11 fois	ampoules injectables	1 fois
poudre et granules	6 fois	gélules	3 fois
solutions	3 fois	pommade	1 fois
gouttes	1 fois	non précisées	19 fois

Pour la liste des médicaments identifiés , voir annexe.

### III.2.2 Les médicaments traditionnels

Ils se composent essentiellement de :

- décoctions et tisanes 32 cas
- poudres et autres formes 9 cas

Pour ce qui concerne les décoctions et les tisanes, nous avons 15 cas dont la nature de la "plante médicinale" utilisée est précisée. Ce sont :

<u>Noms scientifiques</u>		<u>Noms Français</u>	<u>Mooré</u>
NAGCLEA LATIFOLIA :	8 cas	//	Gwinga
PARKIA BIGLOBOSA :	2 cas	Néré	Dôoaga
SABA SENEGALENSIS :	2 cas	Liane Saba	Wedga
WALTHERIA AMERICANA :	1 cas	//	Y a r Yaamde
VERONIA AMYGDALINA	1 cas	//	Koasafandè
GINGIBER OFFICINALE :	1 cas	Gingembre	Yamaku

### III.2.3 Les hydrocarbures

Il s'agit essentiellement du pétrole (244 cas) auquel s'adjoignent un cas de gas-oil et un cas d'essence.

### III.2.4 Les aliments

Les intoxications alimentaires dans notre série proviennent des aliments suivants, dont 10 mets locaux (ML) :

Yaourt	7 cas	Viande (soupe)	9 cas
Déguè (ML)	20 cas	Riz	10 cas
Attiéké (ML)	11 cas	Spaghetti	3 cas
Couscous (ML)	4 cas	Pois de terre (ML)	2 cas
Tô (ML)	2 cas	Poissons frits	2 cas
Haricot + riz (ML)	6 cas	Conserves de sardines	2 cas

Bouillie (ML)	5 cas	Lait	4 cas
Ragout d'igname(ML)	3 cas	Pâte d'arachide(ML)	1 cas
Purée de Pomme de terre	3 cas	Lemourdji (ML)	4 cas
Omelettes	2 cas	Non précisés	55 cas

### III.2.5 Venin d'animaux et d'insectes

Morsures de serpent :	58 cas	dont	23 précisions,	toutes
dues à			des vipères.	
Piqûres de scorpion :	6 cas			
Piqûre d'abeille :	1 cas			

### III.2.6 Les caustiques :

Les cas suivants ont été relevés :

Permanganate de Potassium	9 cas	Potasse	3 cas
Eau de javel	2 cas	Piles	5 cas
Acide de batterie	1 cas	Teinture	1 cas
Crésyl	1 cas	Savons	10 cas

### III.2.7 Les cosmétiques

Nous avons enregistré :

Produits pour soins capillaires	6 cas
Parfum	1 cas
Crème	1 cas
Pommade	1 cas
Vernis	2 cas
Glycérine	1 cas

### III.2.8 Les autres produits toxiques

Ils sont composés de :

Fruits non comestibles	17 cas
Tubercules de manioc	1 "
Peintures	2 "
Raticides	5 "
Insecticides	4 "
Monoxyde de carbone	2 "
Tabac	2 "

### III.3 ETUDE ANALYTIQUE DES ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES DES INTOXICATIONS AIGUES

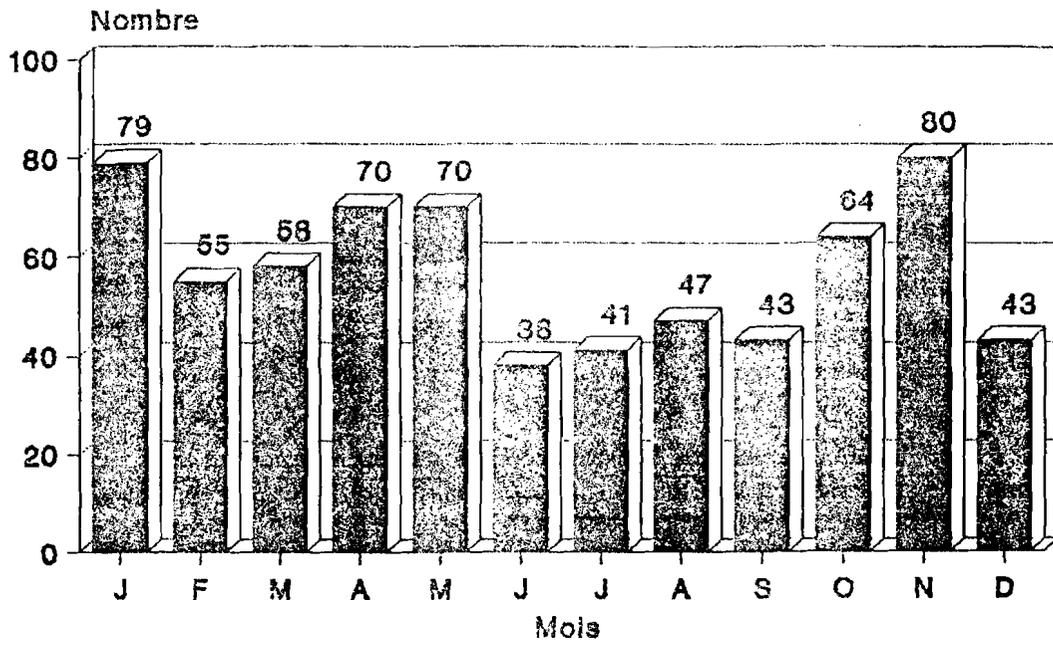
#### III.3.1 Répartition des intoxications aiguës dans le temps

Nous nous sommes intéressés à la fréquence des intoxications selon les mois de l'année. Cette répartition révèle la représentativité de tous les mois. On note des nombres maxima en Novembre, en Janvier et Avril-Mai et une période de basse fréquence de Juin à Septembre puis en Décembre comme le fait remarquer le Tableau III.

Tableau III : Répartition annuelle et mensuelle des 688 cas d'intoxication aiguë.  
(Service de Pédiatrie CHN-YO 1989-1990)

Mois	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Total
Année													
1989	49	27	31	35	35	13	18	27	27	30	39	18	349
1990	30	28	27	35	35	25	23	20	16	34	41	25	339
Total	79	55	58	70	70	38	41	47	43	64	80	43	688

La figure N°3 en illustre l'évolution.



**Figure No 3: Répartition mensuelle des 688 cas d'intoxication aiguë; (Sce Péd. CHN-YO 1989-90)**

Nous faisons à présent cette répartition selon la nature des toxiques.

### III.3.1.1 Répartition par mois et selon la nature des toxiques

Le tableau IV nous fait le récapitulatif de cette répartition.

Tableau IV : Répartition mensuelle des 688 cas d'intoxication aiguë selon la nature des toxiques.

(Service de Pédiatrie CHN-YO 1989-1990)

NT	MP	MT	HY	AL	VEN	CAU	COS	AUTRES	Total
Mois									
Jan.	14	4	13	29	3	2	2	12	79
Fév.	7	4	28	11	2	2	0	1	55
Mars	8	6	24	11	5	1	2	1	58
Avr.	8	5	32	18	2	2	0	3	70
Mai	9	3	23	25	6	1	1	2	70
Juin	4	0	18	4	7	3	1	1	38
Juil.	1	4	10	6	14	4	1	1	41
Août	7	2	18	9	5	4	1	1	47
Sept.	7	3	11	4	5	6	2	5	43
Oct.	13	2	22	11	10	4	1	1	64
Nov.	13	6	24	31	5	1	0	0	80
Dec.	5	2	23	4	1	2	1	5	43
Total	96	41	246	163	65	32	12	33	688

L'étude détaillée révèle ce qui suit:

#### III.3.1.1.1 Les médicaments pharmaceutiques

On note une prédominance des intoxications aiguës aux médicaments pharmaceutiques en Janvier, Octobre et Novembre. Le mois de Juillet est le moins représenté avec un seul cas.

(voir figure N° 4)

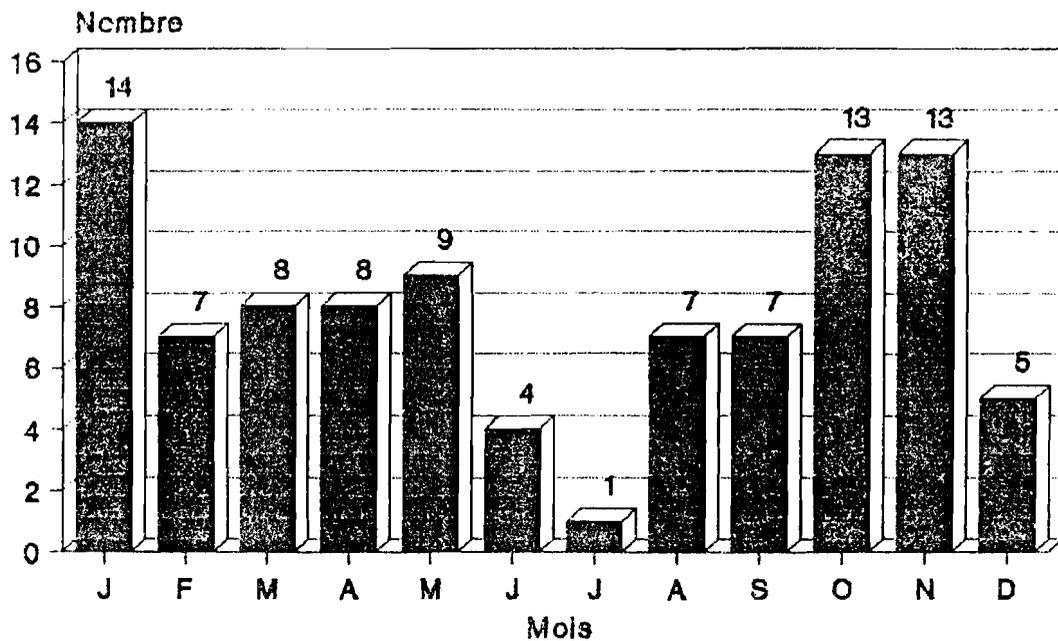


Figure No 4: Répartition mensuelle des 96 cas d'intoxication aux médicaments pharmaceutiques (Sce Péd.CHN-YO 1989-90)

III.3.1.1.2 Les médicaments traditionnels

Nous notons deux périodes séparées par le mois de Juin pendant lequel aucun cas n'a été enregistré :

de Janvier à Mars avec une prédominance des cas en Mars et Avril.

de Juillet à Décembre avec une prédominance des cas en Juillet et en Novembre (figure N° 5).

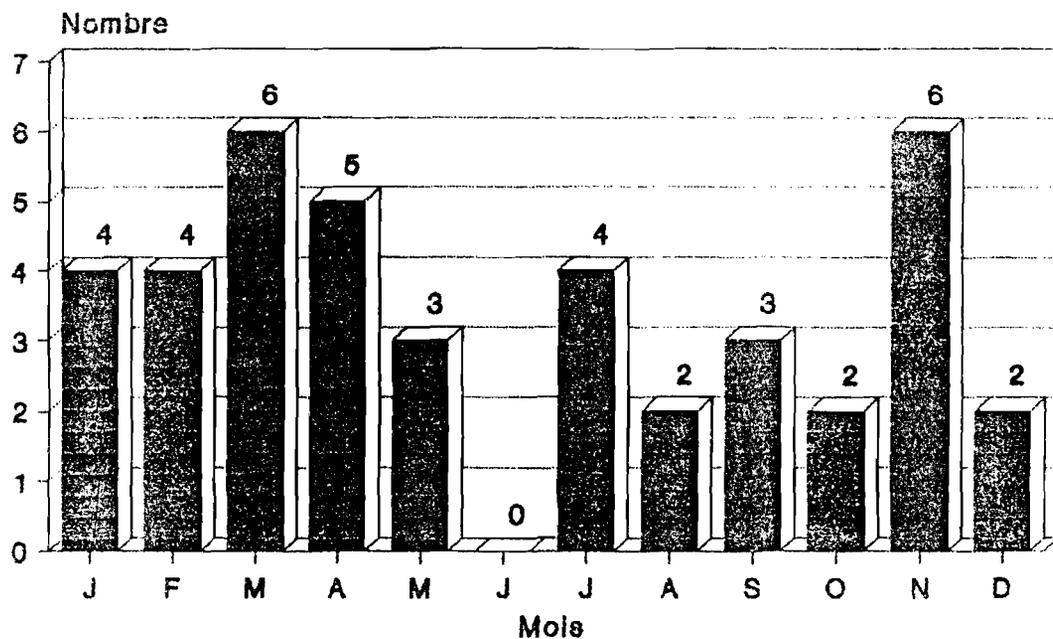


Figure No 8: Répartition mensuelle des 41 cas d'intoxication aiguë aux méd. traditionnels (Sce Péd.CHN-YO 1989-90)

III.3.1.1.3 Les hydrocarbures

La figure N° 6 montre que les intoxications aux hydrocarbures connaissent une recrudescence de Février à Mai avec un pic en Avril et d'Octobre à Décembre. On remarque une relative baisse de la fréquence en Janvier et de Juin à Septembre.

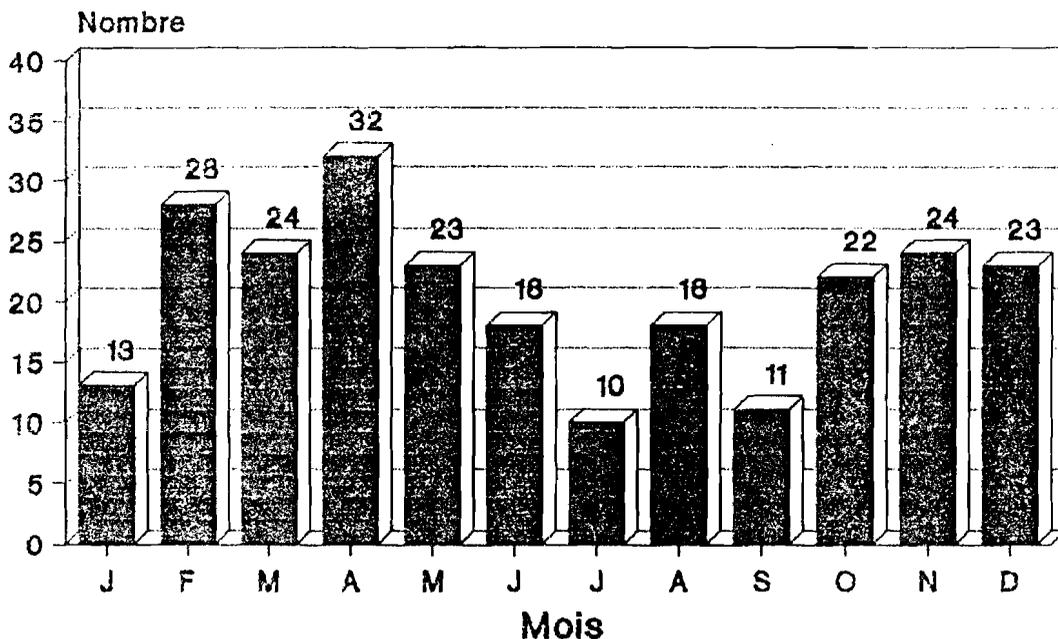
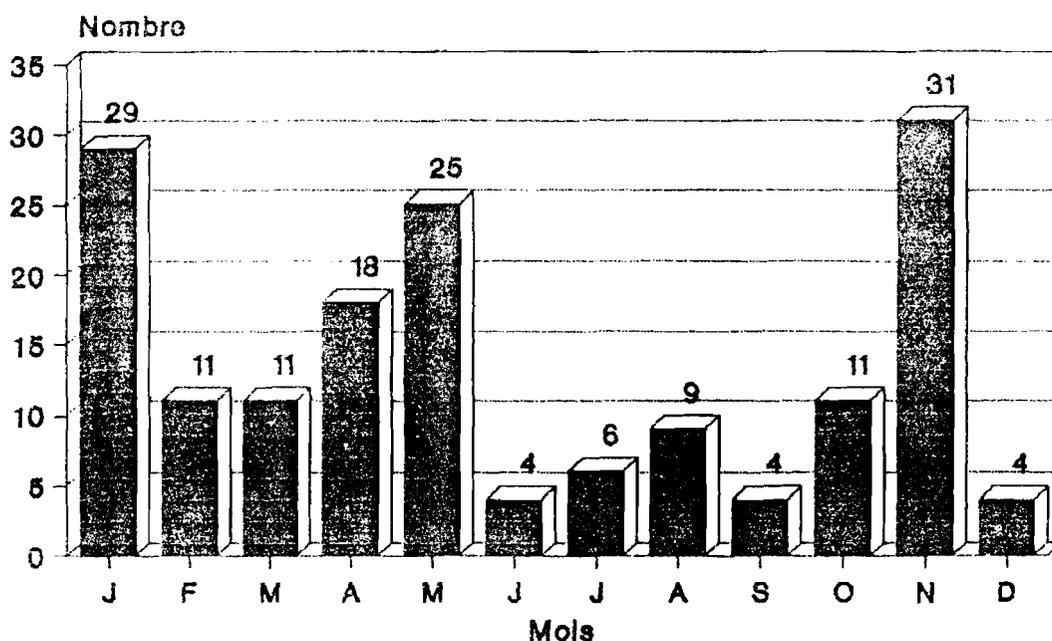


Figure No 6: Répartition mensuelle des 246 cas d'intoxication aiguë aux Hydrocarbures (Sce péd. CHN-YO 1989-90)

III.3.1.1.4 Les aliments

Le service de Pédiatrie a reçu plus d'intoxications alimentaires dans les mois de Janvier, Avril, Mai, et Novembre totalisant 63,14 % des cas. Elles ont été moindres en Février, Mars, de Juin à Octobre et en Décembre où sont répartis 36,86 % des cas (Fig N° 7)



**Figure No 7: Répartition mensuelle des 163 cas d'intoxication aiguë alimentaires (Sce Péd. CHN-YO 1989-90)**

### III.3.1.1.5 Les venins d'animaux et d'insectes

On note sur la figure N°8 une prédominance de la fréquence des envenimations en Juillet et en Octobre. Cette fréquence est plus basse en Décembre, Janvier, Février et Avril.

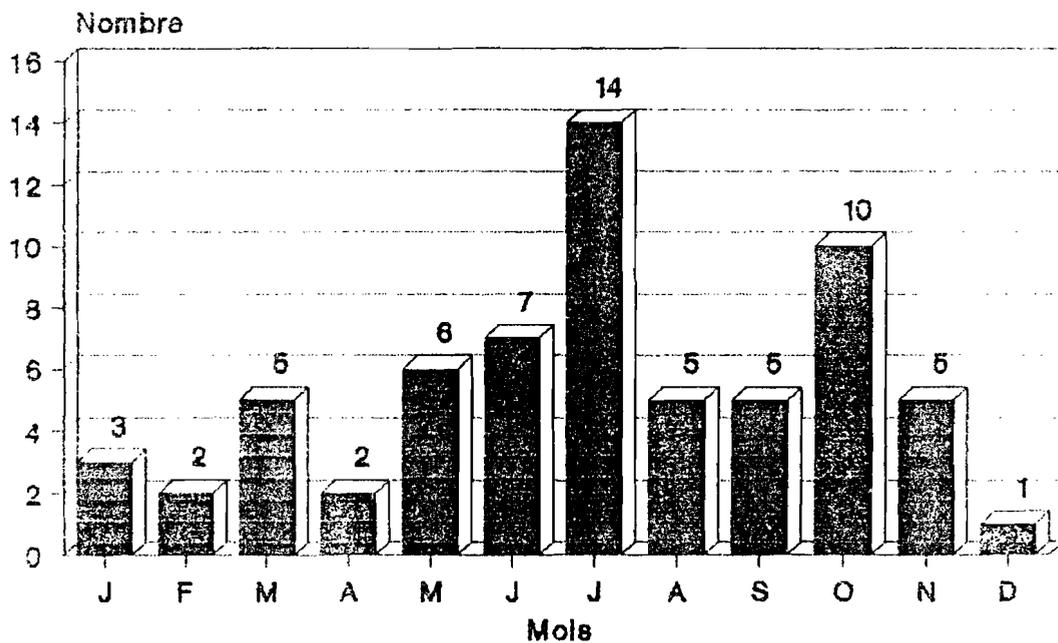
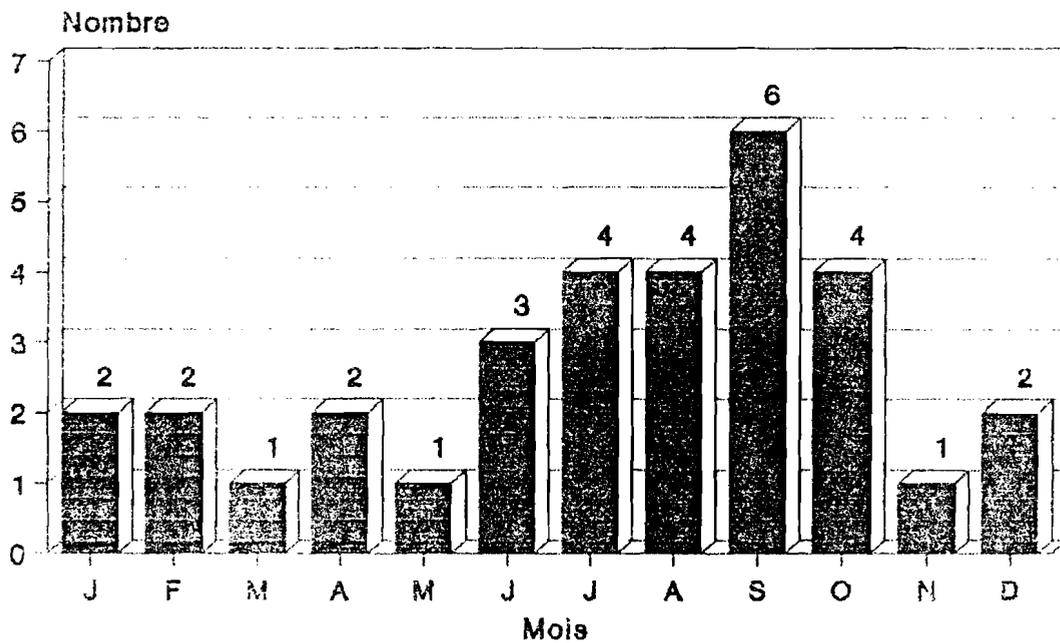


Figure No 8: Répartition mensuelle des 65 cas d'envénimation (Sce Péd. CHN-YO 1989-90)

III.3.1.1.6 Les caustiques

Les intoxications par les produits caustiques sont relativement plus fréquentes de Juin à Octobre avec un pic en Septembre comme l'indique la Figure N° 9.



**Figure No 9: Répartition mensuelle des 32 cas d'intoxication aiguë aux Produits caustiques (Sce Péd.CHN-YO 89-90)**

III.3.1.1.7 Les cosmétiques

Aucune variation notable selon les mois.

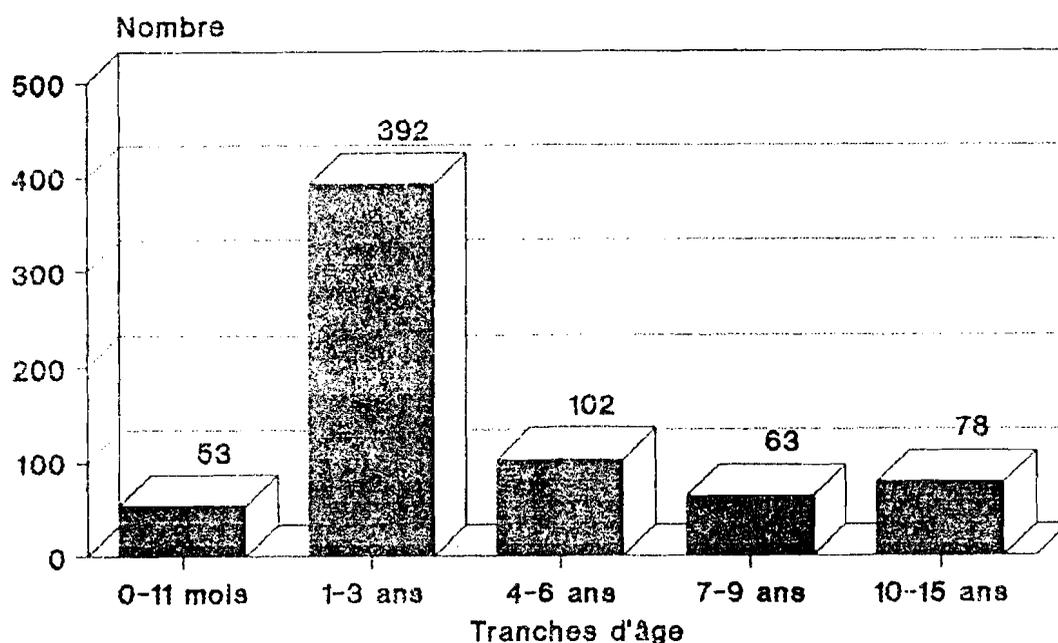
III.3.2 ETUDE DES IAE SELON L'AGE

L'âge des enfants de notre série varie de 2 jours à 15 ans.

La tranche d'âge de 1 à 3 ans est la plus touchée (392 cas soit 56,98 %) comme le montrent le Tableau V et la figure N° 10

Tableau V : Répartition des 688 cas d'intoxication aiguë selon les tranches d'âge.  
(Service Pédiatrie CHN-YO 1989-1990)

Tranches d'âge	Effectif	Pourcentages
0-11 mois	53	07,70%
1-3 ans	392	56,98%
4-6 ans	102	14,83%
7-9 ans	63	09,16%
10-15 ans	78	11,33%
TOTAL	688	100%



**Figure No 10:** Répartition des 688 cas d'intoxication aiguë selon l'âge.  
(Sce Péd. CHN-YO 1989-90)

Nous avons fait la répartition de nos cas en fonction de l'âge et de la nature des toxiques.

III.3.2.1 Répartition selon l'âge et la nature des toxiques

Le Tableau VI en fait le récapitulatif

Tableau VI : Répartition des 688 cas d'intoxication aiguë selon les tranches d'âge et la nature des toxiques.

(Service de Pédiatrie CHN-YO 1989-1990)

	MP	MT	HY	AL	VEN	CAU	COS	AUT	Total
0-11 mois	7	26	6	1	0	8	3	2	53
1-3 ans	55	9	232	47	9	22	8	10	392
4-6 ans	15	4	8	54	10	2	1	8	102
7-9 ans	4	1	0	33	15	0	0	10	63
10-15 ans	15	1	0	28	31	0	0	3	78
Total	96	41	246	163	65	32	12	33	688

En étudiant séparément les groupes de toxiques, l'on remarque :

### III.3.2.1.1 Les médicaments pharmaceutiques

55 de nos cas d'intoxication par les médicaments pharmaceutiques (soit 57,30 %) sont dans la tranche d'âge de 1 à 3 ans. On le constate sur la figure N° 11

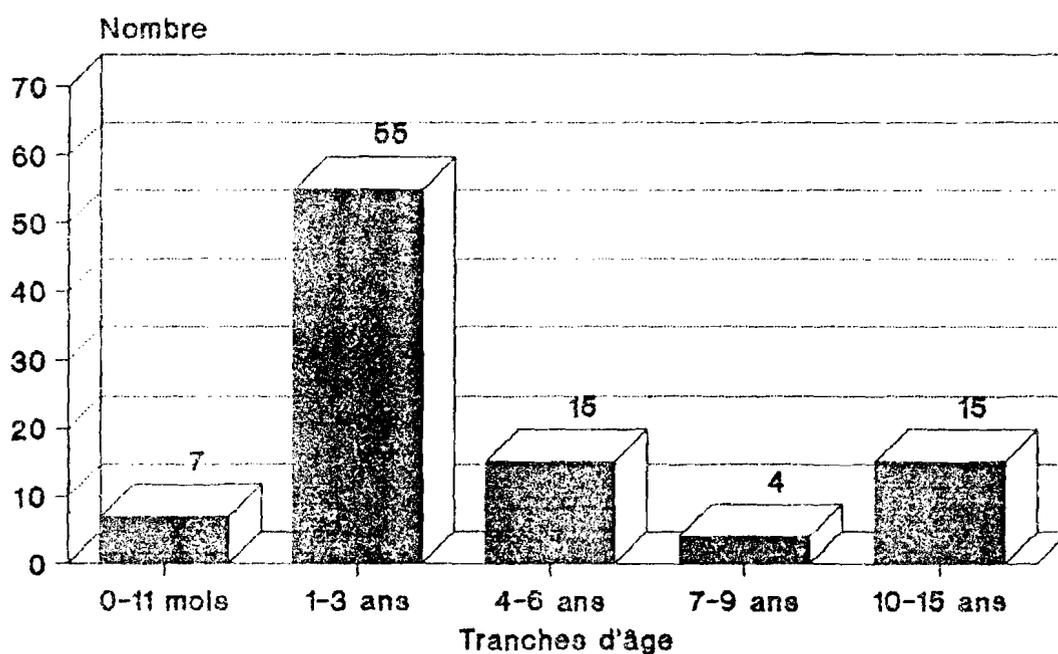


Figure No 11: Répartition des 96 cas d'intox. aiguë aux méd.pharmac. selon l'âge (Sce Péd. CHN-YO 1989-90)

III.3.2.1.2 Les médicaments traditionnels

Ils sont beaucoup plus en cause chez les enfants de 0 à 11 mois : 26 cas soit 63,41 % de l'ensemble des intoxications dues à ces produits. On constate qu'ils le sont de moins en moins au fur et à mesure que les enfants grandissent. (voir figure N° 12).

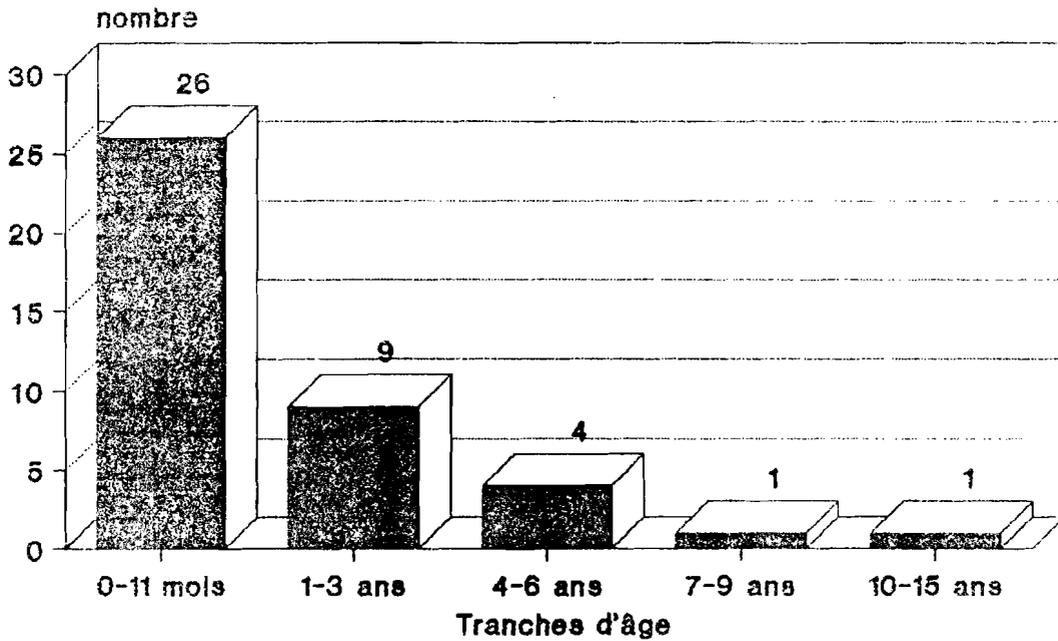
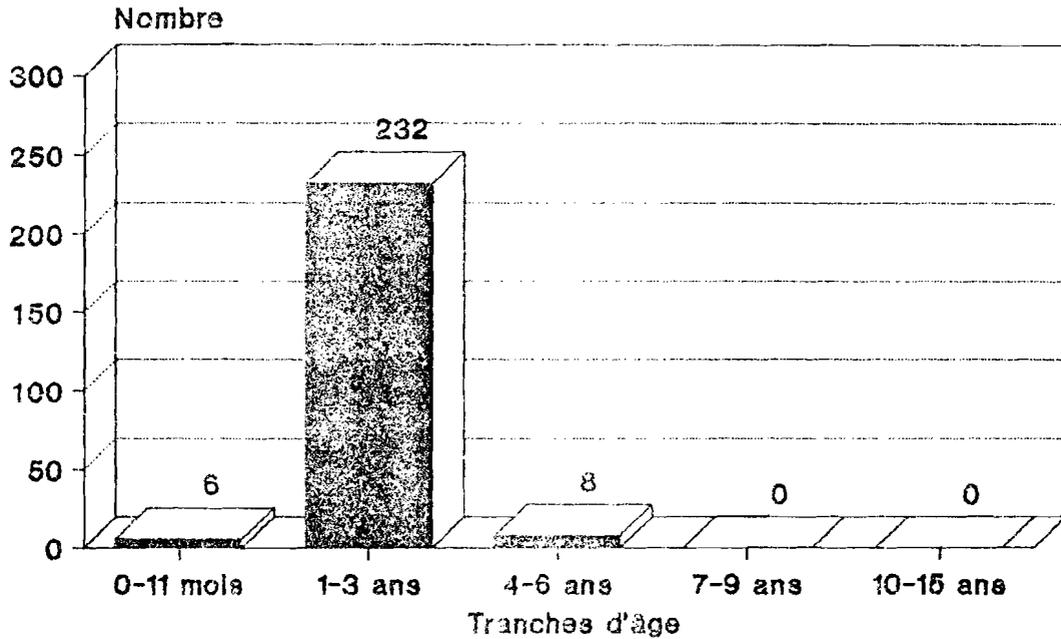


Figure No 12: Répartition des 41 cas d'intox. aiguë aux méd. traditionnels selon l'âge (Sce Péd. CHN-YO 1989-90)

## III.3.2.1.3

Les hydrocarbures

On les observe seulement dans les trois premières tranches d'âge comme causes d'intoxication avec un pic chez les enfants de 1 à 3 ans : 232 cas, soit 94,31 % . (tableau VI et figure N° 13).



**Figure No 13: Répartition des 246 cas d'intoxication aiguë aux hydrocarbures selon l'âge (Sce Péd. CHN-YO 1989-90)**

III.3.2.1.4

Les aliments

Les intoxications alimentaires sont aussi rares avant 11 mois. C'est en effet à partir de cet âge que nous observons le premier cas. La majorité des cas se rencontre chez les enfants de 1 à 6 ans avec une persistance au delà (Tableau VI et figure N° 14).

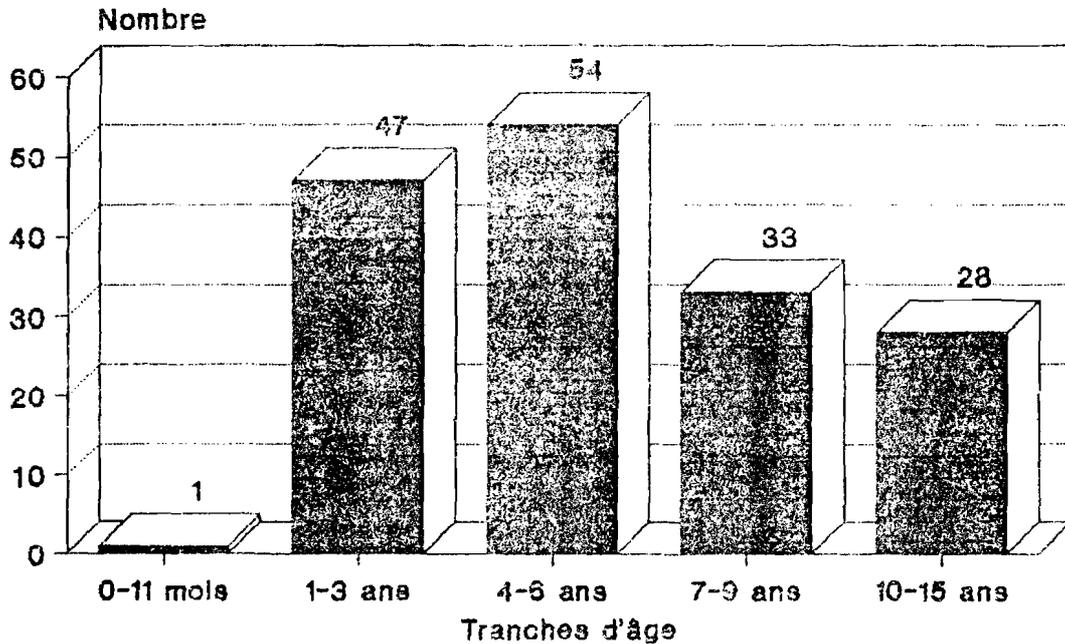
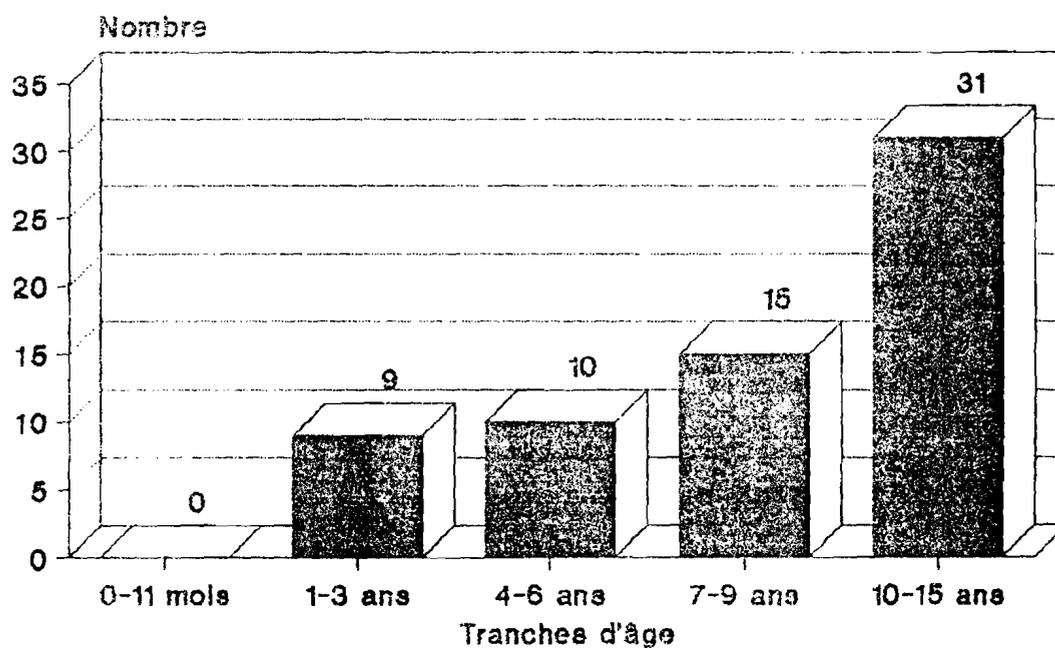


Figure No 14: Répartition des 163 cas d'intoxication aiguë alimentaires selon l'âge (Sce Péd. CHN-YO 1989-90)

III.3.2.1.5 Les envenimations

Les premiers cas ne se rencontrent que dans la tranche d'âge de 1 à 3 ans et la fréquence des cas évolue avec l'âge. Le Tableau VI et la figure N° 15 l'illustrent.



**Figure No 15: Répartition des 65 cas d'envenimation selon l'âge. (Sce Péd. CHN-YO 1989-90)**

III.3.2.1.5 Les caustiques, les cosmétiques et autres

Les caustiques sont incriminés seulement jusqu'à l'âge de 6 ans avec 68,75 % des cas pour la tranche d'âge de 1 à 3 ans.

Il en est de même des cosmétiques pour lesquels 66,66 % se sont produits dans cette même tranche d'âge.

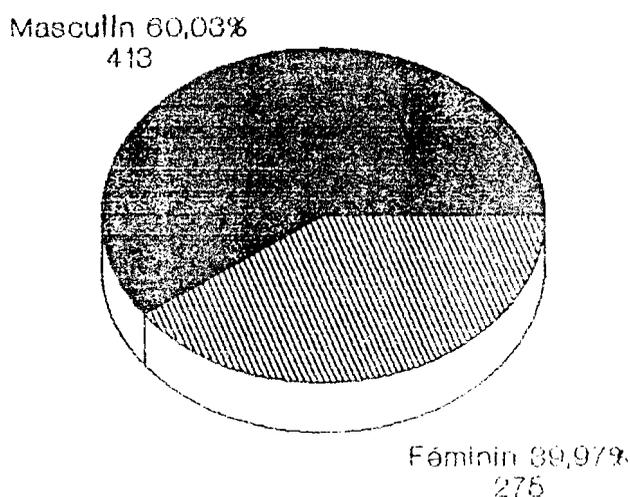
Les intoxications aux autres produits ont eu lieu dans 84,85 % (28 cas) entre 1 et 9 ans.

Toutes ces données sont confisquées sur le Tableau VI ci-dessus.

III.3.3 Le sexe

III.3.3.1 Répartition selon le sexe.

Notre étude nous a permis de constater sur les 688 cas d'IAE, une prédominance des garçons qui totalisent 413 cas soit 60 % contre 275 filles soit 40 % ( voir figure N° 16).



**Figure No16 : Répartition selon le sexe des 688 cas d'intoxication aiguë (See Péd. CHN-YO 1989-90)**

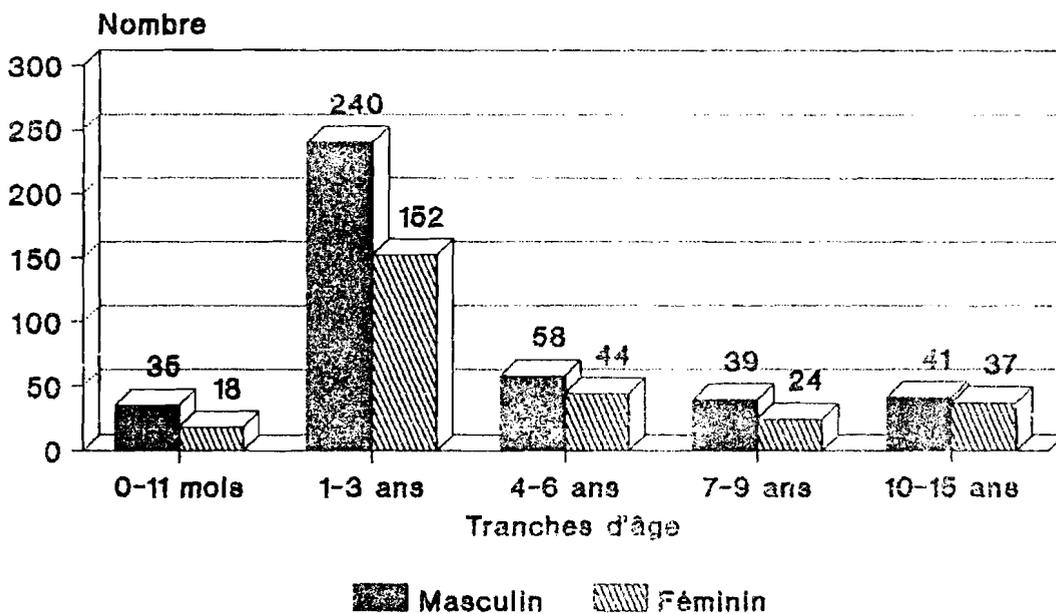
III.3.3.2 Répartition des cas d'IAE selon le sexe et l'âge

Nous relevons une prédominance masculine qui se retrouve dans toutes les tranches d'âge (voir Tableau VII et figure N° 17).

Tableau VII : Répartition par tranche d'âge et par sexe des 688 cas d'intoxication aiguë.

(Service de Pédiatrie CHN-YO 1989-1990)

Age	0-11 mois	1-3 ans	4-6 ans	7-9 ans	10-15 ans	Total
Sexe						
Masculin	35 66,04%	240 61,22%	58 56,86%	39 61,90%	41 52,56%	413
Féminin	18 33,96%	152 38,78%	44 43,14%	24 38,10%	37 47,44%	275
Total	53 100%	392 100%	102 100%	63 100%	78 100%	688



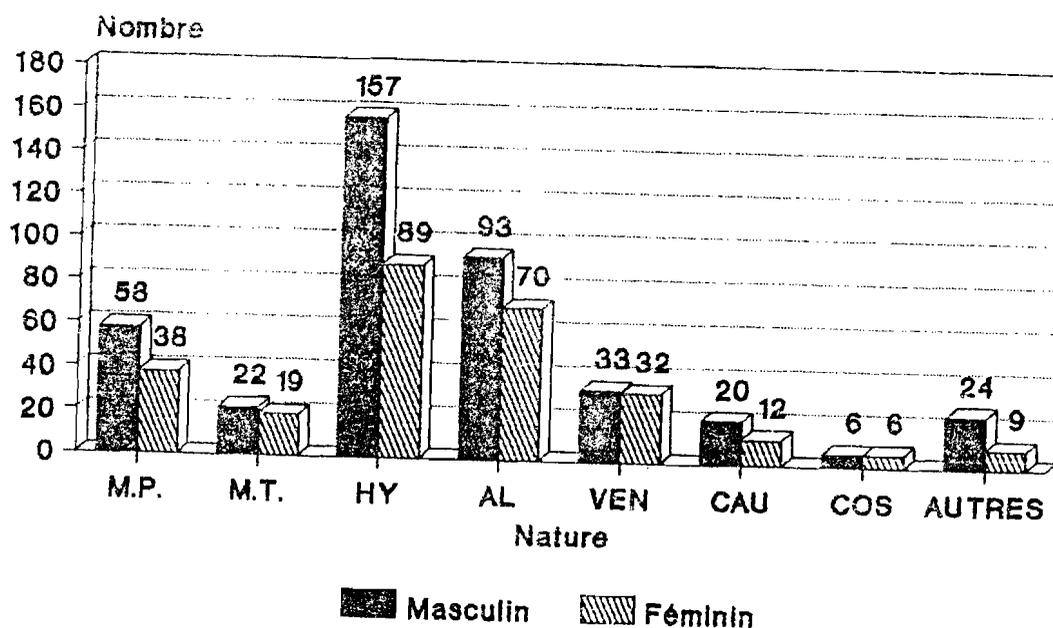
**Figure No 17** : Répartition par âge et par sexe des 688 cas d'intoxication aiguë (Sce Péd. CHN-YO 1989-90)

### III.3.3.3 Relation entre le sexe et la nature des toxiques.

Exception faite des cosmétiques et des venins, la prédominance masculine paraît de règle au niveau de tous les toxiques. On le voit sur le tableau VIII et la figure N°18.

**Tableau VIII :** Répartition des 688 cas d'intoxication aiguë par sexe et par nature des toxiques.  
(Service de Pédiatrie CHN-YO 1989-1990)

Sexe	Masculin		Féminin		Total	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Méd. pharmaceutiques	58	60,40	38	39,60	96	100
Méd. traditionnels	22	53,66	19	46,44	41	100
Hydrocarbures	157	63,82	89	36,18	246	100
Aliments	93	57	70	43	163	100
Venins	33	50,77	32	49,23	65	100
Caustiques	20	62,50	12	37,50	32	100
Cosmétiques	6	50	6	50	12	100
Autres	24	72,73	9	27,27	33	100



**Figure No 18:** Répartition des 688 cas d'intoxication aiguë par sexe et par nature (Sce Péd. CHN-YO 1989-90)

### III.3.4 La provenance

Nous allons répartir nos cas selon leur provenance.

#### III.3.4.1 Répartition des IAE selon la provenance.

Le tableau IX consigne les données de cette répartition et permet de voir que la ville de Ouagadougou réunit l'essentiel de nos cas soit 653 représentant 94,91 %.

Tableau IX : Répartition des 688 cas d'intoxication aiguë selon leur provenance.

(Service de Pédiatrie CHN-YO 1989-1990)

Provenance		Nombre de cas	%
Province du	Ville de Ouaga	653	94,91
Kadiogo	Village	8	01,16
Autres Provinces		27	03,92
Total		688	100

Les villages de la province du Kadiogo d'où des cas d'intoxication aiguë sont adressés au Service de Pédiatrie sont : Bassinko, Bissighin, Kamboinsé, Zagtouli et Zongo.

Les autres provinces ayant évacué des cas d'intoxication aiguë sur le Service sont : Les provinces du Bam, du Bazéga et d'Oubritenga.

L'étude de la provenance des cas suivant la nature des toxiques nous donne :

III.3.4.2 Répartition des IAE selon la provenance et la nature des toxiques.

La majorité des cas de notre série qui sont survenus hors de la ville de Ouagadougou sont des envenimations (23 cas soit 55,71 %) et des ingestions de pétrole (7 cas soit 20 %).

Toutes les intoxications aux médicaments traditionnels se sont produites dans la ville de Ouagadougou.

Nous le voyons sur le tableau X.

Tableau X : Provenance des 688 cas d'intoxication aiguë selon la nature des toxiques.

(Service de Pédiatrie CHN-YO 1989-1990)

	Province du Kadiogo		Autres Provinces	Total
	Ville Ouaga	Villages		
Méd. pharmac.	93	0	3	96
Méd. tradition.	41	0	0	41
Hydrocarbures	239	3	4	246
Aliments	162	0	1	163
Venins	42	4	19	65
Caustiques	32	0	0	32
Cosmétiques	12	0	0	12
Autres	32	1	0	33
Total	653	8	27	688

En ce qui concerne la ville de Ouagadougou, nous avons tenté de donner la situation des intoxications au niveau des secteurs. Ainsi, le tableau XI et la figure N° 19 (sur les deux pages suivantes) permettent de noter la représentativité de tous les 30 secteurs avec des nombres maximaux aux secteurs n° 10, n° 17, n° 16 et les fréquences les plus basses aux secteurs n° 1, n° 4 et n° 26.

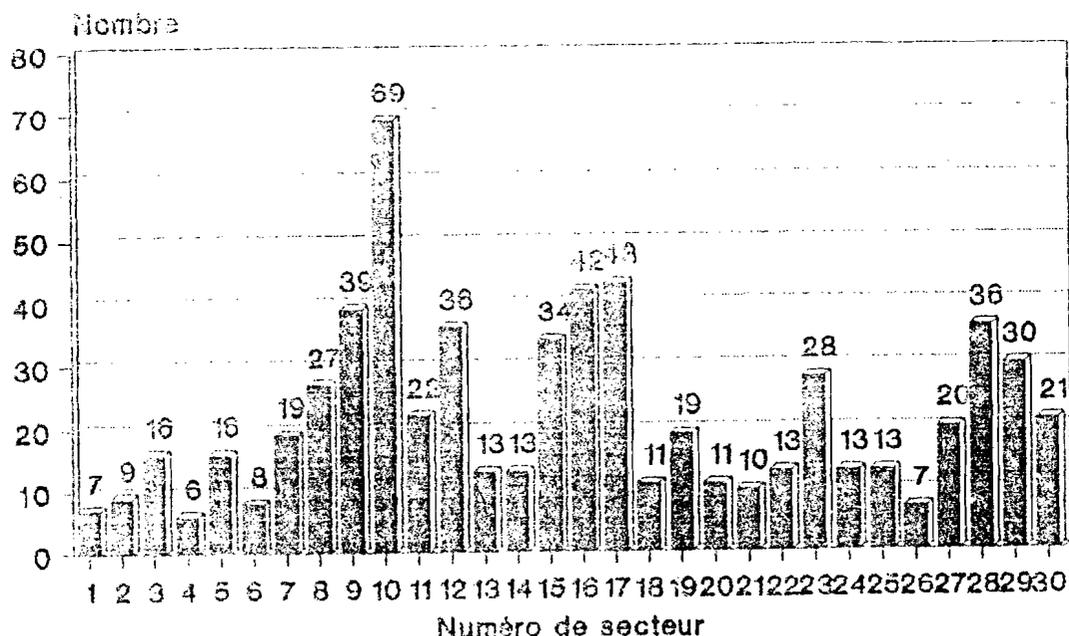
De ce tableau il se dégage :

- une prédominance des intoxications alimentaires aux secteurs n° 10, n° 12, n° 9 et n° 28 .
- une prédominance des intoxications hydrocarburées aux secteurs n° 17, n° 16, n° 9, n° 10, n° 29, n° 15 et n° 12.
- une prédominance des envenimements dans une moindre mesure aux secteurs n° 22, n°28, n°15, n° 29, N°17.
- une prédominance des intoxications aux médicaments pharmaceutiques aux secteurs n° 15, n° 11 et n° 28.
- une prédominance des intoxications aux médicaments traditionnels aux secteurs n° 16 .
- une prédominance des intoxications à divers autres produits au secteur n° 23 (fruits non comestibles).

Tableau XI : Répartition des 653 cas d'intoxication aigus par nature et par secteur d'origine.

(Service de Pédiatrie CHN-YO 1989-1990)

NT N°Sect	MP	MT	HY	AL	VEN	CAU	COS	AUT.	TOTAL
1	1	1	2	1	1	0	0	1	7
2	3	0	6	0	0	0	0	0	9
3	6	1	4	0	0	1	1	3	16
4	2	0	2	2	0	0	0	0	6
5	1	1	12	0	0	0	1	1	16
6	2	0	4	1	0	1	0	0	8
7	3	1	7	4	1	0	1	2	19
8	3	2	7	8	2	0	1	4	27
9	6	2	15	14	1	0	1	0	39
10	3	3	15	43	2	2	1	0	69
11	7	3	7	3	0	1	0	1	22
12	5	1	11	15	1	3	0	0	36
13	2	1	4	3	0	2	1	0	13
14	5	0	5	3	0	0	0	0	13
15	8	2	13	4	4	2	0	3	34
16	5	5	18	9	1	2	1	1	42
17	6	3	19	8	3	2	2	0	43
18	1	2	5	2	0	1	0	0	11
19	1	1	6	6	2	3	0	0	19
20	1	1	6	2	0	1	0	0	11
21	0	0	5	0	2	1	0	2	10
22	1	0	4	2	6	0	0	0	13
23	1	2	11	1	2	3	0	8	28
24	1	2	5	4	0	1	0	0	13
25	2	1	6	1	2	1	0	0	13
26	1	0	2	0	1	0	0	3	7
27	1	1	7	7	2	0	1	1	20
28	7	3	8	14	4	0	0	0	36
29	5	1	15	0	4	2	1	2	30
30	3	1	8	5	1	3	0	0	21
Total	93	41	239	162	42	32	12	32	653



**Figure No 19: Répartition des 653 cas d'intoxication aiguë par secteur d'origine (Soc Péd. CHN-YO 1989-90)**

### III.3.5 Niveau socio-économique des parents

Nous avons eu recours à la profession du Père (et parfois de la mère), seul élément qui puisse être exploitable à cet effet. Nous avons selon cet élément réparti les parents en trois catégories :

catégorie I : sont inclus dans cette catégorie ceux dont le niveau socio-économique est jugé supérieur à la moyenne. Ce sont ceux dont le niveau de vie leur permet et de subvenir à leurs besoins et de songer à faire des économies.

catégorie II : ceux dont le niveau socio-économique est jugé moyen. Nous les considérons comme étant ceux capables de se procurer le strict minimum pour subvenir tout juste à leurs besoins.

catégorie III : ceux dont le niveau socio-économique est jugé inférieur à la moyenne (bas) ; c'est-à-dire ne possédant pas le minimum pour satisfaire leurs besoins même des plus élémentaires.

### III.3.5.1 Répartition des IAE par catégorie

Cette catégorisation a concerné 656 cas dont la profession du père est mentionnée dans les documents. Dans 32 cas, la profession des parents n'est pas précisée. Ces cas n'ont pas fait partie de la catégorisation.

Le Tableau XII nous donne les résultats suivants :

Tableau XII : Répartition des 656 cas d'intoxication aiguë selon les catégories.

(Service de Pédiatrie CHN-YO 1989-1990)

Catégories	Nombre de cas	Pourcentage
Catégorie I	116	17,7 %
Catégorie II	176	26,8 %
Catégorie III	364	55,5 %
Total	656	100 %

On constate que les intoxications aiguës sont plus fréquentes chez les enfants dont les parents sont d'un niveau socio-économique bas.

La figure No 20 en donne la représentation graphique.

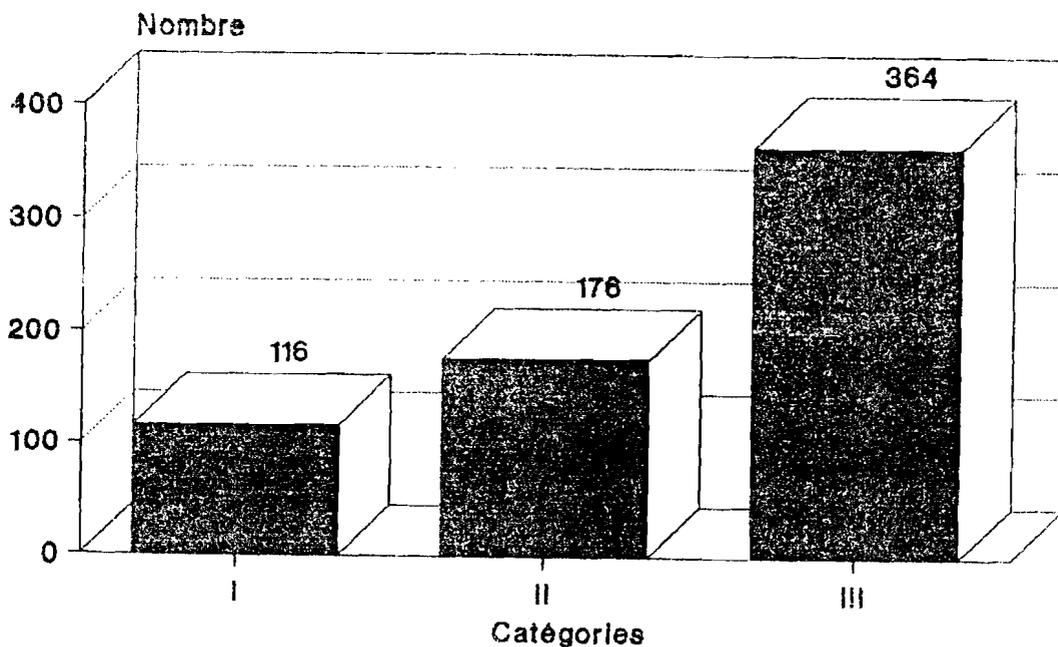


Figure No 20: Répartition des 656 cas d'intox. aig. selon la nature et le niv. Socio-éco. des parents

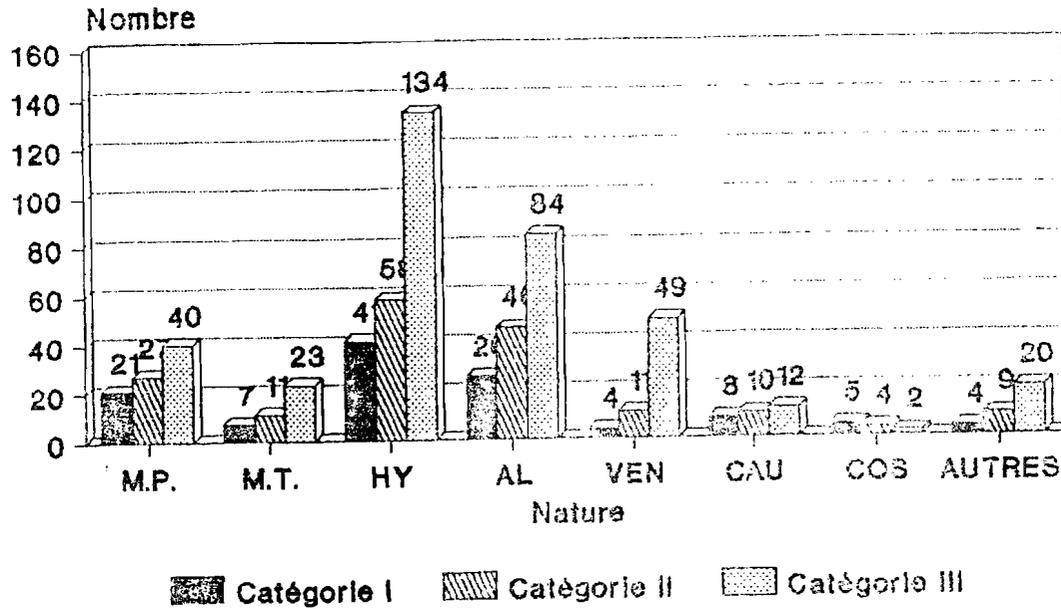
Nous avons voulu savoir si la nature des toxiques en cause variait suivant la catégorie d'appartenance des parents.

III.3.5.2 Répartition des IAE par nature des toxiques et par catégorie.

Pour tous les toxiques, à l'exception des cosmétiques, on note une prédominance des IAE chez les enfants dont les parents sont d'un niveau socio-économique bas comme cela se voit sur le Tableau XIII et la figure n°21.

Tableau XIII : Répartition des 656 cas d'intoxication aiguë selon la nature des toxiques et la catégorie d'appartenance des parents.  
(Service de Pédiatrie CHN-YO 1989-1990)

Catégories	I	II	III	Total
Nature des toxiques				
Médicaments pharmaceutiques	21	27	40	88
Médicaments traditionnels	7	11	23	41
Hydrocarbures	41	58	134	233
Aliments	26	46	84	163
Venins	4	11	49	65
Caustiques	8	10	12	30
Cosmétiques	5	4	2	11
Autres	4	9	20	33
Total	116	176	364	656



**Figure No 21: Répartition des 656 cas d'intox. aiguë selon la nature et les catégories (Sce Péd. CHN-YO 1989-90)**

### III.3.6 Etude des IAE selon la religion parentale

#### III.3.6.1 Répartition des IAE selon la religion parentale

Le tableau XIV nous donne cette répartition et montre une prédominance des enfants de parents musulmans.

Tableau XIV : Répartition des 688 cas d'IAE selon la religion parentale

Religion parentale	Nombre de cas	Pourcentages
Musulmane	402	58,43
Chrétienne	260	37,50
Animiste	22	03,19
Non précisée	4	00,58
Total	688	100

### III.3.5.2 Répartition des IAE selon la religion parentale et la nature des toxiques.

Les intoxications aux médicaments pharmaceutiques, aux caustiques, et aux cosmétiques prédominent chez les enfants de parents chrétiens. Par contre, il y a prédominance des intoxications alimentaires et aux médicaments traditionnels chez les enfants de parents musulmans. Aussi, on remarque une prédominance des envenimations chez les enfants de parents animistes. En ce qui concerne les intoxications aux hydrocarbures, une tendance à l'équilibre se dégage (voir tableau XV) : analyse faite à partir du rapport de chaque chiffre au total de la colonne.

Tableau XV : Répartition des 688 cas d'intoxication aiguë selon la religion parentale et la nature des toxiques.  
(Service de Pédiatrie CHN-YO 1989-1990)

Réligion	Musulmane	Chrétienne	Animiste	Non précisée	Total
Nat. Tox.					
MP	43	50	3	0	96
MT	27	12	1	1	41
HY	145	94	6	1	246
AL	108	49	4	2	163
VEN	41	18	6	0	65
CAU	15	17	0	0	32
COS	5	7	0	0	12
AUTRES	18	13	2	0	33
Total	402	260	22	4	688

La figure N° 22 illustre cette répartition.

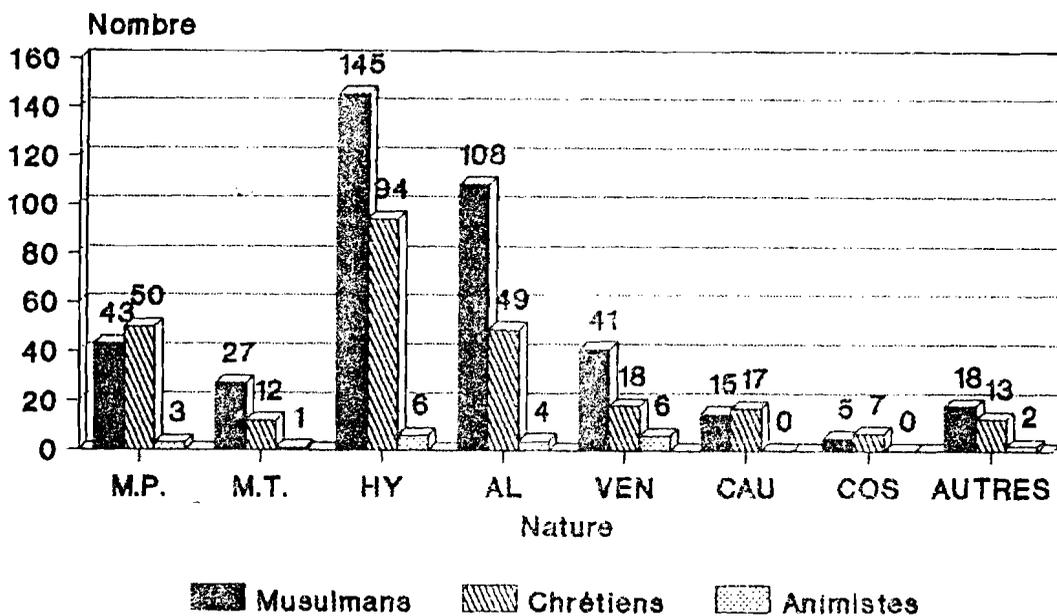


Figure No 22: Répartition des 684 cas d'intox. aiguë selon la nature et la religion parentale (Sce Péd.CHN-YO 89-90)

### III.3.7 Etude du mode d'intoxication

Nous avons enregistré des cas d'intoxication accidentelle, iatrogène et volontaire.

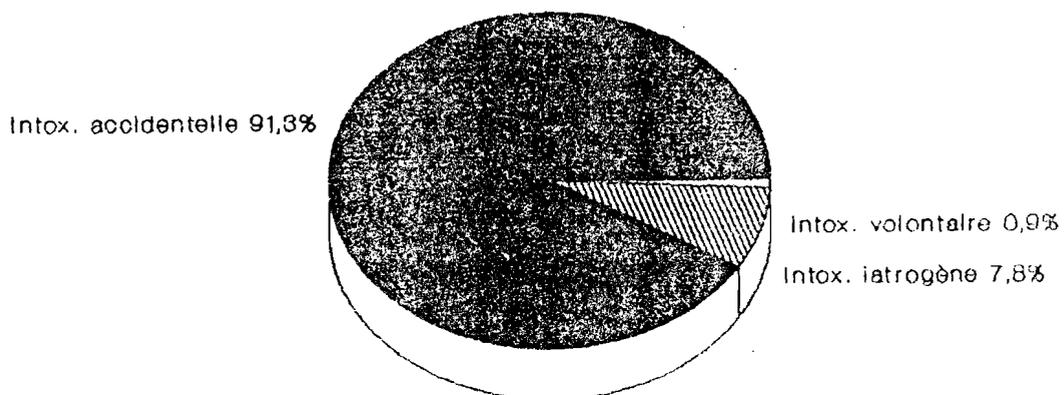
#### III.3.7.1 Répartition des IAE selon le mode d'intoxication

L'intoxication accidentelle vient au premier plan avec 628 cas (91,28 %) contre 54 cas (7,85 %) d'intoxication iatrogène et 6 cas (0,87 %) d'intoxication volontaire. (voir tableau XVI et figure N° 23).

Tableau XVI : Répartition des 688 cas d'intoxication aiguë selon le mode.

(Service de Pédiatrie CHN-YO 1989-1990)

Mode d'intoxication	Année 1989	Année 1990	Total
Intoxication accidentelle	321	307	628
Intoxication iatrogène	25	29	54
Intoxication volontaire	3	3	6



**Figure No 23:** Pourcentages selon le mode d'intoxication.  
(Sce Péd. CHN-YO 1989-90)

III.3.7.2 Répartition des IAE par mode d'intoxication et par nature des toxiques.

Sur le tableau XVII, nous remarquons :

- Tous les enfants s'étant intoxiqués volontairement dans un but suicidaire ont eu recours à des médicaments pharmaceutiques.
- Toutes les intoxications par médicaments traditionnels sont iatrogènes.

Tableau XVII : Répartition des 688 cas d'intoxication aiguë selon le mode et la nature des toxiques (Service de Pédiatrie CHN-YO 1989-1990)

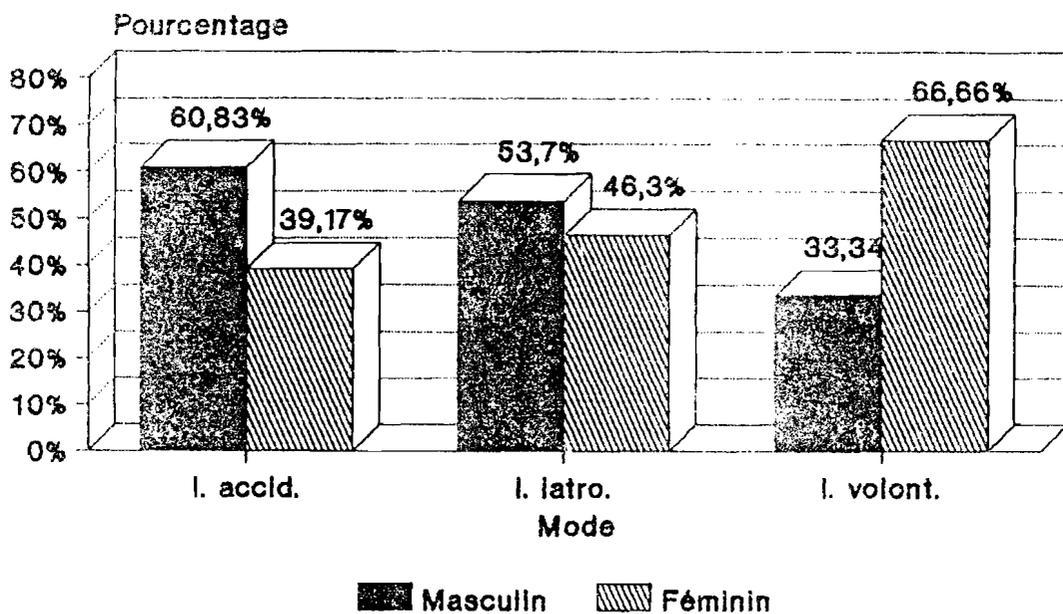
Mode Nature des toxiques	Intoxication accidentelle	Intoxication iatrogène	intoxication volontaire	Total
MP	80	10	6	96
MT	0	41	0	41
HY	246	0	0	246
AL	163	0	0	163
VEN	65	0	0	65
CAU	30	2	0	32
COS	12	0	0	12
AUTRES	32	1	0	33
TOTAL	628	54	6	688

Repartition des IAE selon le mode  
d'intoxication et le sexe.

Nous notons, comme l'indiquent le tableau XVIII et la figure n° 24, que l'intoxication accidentelle est prédominante chez les garçons, alors que celle volontaire l'est chez les filles. Il y a une tendance à l'équilibre entre les deux sexes pour l'intoxication iatrogène.

Tableau XVIII : Répartition des 688 cas d'intoxication aiguë selon le mode d'intoxication et le sexe.  
(Service de Pédiatrie CHN-YO 1989-1990)

Sexe	Masculin	Féminin	Total
	Nbre %	Nbre %	Nbre %
Intoxication accidentelle	382 (60,83%)	246 (39,17%)	628 (100%)
Intoxication iatrogène	29 (53,70%)	25 (46,30%)	54 (100%)
Intoxication volontaire	2 (33,34%)	4 (66,66%)	6 (100%)



**Figure No 24: Pourcentages selon le sexe  
le mode d'intoxication**  
(Sce Péd. CHN-YO 1989-90)

III.3.7.4 Répartition des IAE selon l'âge et le mode d'intoxication

Le tableau XIX, montre que l'intoxication accidentelle prédomine pour tout âge à l'exception de la première tranche d'âge où l'intoxication iatrogène représente 64,15 % .

Tableau XIX : Répartition des 688 cas d'intoxication aiguë selon les tranches d'âge et le mode d'intoxication.

(Service de Pédiatrie CHN-YO 1989-1990)

Mode Tranche d'âge	Intoxication accidentelle Nbre %	Intoxication iatrogène Nbre %	Intoxication volontaire Nbre %	Total Nbre %
0-11 mois	19 (35,85%)	34 (64,15%)	0 (00%)	53 (100%)
1-3 ans	381 (97,19%)	11 (02,81%)	0 (00%)	392 (100%)
4-6 ans	97 (95,10%)	5 (04,90%)	0 (00%)	102 (100%)
7-9 ans	62 (98,41%)	1 (01,59%)	0 (00%)	63 (100%)
10-15 ans	59 (88,46%)	3 (03,85%)	6 (07,69%)	78 (100%)

Le tableau XIX bis révèle que 60,67 % des intoxications accidentelles ont intéressé les enfants de 1 à 3 ans et 62,96 % des intoxications iatrogènes ceux de 0 à 11 mois. 100 % des intoxications volontaires ont concerné les grands enfants.

Tableau XIX bis : Répartition des 628 cas d'intoxication aiguë selon les tranches d'âge et le mode d'intoxication.

(Service de Pédiatrie CHN-YO 1989-1990)

Mode  Tranches d'âge	Intoxication accidentelle		Intoxication iatrogène		Intoxication volontaire	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
0-11 mois	19	(03,02%)	34	(62,96%)	0	(00%)
1-3 ans	381	(60,67%)	11	(20,37%)	0	(00%)
4-6 ans	97	(15,44%)	5	(09,26%)	0	(00%)
7-9 ans	62	(09,87%)	1	(01,85%)	0	(00%)
10-15 ans	69	(11,00%)	3	(05,56%)	6	(100%)
Total	628	(100%)	54	(100%)	6	(100%)

III.3.7.5 Répartition des IAE selon la provenance  
et le mode d'intoxication

Dans notre série, tous les cas d'intoxication iatrogène et volontaire sont survenus dans la ville de Ouagadougou (voir Tableau XX).

Tableau XX : Provenance des 688 cas d'intoxication aiguë suivant le mode.  
 (Service de Pédiatrie CHN-YO 1989-1990)

Mode Provenance	Intoxication accidentelle	Intoxication iatrogène	Intoxication volontaire	Total
Ville Ouaga	593	54	6	653
Village du Kadiogo	8	0	0	8
Autres provinces	27	0	0	27
Total	628	54	6	688

III.3.7.6 Relation entre le niveau socio-économique des parents et le mode d'intoxication

Pour les modes d'intoxication accidentelle et iatrogène, les enfants dont les parents sont classés dans la catégorie III en sont plus touchés suivis de ceux de la catégorie II. Par contre, 50 % des cas d'intoxication volontaire sont de parents classés dans la catégorie II tandis que 33,33 % des cas concernent la catégorie I et un seul cas (16,67 %) la catégorie III.

(voir tableau XXI et figure N° 25).

Tableau XXI: Répartition de 656 cas d'intoxications aiguës selon le mode et la catégorie d'appartenance des parents.

(Service de Pédiatrie CHN-YO 1989-1990)

Mode Catégories	Intoxication accidentelle		Intoxication iatrogène		Intoxication volontaire	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
I	105	(17,53%)	9	(17,65%)	2	(33,33%)
II	158	(26,37%)	15	(29,41%)	3	(50%)
III	336	(56,10%)	27	(52,94%)	1	(16,67%)
Total	599	(100%)	51	(100%)	6	(100%)

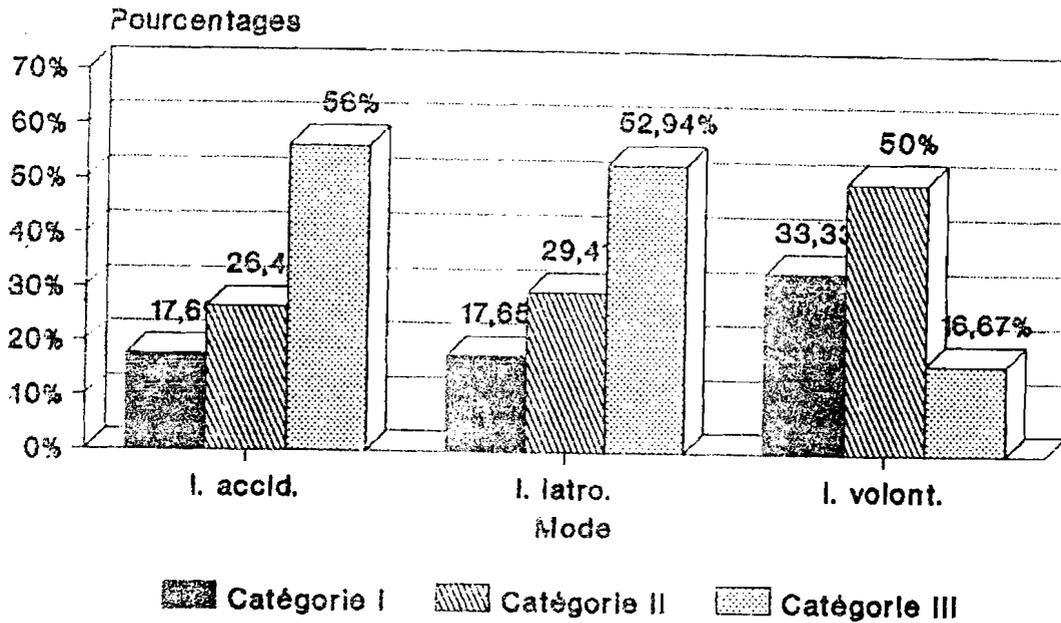


Figure No 25: Pourcentages des catégories selon le mode d'intoxication (N=656) (Sce Péd.CHN-YO 1989-90)

III.3.8 La voie d'intoxication

III.3.8.1 Répartition des IAE selon la voie d'intoxication.

La voie orale vient au premier plan comme le montre le tableau XXII.

Tableau XXII : Répartition des 688 cas d'IAE selon la voie d'intoxication. (Service de Pédiatrie CHN-YO 1989 1990)

Voie d'intoxication	Nombre de cas	%
Voie orale	585	85,02
Voie ano-rectale	34	04,94
Voie cutanée	65	09,45
Voie Respiratoire	3	00,44
Voie intra-musculaire	1	00,15
Total	688	100

III.3.2.2 Répartition selon la voie d'intoxication et la nature des toxiques

Le tableau XXIII nous permet de noter ce qui suit :

- A l'exception des envenimations, tous les toxiques sont représentés pour la voie orale.
- les médicaments traditionnels sont utilisés dans 29 fois sur 34 (85,29 %) par voie ano-rectale.

Tableau XXIII : Répartition des 688 cas d'intoxication aiguë selon la voie et la nature des toxiques.  
(Service de Pédiatrie CHN-YO 1989-1990)

Voies Nat.tox.	Voie orale	Voie ano- rectale	Voie cutanée	Voie respi- ratoire	Voie intra- muscul.	Total
M.P.	39	1	0	1	1	96
M.T.	12	29	0	0	0	41
HY	245	1	0	0	0	246
AL	163	0	0	0	0	163
VEN	0	0	65	0	0	65
CAU	30	2	0	0	0	32
COS	12	0	0	0	0	12
AUTRES	30	1	0	2	0	33
TOTAL	585	34	65	3	1	688

### III.3.8.3 Relation entre l'âge et la voie d'intoxication

79,41 % des 34 cas d'intoxication par voie ano-rectale ont concerné des enfants de moins d'un an, et 64,27 % des cas d'intoxication par voie orale sont dans la tranche d'âge de 1 à 3 ans.

L'intoxication par voie cutanée (envenimations) augmente avec l'âge.

Le tableau XXIV montre ces résultats.

Tableau XXIV : Répartition des 688 cas d'intoxication aiguë selon la voie et les tranches d'âge.

(Service de Pédiatrie CHN-YO 1989-1990)

Voies Tranches d'âge	Voie orale	Voie ano- rectale	Voie cutanée	Voie respira- toire	Voie intra- muscul.
0-11 mois	25 (04,27%)	27 (79,41%)	0 (00%)	1 (33,33%)	0 (00%)
1-3 ans	376 (64,27%)	6 (17,65%)	9 (13,85%)	0 (00%)	1 (100%)
4-6 ans	91 (15,56%)	0 (00%)	10 (15,38%)	1 (33,33%)	0 (00%)
7-9 ans	46 (07,86%)	1 (02,94%)	15 (23,08%)	1 (33,33%)	0 (00%)
10-15 ans	47 (08,03%)	0 (00%)	31 (47,70%)	0 (00%)	0 (00%)
Total	585 (100%)	34 (100%)	65 (100%)	3 (100%)	1 (100%)

### III.3.9 La létalité

#### III.3.9.1 Taux de létalité

Nous avons dénombré 18 décès sur les 688 cas, soit un taux de létalité de 2,62 %.

#### III.3.9.2 Répartition des décès selon la nature des toxiques.

Le pétrole est le premier incriminé avec 10 cas soit 55,56 % des décès.

Suivent les médicaments traditionnels (4 cas) avec 22,20 % puis les autres.

(voir tableau XXV)

Tableau XXV : Répartition des cas de décès selon les toxiques.

(Service de Pédiatrie CHN-YO 1989-1990)

Nature des toxiques	Nombre de cas de décès	Proportions
Méd. pharmaceutiques	1	05,56%
Méd. traditionnels	4	22,20%
Hydrocarbures	10	55,56%
Aliments	1	05,56%
Venins	1	05,56%
Caustiques	0	00%
Cosmétiques	0	00%
Autres	1	05,56%
Total	18	100%

III.3.9.3 Taux de mortalité

Pour notre période d'étude, le service a reçu 9658 malades dont 1509 sont décédés soit un taux de mortalité globale de 15,62 % . Le taux de mortalité par intoxication est de 0,18 % et le taux proportionnel de décès par intoxication est de 1,19 %

III.3.9.4 Taux de létalité spécifique de quelques toxiques

Le tableau XXVI nous illustre ces taux avec les médicaments traditionnels comme les plus dangereux : environ 2 décès par intoxication due à ces produits pour un décès par intoxication au pétrole.

Tableau XXVI : Taux de létalité spécifique de quelques toxiques.

(Service de Pédiatrie CHN-YO 1989-1990)

Nature des toxiques	Nombre de cas d'intoxication	Nombre de cas de décès	Taux de létalité spécifique
Méd. pharmaceutiques	96	1	01,04%
Méd. traditionnels	41	4	09,76%
Hydrocarbures	246	10	04,06%
Aliments	163	1	00,61%
Venins	65	1	01,54%

III.3.9.5 Proportions de décès selon l'âge

Le tableau XXVII nous montre ces proportions dont 77,78 % des décès sont de la tranche d'âge de 1 à 3 ans. Aucun décès dans la dernière tranche d'âge.

Tableau XXVII : Proportion de décès de chaque tranche d'âge.  
(Service de Pédiatrie CHN-YO 1989-1990)

Tranches d'âge	0-11 mois	1-3 ans	4-6 ans	7-9 ans	10-15 ans	Total
Cas de décès	2	14	1	1	0	18
Proportions	11,10%	77,78%	05,56%	05,56%	00%	100%

Les deux décès de la tranche d'âge de 0 à 11 mois correspondent à deux nouveau-nés de 7 et 10 jours.

Pour les tranches d'âge de 4-6 ans et 7-9 ans il s'agit d'un enfant de 4 ans et un autre de 7 ans.

Les 14 décès dans la tranche d'âge de 1 à 3 ans se répartissent comme suit :

15 mois \_\_\_\_\_ 1 cas  
 18 mois \_\_\_\_\_ 2 cas  
 19 mois \_\_\_\_\_ 1 cas  
 21 mois \_\_\_\_\_ 2 cas  
 2 ans \_\_\_\_\_ 5 cas  
 2,5 ans \_\_\_\_\_ 1 cas  
 3 ans \_\_\_\_\_ 2 cas

III.3.9.6 Proportions de décès selon le sexe

Des 18 décès, nous dénombrons 13 garçons et 5 filles comme indiqué dans le tableau XXVIII.

Tableau XXVIII: Proportions de décès selon le sexe.  
(Service de Pédiatrie CHN-YO 1989-1990)

Sexe	Cas de décès	Proportions
Masculin	13	72,22%
Féminin	5	27,78%
Total	18	100%

III.3.9.7 Proportions de décès selon le mode d'intoxication

Le tableau XXIX donne ces proportions.

Tableau XXIX : Proportions de décès selon le mode d'intoxication.  
(Service de Pédiatrie CHN-YO 1989-1990)

Mode	Cas de décès	Proportions
Intoxication accidentelle	14	77,78%
Intoxication iatrogène	4	22,22%
Intoxication volontaire	0	00%
Total	18	100%

### III.4 ETUDE DES CIRCONSTANCES DE SURVENUE

Dans ce paragraphe, nous ferons une approche du contexte dans lequel les intoxications aiguës de l'enfant sont survenues. Pour ce faire, nous illustrerons certaines situations par des exemples d'observations sous forme de résumés.

#### III.4.1 Celles des intoxications accidentelles

Nous allons procéder par groupe de toxiques concernés

##### III.4.1.1 Les intoxications aux médicaments pharmaceutiques

Plusieurs situations sont rencontrées et des plus diversifiées. Parfois elles se recoupent. Ainsi, nous avons :

- des situations où la responsabilité d'une tierce personne est engagée :
  - . soit par confusion de produits, comme par exemple le cas de cette mère qui a administré à son enfant du Rohypnol à la place d'un autre produit.
  - . soit il s'agit d'enfants intoxiqués par un(e) aîné(e).
  
- dans la majorité des cas, l'intoxication survient à la suite d'ingestion de produits que les enfants ont pu trouver à leur portée. Dans ces situations, l'enfant est soit surpris sur le fait, soit l'intoxication est suspectée et découverte face à une symptomatologie insolite.  
Les exemples suivants en font l'illustration.

##### Observation N° 1 : (dossier n° 491)

Il était 13 heures ce jour-là lorsque de retour du travail, les parents de O. Souleymane, âgé de 4 ans et demi, le trouvèrent somnolent avec des troubles de la marche.

Interrogée, la nourrice affirma ignorer ce qui a pu en être la cause. Ce n'est que quelques instants après que, dans une des pièces de la maison, une boîte de Témesta fut retrouvée ouverte. Inquiétés, les parents l'amenerent immédiatement dans un dispensaire d'où il fut orienté sur le CHN-YO.

Observation N° 2 : (dossier n° 515)

S. Théophile, âgé de 3 ans, a été hospitalisé dans le Service pour intoxication aiguë. Il est ressorti de l'anamnèse qu'il a été surpris par son père alors qu'il buvait le contenu d'un flacon de Flavoline prescrite à sa soeur aînée de 5 ans.

Observation N° 3 : (dossier n° 155)

Z. Pauline, âgée de 7 ans, du village de Koubri (Province du Bazéga) fut évacuée dans le Service pour hémiplegie droite avec dyspnée importante, mais y arriva dans un état de coma carus (stade III). Le dossier nous fait ressortir qu'il s'est agi d'un enfant épileptique sous traitement qui avait ingéré une importante dose de son produit (Gardénal) en l'absence de ses parents. Ces derniers ne s'en sont rendus compte qu'à l'apparition des premiers signes, quand la fille, interrogée, leur a affirmé avoir pris son médicament. Quelques heures après son arrivée, elle succomba.

Observation N° 4 : (dossier n° 149)

S. Florence, 4 ans, a été hospitalisée dans le Service pendant 48 heures. Nous retrouvons dans le dossier qu'une nuit, elle avait quitté ses parents pendant qu'ils

étaient occupés à regarder les images télévisées et s'était introduite dans la chambre de sa mère. On croyait qu'elle s'était couchée. Mais cinq minutes plus tard, elle en ressortit avec un flacon de sirop dont elle avait bu le contenu.

Observation N° 5 : (dossier n° 492)

A. Boubacar, 22 mois , faisait une série de chutes répétées suivies d'une somnolence de plus en plus marquée puis tendance au coma. Face à ce tableau, les parents s'adressèrent à une structure sanitaire d'où il fut orienté sur l'hôpital. Quelques heures plus tard, un hôte de la famille signala avoir trouvé sa boîte de Lexomil ouverte et hors du sac dans lequel elle se trouvait. La relation fut alors vite faite.

- Des situations où l'intoxication s'est produite hors du domicile de l'enfant comme le cas de ces deux enfants :

l'un revenu à la maison, les lèvres et la muqueuse buccale colorées en rouge par du mercurochrome ingéré chez des voisins.

l'autre ayant ramassé et ingéré un comprimé trouvé dans la rue et dont le cas fut rapporté par ses copains de jeux.

III.4.1.2 Les intoxications aux hydrocarbures

Les circonstances de survenue de ces intoxications se superposent à celles rencontrées pour les médicaments pharmaceutiques.

Exemples d'observations

Observation N° 6 (dossier n° 98)

O. Omar , âgé de 2 ans, a séjourné dans le Service pour intoxication aiguë au pétrole. Sa mère a raconté qu'il était avec elle dans la cuisine où elle allumait du feu avec du

pétrole contenu dans une bouteille de fanta. Après utilisation, la bouteille a été déposée près du foyer. Omar, ayant profité d'un moment d'inattention de sa part, en a absorbé une partie. Son attention n'a été attirée que par une quinte de toux avec cris.

Observation N° 7 (dossier n° 396)

G. Aminata, petite fille de 3 ans, du village de Loumbila dans la Province d'Oubritenga, se rendit un jour au marché avec sa mère en fin de mois d'Avril. Elle s'y endormit sous un hangar. A son réveil dans les environs de 15 heures, elle trouva un bidon à ses côtés. Probablement très assoiffée, elle en but abondamment le contenu qui n'était autre que du pétrole. Une toux tenace s'empara d'elle. C'est à ce moment que l'on porta attention à elle : le constat est là. Amenée au dispensaire de la localité, elle fut évacuée dans le Service de Pédiatrie du CHN-YO où elle arriva dans un état de coma II-III. Malgré les soins de réanimation, on déplora son décès.

Observation N° 8 (dossier n° 26)

S. Bintou, âgée de 18 mois, était à la maison avec 3 aînés, la mère étant au marché. A son retour, elle la trouva en pleurs, toux et dyspnée. Les aînés rapportèrent qu'elle a bu du pétrole qui était dans une boîte de lait trouvée dans la cuisine. Transportée dans le Service de Pédiatrie du CHN-YO, elle y fit un arrêt cardiaque et respiratoire ; mais elle fut réanimée avec succès.

Observation N° 9 : (dossier n° 425)

S. François, âgé de 2 ans et demi, fut hospitalisé dans le Service pendant 5 jours. Nous relevons qu'une nuit dans les environs de 19 heures, il était avec son père qui gèrait une boutique où du pétrole était également en vente. Son père, pendant qu'il servait un client, le surprit buvant du pétrole contenu dans un flacon de "magi".

Observation N° 10 : (dossier n° 203)

T. Seydou, âgé de 12 mois, a été admis dans le Service de Pédiatrie du CHN-YO pour intoxication aiguë au pétrole. L'interrogatoire nous précise qu'il s'agit de sa soeur aînée de 6 ans qui lui en avait administré alors qu'elle était en train de s'amuser avec lui.

III.4.1.3 Les intoxications alimentaires

Ici les circonstances sont particulières. Il s'agit le plus souvent d'intoxications collectives familiales ou non où les enfants n'échappent généralement pas. Les aliments incriminés sont soit achetés, soit préparés à domicile et consommés mais dont des restes sont conservés et donnés plus tard aux enfants. Parfois, des enfants ont consommé des aliments avariés destinés ou déjà jetés à la poubelle : c'est le cas par exemple de cette fille de 4 ans qui a trouvé de la pâte d'arachide dans la poubelle et l'a ingérée et qui, quelques heures plus tard, a été hospitalisée pour diarrhée et vomissements.

III.4.1.4 Les envenimations

Toutes les piqûres de scorpion ont eu lieu à domicile lors des jeux, surtout la nuit. Nous avons un cas survenu pendant le sommeil.

Les circonstances de la piqûre d'abeille sont ignorées.

Pour les morsures de serpents, nous notons des cas survenus :

- lors de la recherche du bois.
- lors d'activités agricoles diverses.
- lors de pâturages.
- lors d'aventures non spécifiques dans la nature.

### III.4.1.5 Intoxications aux caustiques, cosmétiques et autres

Les circonstances sont identiques pour certaines à celles des intoxications par les médicaments pharmaceutiques et les hydrocarbures. Nous avons rencontré :

- des cas d'administration par des aînés(es).
- pour les fruits non comestibles, il s'agit d'intoxications collectives concernant des enfants en groupe pendant leurs aventures dans la nature et un cas d'intoxication solitaire chez une sourde-muette par ingestion d'un fruit reconnu pour sa toxicité et ramené de la brousse par un frère (nom scientifique du fruit : IATROPHA CURCAS ; Pourguère ou Pignon d'inde en Français ; et en langue locale mooré : Wâb-bâng-maam [20] qui signifie en traduction littérale "mange moi je te dirai qui je suis").
- d'autres circonstances sont illustrées par les résumés d'observation suivants :

#### Observation N° 11 (dossier n° 684)

K. Edwige, sexe féminin, 3 ans, a été reçue dans le Service pour ingestion de raticide. L'interrogatoire a révélé que son père, après utilisation d'un sachet de raticide, avait gardé un autre dans la poche de son habit qu'il changea en sortant. Edwige ayant certainement tout observé, s'introduisit dans la chambre de son père. Ses recherches lui permirent de retrouver le sachet. La mère, ayant remarqué l'occupation de la fille, intervint. Mais le sachet était déjà vide.

#### Observation N° 12 (dossier n° 346)

S. Abdoulaye, sexe masculin, 2 ans, a été aussi admis dans le Service pour ingestion de raticide. Il ressort qu'il a été surpris en train d'ingérer un mélange de farine et de raticide fait par son père pour piéger des souris.

### III.4.2 Celles des intoxications iatrogènes

Ici également, nous les abordons en fonction des toxiques en cause.

#### III.4.2.1 Les intoxications aux médicaments pharmaceutiques

Nous avons enregistré :

- des cas d'erreurs thérapeutiques comme le cas de cette fille de 5 ans à qui une prescription de doses élevées de Nivaquine a été faite.
  
- des cas d'erreurs d'application par les parents de prescriptions faites dans des formations sanitaires. L'illustration en est faite par l'exemple de cette mère ayant administré 6 comprimés de Nivaquine en 2 prises à son enfant de 10 mois alors qu'elle devait en donner 1/2 comprimé 2 fois par jour. Il y a aussi celui d'une fille de 6 ans ayant fait un épistaxis après avoir reçu 6 comprimés d'Aspirine 500 mg en deux prises ; les doses normalement prescrites étant : 1 comprimé 2 fois par jour.
  
- des cas d'automédication : pratiquée par les parents

#### Exemples :

- . lavement à la Nivaquine fait à un enfant de 3 mois pour coliques.
- . instillation nasale d'Otrivine à un nouveau-né de 5 jours pour dyspnée.
- . administration de 2 gélules (inconnues) achetées chez un vendeur ambulancier à un nourrisson de 8 mois pour diarrhée.
- . administration de 4 comprimés de Primpéran à intervalles courts à une fille de 7 ans pour vomissements.
- . administration de 3 comprimés d'Aspirine à un enfant de 3 ans pour malaises.

#### III.4.2.2 Intoxications aux médicaments traditionnels

Ils sont administrés pour des soins divers soit sur initiative propre des parents (la majorité des cas) ou sur prescription. L'on constate l'influence notable des vieilles personnes surtout les grand-mères (leur responsabilité est évoquée dans 12 cas).

Toutefois, les circonstances sont ici des plus difficiles à préciser. En effet, nous avons constaté sur les dossiers cliniques que c'est le plus souvent après 24 à 48 heures d'hospitalisation (parfois plus) que le diagnostic d'intoxication est évoqué.

#### III.4.3 Celles des intoxications volontaires

Nous avons essentiellement enregistré des cas où ce sont des situations conflictuelles entre parents et enfants qui en sont le point de départ.

## CHAPITRE IV

### COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

#### IV.1 DE L'IMPORTANCE DES I.A.E

Apparemment, la fréquence de 7,12 % paraît minimiser ce phénomène. Mais, nous savons bien que tous les cas ne sont pas systématiquement hospitalisés, certains cas asymptomatiques ne se présentant pas à l'hôpital, d'autres cas, même symptomatiques, étant pris en charge dans les formations périphériques. Quant à la recommandation de mettre en observation pendant au moins 24 heures tout enfant admis pour intoxication, celle-ci n'est pas scrupuleusement respectée par tous.

En comparant nos résultats à ceux d'autres auteurs, nous remarquons que cette fréquence est légèrement plus élevée que celles publiées par Senga P. au Congo [49], Hervé [27], Jezequel [31] et Colin [15] en France qui sont respectivement de 5,55 % , 5,58 % , 6 % et 5,20%.

Par contre, d'autres auteurs, notamment ceux de certains services Français, rapportent des chiffres plus élevés, 8 % et 10 % [10, 11, 47].

La relative différence pourrait être due au fait que les modalités de recrutement ne sont pas les mêmes dans toutes ces études et que l'environnement joue un certain rôle.

Ainsi, nous pouvons avancer avec les auteurs que nous avons consultés, que les intoxications aiguës, de par leur fréquence parmi les causes d'admission dans le Service de Pédiatrie du CHN-YO, constituent un véritable problème de santé publique.

#### IV.2 DE LA NATURE DES TOXIQUES

Les toxiques en cause sont très diversifiés et les classifications que nous avons rencontrées à travers la littérature sont différentes les unes des autres suivant les auteurs et les pays.

---

Dans notre étude, nous avons fait une classification arbitraire pour l'adapter à notre contexte et ceci par souci de clarté.

Nous allons faire nos commentaires et discussions en fonction de chaque groupe de toxiques.

#### IV.2.1 Les médicaments pharmaceutiques

Ils occupent la troisième place dans notre étude. (cf tableau II, figure N° 2).

Dans notre contexte, nous pourrions l'expliquer par la relative faible capacité d'une grande partie des populations à se procurer et à stocker ces produits, limitant la disponibilité de ceux-ci dans beaucoup de familles, partant, vis-à-vis de l'enfant.

D'une façon plus spécifique, notre série rapporte une fréquence plus élevée des intoxications dues aux antipaludéens et aux psychotropes. Ceci est dû probablement pour les antipaludéens, au fait que nous soyons en zone d'endémie palustre, et à la prédominance d'un environnement urbain stressant dans la sphère de recrutement de nos patients pour ce qui concerne les psychotropes.

Les intoxications aux psychotropes sont également prédominantes en France comme le soulignent certains auteurs : Hervé C. et al. dans le Val-de-Marne [23, 26, 27], Mantz J.M. et al. au Centre Antipoison de Strasbourg [37], Colin A. et al. dans le Service de Pédiatrie et Génétique Médicale du C.H.R. de Brest [18], Passerou D. et al. à Montpellier [44], Cubells P. et al. au C.H. de la Durance / Avignon [18].

Des études faites en Guadeloupe [1], au Cameroun [9], au Gabon [43], au Congo [49], en Tunisie [6], en Côte d'Ivoire [38] et en France [15] rapportent des résultats identiques aux nôtres.

Nous constatons que les intoxications par les médicaments pharmaceutiques viennent en première place dans les travaux de nombreux auteurs en France [10, 14, 23, 37, 44, 50], aux U.S.A [2, 17], en Angleterre et au pays de Galles, en Argentine, au Brésil, en Uruguay, en Turquie, en Afghanistan, en Arabie Saoudite [17] et en Côte d'Ivoire [8].

#### IV.2.2 Les médicaments traditionnels

La pratique de la médecine traditionnelle dans nos pays est très fréquente, particulièrement au Burkina Faso. Les effets néfastes qu'ils peuvent engendrer lorsqu'ils sont mal employés tout comme les médicaments pharmaceutiques, sont connus de tous. En effet, de nombreux rapports officiels font état de la persistance de remèdes traditionnels dangereux, compromettant les soins de santé.

(cf Relevé Hebdomadaire de l'O.M.S, N° 51/52 Décembre 1990).

L'attachement très marqué de nos populations aux valeurs traditionnelles, le coût relativement bas de ces produits les mettant à la portée de toutes les couches sociales, la cherté des soins modernes... expliquent la fréquence élevée de ce type d'intoxication. En plus de cela, l'absence de règlement régissant la pratique de la médecine traditionnelle favorise la prescription et la vente anarchique de divers produits dangereux par des personnes les connaissant mal et qui, de ce fait, sont incapables de donner des précisions pour leur utilisation rationnelle.

Cependant, Okouoyo E. [43] n'enregistre aucun cas d'intoxication par les médicaments traditionnels au cours d'une étude effectuée en 1982 à l'Hôpital Pédiatrique d'Owendo au Gabon.

Mieux, aucun des autres auteurs africains ayant mené une étude sur les intoxications aiguës de l'enfant n'en a fait cas. L'explication est très difficile à trouver même si l'on s'en tient à l'éventualité d'une différence dans le mode de recrutement des cas et ce d'autant que la pratique de la médecine traditionnelle se rencontre partout sur le continent.

#### IV.2.3.

#### Les hydrocarbures

Les hydrocarbures, et plus particulièrement le pétrole, sont une cause importante d'intoxication chez l'enfant dans les pays sous développés contrairement aux pays industrialisés [2 , 20].

Les intoxications au pétrole sont à la tête de notre série (35,75 %).

Le pétrole est un produit couramment utilisé dans notre pays par presque toutes les couches sociales pour :

- l'éclairage domestique dans les zones aussi bien rurales qu'urbaines non alimentées en électricité. Même dans les zones qui le sont, il est utilisé en cas de coupure d'électricité.
- l'allumage de feux de cuisine dans beaucoup de foyers, surtout en zones urbaines et semi-urbaines.

Et comme le remarque Efthymiou [33], ni le goût, ni l'odeur, ni la consistance ne représentent un obstacle pour l'enfant.

Des études faites par d'autres auteurs, tels Senga P. [40], Mignonsin D. [38] et Bulu B.H. [9], montrent des taux plus élevés qui sont respectivement de 74,44 % , 41,30 % et 40 % .

En revanche, certains auteurs donnent des chiffres plus bas : c'est le cas de Okouoyo E. [58] avec 30,77 % , de Bonny J.S. [8] avec 26,73 % et d'André E. [1] avec 19,41 % .

#### IV.2.4 Les aliments

Les intoxications alimentaires viennent en deuxième position dans notre étude avec 23,70 % .

La majorité des cas que nous avons relevés sont le fait de la consommation d'aliments avariés, contaminés le plus souvent dès l'achat ou préparés et mal conservés à domicile. Ceci soulève un certain nombre de problèmes dont :

- un manque d'hygiène.
- l'absence d'un système efficace de contrôle des aliments vendus. Les points de vente d'aliments divers, aux abords des artères de la ville, dans les écoles, les marchés, etc., de même que les boutiques où sont vendues parfois des boîtes de conserves périmées, sont autant de dangers à cet égard.
- les mauvaises conditions de conservation des repas y favorisant le développement des germes pathogènes.

D'autres auteurs tels Bonny J.S. [81], Mignonsin D. [38] et Senga P. [49] les classent en troisième position.

#### IV.2.5 Les envenimations

Comme dans tous les pays tropicaux et subtropicaux, les envenimations sont couramment rencontrées dans notre pays aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant en raison des conditions écologiques. Ceci est valable aussi bien en zones rurales qu'en zones semi-urbaines dont le niveau de viabilisation encore précaire n'épargne pas les habitants de tels accidents.

Les envenimations sont représentées dans notre série à 9,44 % , chiffre qui les place en quatrième position après les médicaments pharmaceutiques. Parmi elles, celles dues aux serpents prédominent dans une proportion de 89,23 % .

La faible représentativité des piqûres de scorpion (9,23 % des cas d'envenimation) est due à la conception que les populations ont d'elles et partant, à l'attitude qu'elles observent à leur égard. En effet, la piqûre de scorpion n'est qu'un simple incident pour beaucoup de monde et le traitement est généralement traditionnel.

Cependant, les intoxications par morsure de serpent ne représentent que 0,27 % de l'effectif de Mignonsin D. [38].

Dans la région de Salvador de Bahia au Brésil [32], les morsures de serpents et piqûres d'insectes venimeux chez l'enfant viennent en deuxième position après les agents pharmacologiques et figurent à 2 - 3 % des appels au Centre Antipoison de l'Hôpital Universitaire de Montevideo en Uruguay [43].

#### IV.2.6 Les caustiques

Ils sont dominés par le permanganate de potassium et les savons. Cela peut être dû :

- Pour le premier, à son utilisation courante dans certains ménages pour le nettoyage des légumes et aussi à sa prescription fréquente en dermatologie comme antiseptique (bains).

- Pour les savons, à leur utilisation très fréquente pour la toilette, la lessive et la vaisselle.

Nous ne sommes pas les seuls à constater que le permanganate de potassium est l'un des produits les premiers en cause dans ces intoxications. Senga P. au Congo [49] a obtenu les mêmes résultats à la Clinique Pédiatrique de l'Hôpital Général de Brazzaville.

Par ailleurs, si l'eau de javel n'intervient que faiblement avec 2 cas chez nous, elle est le produit le plus incriminé dans les études de Okouyo E. au Gabon [58] et de Béjaoui en Tunisie [6]. Bien d'autres auteurs mettent en relief la responsabilité première de l'eau de javel parmi les produits caustiques. C'est le cas de Bulu B.G. [9], Andro E. [1], Hervé C. [26, 27] et Mignonsin D. [38].

Les piles, en troisième position dans ce groupe, semblent constituer une particularité locale en raison du fait qu'elles ne sont évoquées dans aucune autre étude comme cause d'IAE. Chez nous, ce sont des produits couramment jetés à l'air libre dès qu'ils sont hors d'usage ; ce qui facilite leur manipulation par les enfants.

#### IV.2.7 Les cosmétiques

Un constat général se dégage en ce qui concerne les produits cosmétiques. Dans tous les travaux où ils sont relevés comme causes d'intoxication chez l'enfant, leur fréquence a toujours été faible aussi bien dans les pays sous développés que dans les pays industrialisés. Ainsi, nos résultats (1,74 % des cas) sont dans les limites rencontrées dans la littérature qui vont de 0,99 % [8] à 2,63 % [38] au maximum.

#### IV.2.8 Le monoxyde de carbone

La littérature permet de constater que les intoxications oxycarbonées chez l'enfant sont largement moins fréquentes dans les pays sous développés (2 cas dans notre série) que dans les pays industrialisés où elles passent parfois au premier plan des hospitalisations dans certains services [2, 12, 36]. Dans aucune des études dont nous avons eu connaissance au niveau des pays en voie de développement, il n'a été question de ce toxique. Pourtant l'utilisation du bois, du charbon, du pétrole lampant (sources potentielles d'intoxications) est assez importante dans nos pays.

L'explication qui pourrait justifier cette situation est que nous sommes en pays chauds où généralement cette utilisation se fait à l'atmosphère ambiante. Aussi, les maisons sont aérées et les gens sont le plus souvent au dehors, ce qui réduit les confinements.

#### IV.2.9 Les raticides

Les intoxications aux raticides sont négligeables dans notre étude (0,73 %) comparativement à leur fréquence dans les séries d'André E. [11] en Guadeloupe avec 6,22 %, de Bulu B.G. [9] au Cameroun avec 7,7 % et de Mignonsin D. [38] en Côte d'Ivoire avec 7,13 %.

Cette faible fréquence nous étonne car toutes les conditions sont réunies pour qu'elle s'apparente aux données des autres études. Peut-être que ces produits ne sont pas aussi fréquemment utilisés dans les foyers que nous le croyons, mais beaucoup plus dans les édifices publics.

#### IV.2.10 Les insecticides

Les insecticides les plus en cause dans notre étude sont ceux utilisés contre les moustiques.

Cela s'explique par le fait que nous sommes en zone d'hyperendémie palustre. La majorité des populations ne possédant pas de moustiquaires, ont souvent recours à ces produits et en font grand usage.

Par contre, des études aux U.S.A. [21], en France [19, 15], en Amérique Latine [32] et en Côte d'Ivoire [38], soulignent l'importance des insecticides agricoles dans les IAE.

#### IV.2.11 Les fruits.

Le nombre de cas d'intoxication des suites d'ingestion de fruits n'est pas négligeable dans notre série (17 cas). Ces fruits sont tous non comestibles en raison de notre environnement. En effet, il en existe partout et ils sont bien connus de la plupart des adultes. Les enfants, ne les connaissant pas, les consomment quand ils les découvrent.

Dans la littérature générale, les fruits sont souvent cités parmi les agents pouvant être à l'origine d'intoxication chez l'enfant. Mais nous n'avons pas pu obtenir de chiffres comparatifs pour situer nos données.

### IV.3 DES ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES

#### IV.3.1 De la répartition mensuelle des intoxications

Nous avons observé pour certains types d'intoxication, des variations notables selon les mois de l'année.

##### IV.3.1.1 Les intoxications aux médicaments pharmaceutiques

La prédominance de ces intoxications aiguës dans les mois d'Octobre, Novembre et Janvier (cf figure n° 4) n'a pas une justification particulière. Nous attribuons ces variations au fait du hasard étant donné la diversité des médicaments concernés.

##### IV.3.1.2 Les intoxications aux médicaments traditionnels

Les périodes où il y a eu plus de cas (cf figure N° 5) pourraient correspondre à des moments où la morbidité chez les enfants est élevée (surtout à composantes digestives) amenant les parents à recourir à divers traitements. Mais l'explication de l'absence de cas en juin est difficile à trouver.

##### IV.3.1.3 Les intoxications aux hydrocarbures

Les périodes de Février à Mai et d'Octobre à Novembre correspondant à la recrudescence des intoxications aux hydrocarbures (62,2 % de nos cas) (cf figure n° 6) sont les périodes les plus chaudes de l'année pendant lesquelles la soif est plus constante et plus intense surtout chez les enfants en bas âge souvent laissés à eux-mêmes, l'enfant cherchant à se désaltérer. L'acte est favorisé par le fait que le pétrole est souvent conservé dans des récipients usuels tels que les bouteilles de sucrerie, les boîtes de lait, etc.

Le pic observé en Décembre ne s'explique pas a priori d'autant qu'il s'agit d'un mois où il fait froid. Mais a ce moment, l'air est sec. Aussi, les enfants restent beaucoup plus à domicile. Tout ceci peut être à l'origine de l'augmentation des cas d'ingestion.

Najai A. et Al [42] ont déjà souligné l'influence du temps chaud sur la fréquence des intoxications au pétrole. 53 % des cas de leur effectif sont survenus en période de chaleur.

#### IV.3.1.4. Les intoxications alimentaires

D'une façon générale, nous avons enregistré aussi bien des cas d'intoxications collectives qu'individuelles.

Mais, nous avons remarqué qu'il y a eu plus d'intoxications collectives à grands nombres d'intoxiqués en Janvier, Avril, Mai et Novembre. Ce qui explique en partie les pics correspondants (cf figure n° 7).

En ce qui concerne le pic du mois de Janvier, il s'agit d'intoxications survenues au cours des quatre premiers jours de ce mois durant lesquels différents repas sont préparés à l'occasion des fêtes.

Pour ceux des mois d'Avril et de Mai, il peut s'agir d'un problème de mauvaise conservation des aliments lié à la chaleur.

Nous n'avons pas d'explication particulière pour la basse fréquence des cas d'intoxication alimentaire durant la période de Juin à Septembre et en Décembre.

#### IV.3.1.5 Les envenimations

Pendant la saison humide, serpents et scorpions sont chassés de leurs gîtes par les eaux de pluies et vont en surface à la recherche de meilleurs refuges. Ceci facilite

leur rencontre avec l'homme. C'est ce qui peut expliquer, du moins en partie, le pic du mois de Juillet (cf figure n° 8).

De même en temps de chaleur, ils ont tendance à quitter leurs gîtes à la recherche d'endroits plus commodes. Nous pensons que la légère augmentation des cas en Mars, Mai et Juin peut être rattachée à ce facteur.

L'hypoenvénimation durant les mois de Décembre, Janvier et Février pourrait être expliquée par le froid à cette période.

Par contre, nous ne nous expliquons pas celle constatée pendant le mois d'Avril.

En Octobre, la chaleur et la récolte de beaucoup de produits liés à la terre favorisent les rencontres entre reptiles et hommes, y compris les enfants. Ceci peut expliquer le pic correspondant. A ce propos, Goyffon M. et al. [24] soulignent à partir des données d'études réalisées au Panama, au Japon, au Libéria et en République de Côte d'Ivoire, le rôle attractif de certaines cultures et favorisant de certaines activités agricoles dont les récoltes.

#### IV.3.1.6 Les intoxications aux produits caustiques

La concentration de 65,63 % des cas d'intoxication aux produits corrosifs dans l'intervalle de temps allant de Juin à Octobre (cf figure N° 9) nous paraît un fait du hasard au regard de l'hétérogénéité des produits.

#### IV.3.2 De l'âge

La tranche d'âge la plus touchée dans notre étude est celle de 1 à 3 ans.

Pour illustrer les tranches d'âge notées dans la littérature et où prédominent les IAE, nous produisons un tableau. Ce tableau (cf tableau XXXI) permet en même temps de visualiser les proportions correspondantes à chacune d'elles.

Tableau XXXI : Comparaison des tranches d'âge où prédominent les IAE selon quelques études.

Pays	Services	Tranche d'âge	Proportions %	Auteurs	Années Périodes
U.S.A.	A.A.P.C.C	1-3 ans	48,2 %	[63]	1987
FRANCE	SMUR de Rouen	1-4 ans	61,3 %	Rieu M [64]	1984-1988
"	Centre Anti-poison de Rennes	1-4 ans	76,97 %	Canti. A [18]	1980-1981
"	Unité d'Urgences Pédiatrique du CHR de Brest	1-4 ans	79 %	Colin A [23]	15-06-84 au 15-06-85
"	Hôpital Edouard Herriot Lyon	1-4 ans	85,71 %	Trabach C. [68]	
GUADELOUPE	S. de Pédiatrie CHR Pointe-à-Pitre	1-5 ans	69 %	André E. [2]	Jan. 1986 Juin 1989
TUNISIE	S. de Pédiatrie CHN Menzel Bourguiba	1-2 ans	78 %	Najai A [57]	1972-1984
CAMEROUN	Clinique Mère-Enfant	1-2,5 ans	60 %	Bulu B.G. [10]	1/3/86 au 28/2/87
GABON	Hôpital Pédiatrique d'Owendo	1-4 ans	80,8 %	Okouoyo E [58]	en une année
R.C.I.	S.d'An-Réa CHN Cocody	0-4 ans	71,17 %	Bonny [9]	1988
R.C.I.	S.de Réa Abidjan	1-3 ans	62,18 %	Mignonsin [55]	1978-1984
BURKINA F.	S. Pédiatrie (CHN-YO)	1-3 ans	56,98 %	notre série	1989-1980

On constate, comme la plupart des auteurs s'accordent à le dire, que l'âge préscolaire est le plus concerné.

Il est généralement décrit que cet âge est la période au cours de laquelle l'enfant, ayant acquis une certaine autonomie de déplacement, va à la découverte de son environnement. Dans sa soif d'explorer et son inconscience du danger, il devient un véritable "touche-à-tout", turbulent, impulsif et désobéissant [10, 38, 43, 49]. C'est également l'âge de l'imitation de l'adulte, précise le Professeur Cloup M. [14].

A cet âge le développement moteur se superpose au développement psychique et le goût et l'odorat s'exercent également à ce moment qui correspond au stade oral. Ainsi, à cet âge, ce sont les satisfactions essentiellement buccales de l'enfant qui lui permettent de mieux connaître le monde qui l'entoure [11].

Après cette période, et au fur et à mesure qu'il grandit, il acquiert une plus grande liberté qui précède la connaissance complète des dangers et la compréhension des interdits [11], ce qui explique que la fréquence des intoxications diminue avec l'âge. Par contre, cette relation ne se trouve pas vérifiée en ce qui concerne les envenimations dont la fréquence augmente avec l'âge. En effet, étant donné que le rayon d'activités (confiées ou non) du grand enfant est beaucoup plus important, il est plus exposé au risque de rencontre avec le serpent.

Avant un an, c'est l'enfant encore assis, ne pouvant pas se déplacer (avec quelques exceptions) ce qui limite considérablement les intoxications à cet âge sauf s'il y a une main mise de la part d'une personne plus âgée. C'est ce qui se passe avec les intoxications aux médicaments traditionnels (cf figure n° 12').

#### IV.3.3 Du sexe

La fréquence prédominante d'intoxiqués chez les garçons dans notre série (cf figure N° 16), est corroborée par de nombreuses études. En effet, Mignonsin D. et al. [38] ont abouti à des résultats identiques aux nôtres. D'autres auteurs donnent des proportions de 52,6 % à 56,67 % pour les garçons et de 43,33 % à 47,4 % pour les filles [23,54,57,56].

Cependant, des études au Cameroun [9] et au Gabon [43] ont montré une inversion des tendances avec plus d'intoxiquées filles (55 %) que de garçons (45 %).

Bonny J.S. [8] explique cette prédominance masculine, surtout jusqu'à 4 ans, par l'intrepidité des garçons. Quant à Cantineau [10,11], il fait remarquer l'importance des désirs d'indépendance, de recherche, de découverte et d'aventure plus marqués chez le petit garçon que chez la petite fille.

Pour notre part, nous pensons en plus que dans nos sociétés, le fait que les filles soient généralement très tôt associées aux côtés de leurs mères aux activités de ménage, les rend moins libres que les garçons qui disposent ainsi de plus de temps pour leurs propres occupations. Le plus souvent, cela se passe loin de l'oeil de l'adulte.

Dans les séries de Bonny et de Cantineau, il existe des variations. En effet, ils précisent que la proportion des garçons est bien supérieure à celle des filles entre 0 et 4 ans, et qu'elles s'équilibrent entre 5 et 10-12 ans puis s'inversent au delà. Nous n'avons pas constaté de tels faits dans la nôtre.

Quant aux situations où le sexe féminin rivalise le sexe masculin dans les intoxications aiguës (cf figure N° 18), cela denote sans doute d'une égalité d'exposition des deux sexes aux toxiques concernés.

---

Les évacuations pour IAE reçues au CHN-YO en dehors de la ville de Ouagadougou proviennent, pour l'essentiel, d'autres provinces. L'explication peut être trouvée dans l'éloignement de certaines localités de leur centre de référence. Parfois, il peut s'agir de cas d'extrême urgence nécessitant une prise en charge plus adéquate. C'est ainsi que peut être expliquée la prédominance des envenimations parmi elles.

Par ailleurs, toutes les intoxications aux médicaments traditionnels ayant fait l'objet d'hospitalisation dans le Service de Pédiatrie du CHN-YO durant notre période d'étude se sont produites dans la capitale. Ceci est lié sans doute à l'importance de la pratique de la médecine traditionnelle en zone urbaine.

L'absence de cas d'intoxication par produits traditionnels en provenance des zones rurales peut être expliquée d'une part, par la meilleure qualification des tradi-praticiens de ces milieux là et d'autre part, par ce qu'a dit Okouoyo E. [43] : "le tradi-praticien ne peut orienter son patient pour surdosage thérapeutique vers un hôpital".

La prédominance des cas d'envenimation dans les secteurs n° 28, 15, 29, 17, 19, 21, 23, 25 (cf tableau XI) trouve son explication dans la non viabilisation de ceux-ci.

Il en est de même des cas d'ingestion de pétrole.

Par contre, pour ce qui est des intoxications aiguës alimentaires, on note une tentance prédominante des secteurs centraux où la population est plus dense.

#### IV.3.5 Du niveau socio-économique

Le milieu défavorisé est le plus concerné par les IAE.

Nos résultats (figure n° 20) ne contrastent pas avec les réalités de notre pays qui est l'un des pays les plus pauvres du monde. Les classes défavorisées constituent la majorité de la population. Cette réalité demeure même en zone urbaine malgré la concentration là de la plupart des activités du secteur moderne de l'économie. En effet, ce sont les emplois du primaire qui sont plus nombreux sur le marché [11].

Sur ce point, Cantineau [10, 11] fait également remarquer que la fréquence des intoxications des enfants est plus grande dans les milieux défavorisés. En Tunisie, Najai dans son étude signale que 80 % des cas proviennent des milieux où les conditions socio-économiques sont moyennes.

Les produits cosmétiques sont beaucoup plus employés dans les milieux les plus nantis (cf figure N° 21); ce qui y augmente le risque d'ingestion.

#### IV.3.5 De la religion des parents

Ce facteur ne semble pas avoir une influence particulière sur les IAE.

La sous représentativité de la religion animiste est en rapport avec le caractère urbain prédominant de notre zone de recrutement où les animistes sont numériquement inférieurs.

#### IV.3.7 Du mode d'intoxication

Très peu d'auteurs se sont intéressés à la fois aux intoxications accidentelle, iatrogène et volontaire dans leurs travaux.

##### IV.3.7.1 L'intoxication accidentelle

Elle est la plus fréquente dans notre étude. Elle représente 91,28 % de nos cas.

Okouoyo [58] au Gabon rapporte un chiffre de 34,90 % , Hervé [25, M ] en France l'estime à 81,15 % et Bonny [8] en République de Côte d'Ivoire donne 81,15 % .

La prédominance des intoxications accidentelles chez les garçons trouve son explication dans ce que nous pouvons appeler "le comportement à risque du garçon".

##### IV.3.7.2 L'intoxication iatrogène

Quant à l'intoxication iatrogène, nous remarquons qu'elle est moindre dans notre série (7,85 % des cas) quand on la compare à ce qui se passe ailleurs : 10 % pour Cloup M. [13] en France et 12,38 % pour Bonny [8] en République de Côte d'Ivoire qui parle d'erreur thérapeutique.

La proportion de l'intoxication iatrogène par les médicaments pharmaceutiques dans notre série (10,41 %) se rapproche de celle rapportée par d'autres auteurs [9, 10].

En ce qui concerne les intoxications aux médicaments traditionnels, on peut se demander pourquoi elles sont toutes iatrogènes. A notre avis, les facteurs suivants peuvent le justifier :

- . ce sont généralement des produits gardés à des endroits éloignés des enfants compte tenu des rites et des interdits qui entourent leur emploi.

- . par ailleurs, ces produits sont rarement conservés à domicile quand le besoin ne se pose pas.

Le fait que l'intoxication iatrogène prédomine chez le tout petit pourrait s'expliquer par la pratique large de l'automédication. En effet, au cours de celle-ci, des doses trop élevées de produits sont généralement administrées sans tenir compte de l'âge.

#### IV. 3.7.3 L'intoxication volontaire

L'intoxication par tentative de suicide qui n'occupe que 0,37 % de notre effectif (cf tableau XVI et figure n° 23.) est d'une ampleur moindre comparativement à ce qui s'observe ailleurs dans certains services :

en République de Côte d'Ivoire, dans le Service d'Anesthésie-Réanimation de Cocody à Abidjan, les auteurs rapportent 2,27 % [31].

à l'Hôpital Pédiatrique d'Owendo au Gabon, 9,62 % sont enregistrés [31].

en France, des travaux font état de 3 % [19] à 6 % [22] voire 10 % [23].

Le geste volontaire suicidaire tel que nous le constatons, apparaît à partir de l'âge de 12 ans et est plus fréquent chez la fille [1, 4, 8, 10, 11, 14, 18, 23, 33]. Mais Gaillard M. et al. [38] le constatent plutôt, à l'âge de 10 ans. Bonny [4] évoque la fragilité des filles sur le plan moral et affectif pour expliquer cette prépondérance féminine.

#### L'intoxication médicamenteuse comme modalité élective

dans ce mode d'intoxication est retrouvée chez plusieurs auteurs [8, 18, 23, 43]. Cependant, au Japon, on note une grande fréquence de suicide au monoxyde de carbone et en Allemagne, il est souvent fait appel aux produits ménagers autant que les médicaments [43].

#### IV.3.7.4 Mode d'intoxication et catégorie des parents

La fréquence peu élevée des intoxications aiguës accidentelles et iatrogènes chez les enfants dont les parents appartiennent à la catégorie I pourrait être expliquée par le fait que dans ces familles, certaines conditions favorables sont réunies. Ce sont par exemple : une meilleure information, une meilleure instruction...etc.

Cette relation s'inverse quand il s'agit des intoxications volontaires. En effet, leur tendance à être plus fréquentes chez les enfants appartenant à des familles des catégories I et II peut être liée à l'influence de la notion de suicide en tant que solution précocement perçue dans ces milieux à travers les médias.

#### IV.3.8 De la voie d'intoxication

Elle a fait rarement l'objet d'étude dans la littérature.

La voie orale est classique dans les intoxications aiguës de l'enfant : 85 % dans notre série (cf tableau XXII). Cantineau en France rapporte 90 % dans sa série [10].

Quant aux intoxications par voie ano-rectale dont l'adulte est le seul responsable, nous constatons qu'elles sont beaucoup plus fréquentes chez nous (environ 5 % de notre effectif) qu'en France, si l'on s'en tient au chiffre de Cantineau : 0,86 % des cas. Le lavement ano-rectal est une méthode traditionnelle de traitement couramment utilisée surtout chez les petits enfants. C'est ainsi que 97,06 % des intoxications par voie ano-rectale concernent les enfants de 0 à 3 ans dont 81,82 % se recrutent dans la tranche d'âge de 0-11 mois.

#### IV.3.9 De la létalité

Le plus souvent les intoxications aiguës de l'enfant sont d'évolution bénigne. La plupart des auteurs évoquent le fait que la quantité du toxique soit faible ou que le produit

soit peu toxique. Mais il y a des auteurs qui ont fait le fait de la précocité de la prise en charge. Le taux de mortalité est estimé à 3,77 % [49] à 3,77 % [43]. Mais les données de mortalité (11,17 %) se trouvent dans cette étude.

La sévérité des intoxications aiguës est imputable d'une part, aux doses administrées généralement très élevées et d'autre part, à la découverte toujours tardive des cas liée à la résistance des parents à avouer lors de l'interrogatoire.

Sauf en conclusion des intoxications, il ne le sera pas, qu'il s'agit pour citer le professeur Cloup [14] en 1977, de plus d'appels au secours que de véritables suicides, car parce que le pronostic est bien meilleur que chez l'adulte. Elles entrent dans le cadre des cas aboutissant à la prise en charge précoce.

#### IV.1 LES CIRCONSTANCES DE SURVENUE

Nous allons faire les commentaires et discussions de ces circonstances en fonction de chaque mode d'intoxication.

##### IV.1.1 Les intoxications accidentelles

Plusieurs facteurs concourent à la survenue des accidents par des toxiques chez l'enfant. Les principaux, outre le comportement même de l'enfant sont :

La conservation de produits dangereux à la portée de l'enfant dans des récipients alléchantes et à l'usage des adultes des enfants. Ceci facilite l'accès de ces produits par les enfants. Cette pratique, à l'exception de notre avis d'une sensibilité propre de personnes d'un niveau d'instruction bas, ne faisant preuve d'esprit critique.

- Le défaut de surveillance des enfants qui sont soit précocement laissés à eux-mêmes, ou lorsqu'ils sont sous surveillance, le sont, comme l'a si bien dit Mignonsin [58], sous la responsabilité d'un(e) aîné(e) ou d'une "nourrice" souvent à peine plus âgés qu'eux et inexpérimentés. Très souvent, cette surveillance n'est pas effective, et l'enfant vague à ses propres occupations.
- L'imprudence de certains adultes qui les amène à manipuler des substances toxiques devant les enfants, à jeter à l'air libre des produits hors d'usage mais dangereux et à garder des produits à portée des mains des enfants à des endroits tels que : tables, tiroirs, paniers, sacs...etc. Ce dernier élément témoigne aussi d'un certain désordre organisationnel.
- L'insalubrité des lieux qui favorise par exemple les intoxications alimentaires et la circulation des serpents et scorpions...

En ce qui concerne les morsures de serpents et les piqûres de scorpions, elles sont facilitées par la non protection des parties corporelles les plus exposées (pieds, jambes, mains).

#### IV.4.2 Les intoxications iatrogènes

Elles sont généralement l'aboutissement des faits suivants :

- L'automédication qui est pratiquée tant avec les médicaments de la pharmacopée moderne qu'avec les médicaments traditionnels.

Pourquoi l'automédication ? Plusieurs raisons peuvent être avancées :

- . les traditions,
- . les problèmes financiers du fait de la pauvreté,
- . la cherté des soins modernes qui entraîne l'usage excessif des produits traditionnels et la tendance à vouloir exploiter à fond les médicaments pharmaceutiques à leur possession,
- . la tendance à la facilité ;
- . l'insouciance de certains parents qui se réfugient derrière cette pratique,
- . l'ignorance dans une moindre mesure des dangers que représentent les produits médicamenteux,
- . etc...

Et les inconvénients de cette automédication sont essentiellement :

- . les surdosages avec le risque d'intoxication,
- . l'inadaptation du traitement qui comporte le risque d'aggravation de la maladie que l'on veut traiter,

- Des erreurs d'exécution d'ordonnances. Il s'agit, de notre point de vue, de mauvaises prescriptions d'ordonnances.

#### IV. 4.3 Les intoxications volontaires

La tentative de suicide doit être située dans son contexte et son originalité pour être mieux appréhendée. En effet, l'âge de 12-13 ans est la période classiquement reconnue comme le début de l'adolescence, période riche en vicissitudes, où l'adolescent est confronté à des difficultés, période également où leurs troubles du comportement sont de plus en plus nombreux et graves [38].

La tentative de suicide de l'adolescent selon Coactecuisse V. (16), nous ditons, "témoigne toujours d'un isolement et d'une souffrance morale et affective profonde. Elle n'est jamais banale quelles qu'en soient les apparences. Elle ne témoigne que rarement d'une psychopathologie grave (dépression sévère, psychose). Les motifs évoqués par l'adolescent et l'entourage sont trop souvent pris à la lettre : disputes récentes, déception sentimentale, mauvaises notes, violences familiales, etc. Or, ce mobile ne joue le plus souvent qu'un rôle de destabilisation dans une situation déjà fragile. Il n'est pas la cause profonde du malaise et il vient souvent en fait la masquer".

C'est dire que le fondement de la tentative de suicide de l'adolescent est fort bien complexe.

En effet, les phénomènes psychiques de l'adolescence sont ambigus. On dit généralement que « l'adolescence est marquée par une crise psychologique dite "d'originalité juvénile", qui varie d'intensité selon les cas. Elle surprend toujours parents et éducateurs qui se heurtent à des attitudes qu'ils ne comprennent plus. Périodes d'exaltation, de révolte, d'agressivité, de générosité, alternant avec des moments de grande passivité où se manifeste le dégoût de soi et de la vie et où apparaissent des sentiments d'infériorité ».

Ainsi, ce terrain psychologique fragile, dans un entourage non informé donc ne le comprenant pas face à ses premières difficultés (d'ordre social) qu'il doit surmonter, ne tendrait que vers la solution jugée par lui la meilleure c'est-à-dire tenter le suicide soit pour une élimination physique réelle de soi ou pour s'attirer l'attention voulue.

Dans notre série, les cas que nous avons rencontrés sont tous survenus dans des situations conflictuelles entre parents et enfants dont un cas de disputes à répétition. Nous pensons que cela reflète une incompréhension de la part des parents face à leurs enfants.

## QUATRIEME PARTIE

### CONCLUSION

A l'orée de l'an 2000, rendez-vous de l'O.M.S. pour la santé pour tous, les intoxications aiguës de l'enfant dans le monde en général, et principalement au niveau des pays en voie de développement, sont très fréquentes.

Dans notre pays (BURKINA FASO), elles demeurent, comme bien d'autres affections, une pathologie pratiquement laissée pour compte.

A partir d'une étude rétrospective sur une période de deux ans (1989-1990) réalisée dans le Service de Pédiatrie du CHN-YO à Ouagadougou, nous avons fait une première approche de cette pathologie essentiellement en ses aspects étiologiques et épidémiologiques. Cette étude nous a permis d'obtenir les résultats suivants :

La fréquence des intoxications aiguës parmi les causes d'hospitalisation dans le Service est de 7,12 % .

L'éventail des agents en cause est vaste mais les hydrocarbures (particulièrement le pétrole) sont de loin les premiers responsables.

IL s'est dégagé une plus grande exposition de l'enfant âgé de 1 à 3 ans et une prédominance masculine pour les intoxications accidentelles mais féminine pour le geste suicidaire.

La quasi totalité des cas d'intoxication iatrogène concerne les enfants de moins d'un an et dont la responsabilité des parents est manifeste.

Bien que la voie orale soit classique, il est à noter la fréquence des intoxications par voie ano-rectale qui sont uniquement le fait des parents.

Le taux de létalité est faible .Cette létalité est due essentiellement aux intoxications par le pétrole et les médicaments traditionnels.

Les intoxications aiguës de l'enfant sont fréquentes et diversifiées parce qu'elles sont favorisées par l'intrication de plusieurs facteurs dont le niveau socio-économique bas des parents, le défaut de surveillance des enfants, l'imprudence ou l'inconscience de l'adulte vis à vis du risque toxique, les mauvaises conditions environnementales, l'absence d'hygiène alimentaire et de son contrôle, les mauvaises prescriptions médicales...etc.

Cette étude, bien que très circonscrite et donc loin d'être exhaustive, dévoile cependant quelques aspects particuliers des intoxications aiguës de l'enfant dans notre pays. Cette pathologie pose un problème de Santé Publique conformément aux données qui la font considérer comme tel ailleurs. De ce fait, elle mérite qu'une attention particulière soit portée à son égard afin d'éviter qu'elle ne prenne de l'ampleur. Dans ce sens, des études de préférence prospectives, plus élargies et plus approfondies sont nécessaires pour préciser davantage nos données et discuter des éléments socio-culturels, économiques que le caractère rétrospectif de notre étude ne nous a pas permis d'approcher ou de mieux appréhender.

Au terme de cette étude, nous formulons les propositions et recommandations suivantes.

## CINQUIEME PARTIE

### PROPOSITIONS ET RECOMMANDATIONS

La prévention demeure la meilleure prise en charge des intoxications aiguës de l'enfant, conformément à la maxime "mieux vaut prévenir que guérir". En effet, Huault [28] n'écrit-il pas à ce sujet qu'en réalité, les exploits techniques pour le diagnostic, l'épuration ou le traitement passent très loin derrière la prévention ?

Nos propositions et recommandations iront dans le sens de cette prévention des intoxications aiguës dans notre pays.

Les mesures prophylactiques se doivent d'être envisagées à différents niveaux : des autorités politiques et sanitaires, des praticiens et du public.

#### Aux autorités politiques et sanitaires

Nous leur proposons d'entreprendre des campagnes de prévention des IAE en procédant :

a) Par l'intermédiaire des praticiens (lors des consultations de nourrissons ou au décours de toute intoxication chez l'enfant) et des médias (Radio, Télévision), à l'information, à la sensibilisation et à l'éducation des parents en particulier et du public en général sur le risque d'intoxication chez l'enfant et sur les principaux agents en cause. Ces actions s'inscrivent dans le cadre de la publication commune de l'O.M.S. , l'U.N.I.C.E.F. , et l'U.N.E.S.C.O. "Savoir pour Sauver" qui est un appel lancé à tous ceux qui, du fait de leur position ou de leur profession, peuvent transmettre à toutes les familles et à toutes les communautés les connaissances essentielles qui leur permettent de protéger la santé de leurs enfants. (O.M.S. Presse, W.H.A. / 32 du 24-7-1989). Elles auront pour effet de les amener à prendre plus conscience du danger et à être ainsi plus aptes à observer les précautions élémentaires de sécurité qui seront portées à leur connaissance.

b) A la réglementation de l'exercice de la médecine traditionnelle avec la mise en place d'un système de contrôle pour dissuader les faux thérapeutes qui abusent de la confiance des populations dont une majorité est encore sous certaines emprises traditionnelles.

d) A la dynamisation des services d'hygiène existants pour les sortir de leur léthargie et les rendre plus opérationnels et pratiques afin que leur mission en matière de contrôle de l'hygiène alimentaire soit une réalité dans les "restaurants", au niveau de tout point de vente de denrées alimentaires tels les marchés, les écoles, les boutiques et aux abords des rues, sans oublier le danger de la vente en ambulatoire...

e) A la poursuite de la politique de viabilisation de nos villes (assainissement, logements, adduction d'eau, électricité... tous facteurs qui contribuent à améliorer les conditions de vie des populations).

#### AUX PRATICIENS

Nous recommandons :

- 1- Le respect des règles de la prescription médicale pour éviter les erreurs de livraison en pharmacie :
  - . lisibilité des ordonnances,
  - . précision sur les ordonnances, de l'âge et poids de l'enfant ainsi que des posologies et modes d'emploi...etc.
- 2- Que toute ordonnance soit toujours accompagnée d'explications verbales détaillées et claires livrées aux parents pour éviter les erreurs d'application.

## AUX RESPONSABLES DES PHARMACIES

Nous leur recommandons plus de rigueur et de vigilance pour empêcher les livraisons de produits sans ordonnances et les erreurs de livraison.

## A L'ENDROIT DES PARENTS ET DU PUBLIC

Nous proposons quelques précautions élémentaires de prévention :

### 1- Des intoxications par ingestions accidentelles de produits toxiques chez les enfants.

- . Accroître la surveillance des enfants en bas âge (préscolaire) en portant à leur égard une plus grande attention notamment pendant leurs occupations,
- . Ne jamais laisser un ou des petits enfants seuls à la maison,
- . Conserver toujours les produits dangereux hors de leur portée, loin de leurs yeux et de leurs mains, en les rangeant à des endroits de sécurité, toujours sous clef : armoires, caisses, buffets, magasins...
- . Ne jamais utiliser de récipients alimentaires ou de boissons pour conserver des produits dangereux,
- . Eviter de manipuler tout produit toxique devant les enfants,
- . Ranger immédiatement tout produit dangereux après utilisation,

- . Eviter de jeter à l'air libre un produit détérioré ou périmé.
- . Expliquer aux grands enfants le danger de certains produits (médicaments, fruits non comestibles...).

2- Spécifiquement, certaines règles complémentaires sont nécessaires pour éviter certains accidents toxiques tels que :

- pour Les ingestions de pétrole

- . ne jamais enlever de grandes quantités de pétrole pour l'allumage de feu de cuisine et réduire au maximum son utilisation pour cette activité,
- . interdire aux enfants l'accès aux lieux de vente, tout en le gardant hors de leur portée,
- . donner fréquemment de l'eau à boire aux enfants surtout en périodes de chaleur pour éviter que la soif ne les rapproche du pétrole.

- pour Les intoxications alimentaires

- . hygiène dans la préparation des aliments et pendant les repas,
- . ne pas laisser trainer de restes de repas,
- . éviter de donner aux enfants des aliments avariés ou conservés à l'atmosphère ambiante pendant des heures,
- . se garder d'acheter tout aliment d'origine et de qualité douteuses.

- pour les envenimations

- . interdire aux enfants le "vagabondage" dans la brousse, ce qui n'est pas facile.
- . faire porter des chaussures ou des bottes lors des activités à risque.

3- Précautions pour éviter les intoxications iatrogènes dont ils sont responsables:

- . Ne pas abuser des médicaments.
- . Refuser l'automédication, que ce soit par les médicaments pharmaceutiques ou traditionnels qui sont toujours un poison s'ils ne sont pas utilisés à bon escient.
- . Se méfier des marchands ambulants de médicaments.

4- Pour éviter les intoxications volontaires

- . Savoir écouter et comprendre les grands enfants (adolescents) dans leurs difficultés.
- . Se référer à un spécialiste (psychologue, psychiatre, médecin) pour les enfants en situation critique.

AU NIVEAU DU SERVICE DE PEDIATRIE DU CHN-YO

Aux responsables du Service , nous formulons les suggestions suivantes :

- Sensibiliser le personnel sur l'importance et l'intérêt épidémiologiques des données

fondamentales à recueillir concernant tout hospitalisé dans le Service afin que tous ceux qui sont amenés à constituer des dossiers cliniques dans le Service puissent les rendre le plus complets possible.

Il en est de même pour les registres.

- accorder une place à la prévention des IAE lors des séances d'éducation pour la santé organisées dans le Service.
  
- Au regard de la fréquence élevée de cette pathologie dans le Service, créer un Centre ou une Unité Antipoison qui pourrait se charger d'une part, de la prise en charge thérapeutique des cas et d'autre part, de la prévention primaire en servant d'appui à l'information, à l'éducation et à la sensibilisation de la population.

Toutes ces mesures, si elles sont effectives, feront énormément et incontestablement baisser la fréquence des IAE et anihiler leur mortalité.

<< Avec l'enfant, vivons la sécurité >>

(Fergusson cité par Herve [26]).

REFERENCES

BIBLIOGRAPHIQUES

1. ANDRE E. , LORET H. - Accidents par toxiques chez l'enfant en Guadeloupe : Etude sur 3 ans et demi au C.H.R.U. de Pointe-à-Pitre.  
Pédiatrie, 45 : 23-24 (1990)
2. (Anonyme) : Résumés d'articles choisis dans la littérature récente concernant les intoxications accidentelles de l'enfant.  
Annales Nestlé, 48 : 44-52 (1990).
3. AUJARD Y. , BOURRILLON A. , GARDELUS J.  
Pédiatrie, Paris France, U.R.E.F.,  
640 p. pp : 585-588 (1989)
4. AUZEPY PH. - Intoxications aiguës médicamenteuses.  
La Revue du praticien, 38 : (30) 2221-2263  
(Dec 1988)
5. BAUDIER F. - Les accidents domestiques de l'enfant. Cinq stratégies pour mieux les prévenir.  
Le concours medical, 108 : (41) 3535-3539  
(22 Nov 1986)
6. BEJAOUI M. , BEN JEMAA M. et Al.  
- Les intoxications accidentelles chez l'enfant : produits ménagers et médicaments, les premiers incriminés.  
Magreb Médical, N° 202, 22-25 (1989)
7. BISMUTH C. et Al. - Toxicologie clinique, Paris, 4e Edition, Flammarion, pp 3-25 (1987)

8. BONNY J.S., BROU Y. et Al.

- Intoxication aiguës chez l'enfant : Aspects statistiques à partir des données du Service d'Anesthésie-Réanimation du C.H.U. de Cocody, Abidjan, pour l'année 1988.

La Revue de Pédiatrie, 26 : (2) 91-94 (Fév 1990)

9. BULU B.G.

- Intoxications par ingestion accidentelle de produits toxiques à Douala, Cameroun.

La Revue de Pédiatrie, 25 : (2) 95-96  
(Fév 1990)

10. CANTINEAU A. et Al.

- Les intoxications aiguës de l'enfant. Expérience du Centre Anti-poison de Rennes.

La Revue de Pédiatrie, 21 : (3) 117-123  
(Mars 1985)

11. CANTINEAU A. et Al.

- Les intoxications chez l'enfant. Proposition de Prévention.

Le Concours Médical, 170 : (14) 1163-1169  
(Avril 1985)

12. CASTEL Y., COLIN A. et Al.

- Piqûres d'insectes, morsures de reptiles en milieu rural et,

- ingestion et inhalation de produits toxiques en milieu rural.

Quest Médical 39<sup>e</sup> année, 4 : 61-72 (Fév 1986)

13. CESAR FERNANDEZ DE LA P.

- Des plantes qui nous ont guéris. Ouagadougou, Burkina-Faso, vol 1 (1981) et vol 2 (1985)

14. CLOUP M., LAVAUD J., HUBERT Ph.

- Données générales et conduite à tenir devant une intoxication médicamenteuse chez l'enfant.

La Revue du Praticien (Paris), 38 : (30)  
2251-2254 (1988)

15. COLIN A., CHEVE A., Castel Y. et Al.
  - Intoxications accidentelles chez l'enfant.  
Bilan d'une année d'un service d'urgence pédiatrique.  
La Revue de Pédiatrie, 22, 26 Juillet 1986
  
16. COURTECUISSÉ V.
  - La tentative de suicide de l'adolescent.  
Jonctions (Revue de l'enfant de la naissance à l'adoslescence), n° 31, 48-50 (1985)
  
17. CRAFT A.W. - Intoxications accidentelles de l'enfant.  
Annales Nestlé, 48 : 1-54 (1990)
  
18. CUBELLS P., AMIC F. et Al.
  - Etude épidémiologique des tentatives de suicide des adolescents.  
La Revue des SAMU, 4 : 124-128 (1989)
  
19. DEBARGE A. - Intoxications alcooliques aiguës chez l'enfant.  
Revue française de santé publique, N° 23, 38-46 (1983)
  
20. FOURNIER E. - Intoxications : Généralités.  
E.M.C (Paris, France) thérapeutique 25250  
A10, 2p
  
21. FOURNIER E. - Intoxications par morsures ou piqûres par animaux venimeux.  
E.M.C (Paris, France) Thérapeutique 25257 A10,  
11-1984, 5p
  
22. FOURNIER E. - Intoxications par produits domestiques.  
E.M.C (Paris, France) Thérapeutique 25259 A10  
11-1984, 3p

23. GAILLARD M., HERVE C., GAUDOUIN I.M.

- Les tentatives de suicide chez l'enfant en  
Médecine d'urgence : étude sur 8 ans.

La Revue des SAMU, 1 : 25-29 (1985)

24. GOYFFON M. et CHIPPAUX J.P;

- Animaux vénimeux terrestres.

Editions Techniques. E.M.C (Paris, France),  
intoxications, pathologie du travail 16078

A<sup>1</sup>°, 14p , 4-1990

25. HERVE C., GAILLARD M.

-Urgences médicales de l'enfant de 1 mois à 15  
ans à partir de l'expérience d'une antenne  
pédiatrique du SAMU du Val-De Marne. Etude de  
642 interventions en 3 ans.

Annales de Pédiatrie, 31 : (4) 269-274

(Avril 1984)

26. HERVE C., HUGUENARD P. et Al.

- Les intoxications accidentelles de l'enfant  
(réflexion à propos de 225 cas survenus dans  
le Val-De-Marne en 4 ans)

Revue intern. de pédiat. N° 144, 5-14 (1984)

27. HERVE C., GAILLARD M., et Al.

-Intoxications accidentelles chez l'enfant.  
Expérience du SAMU 94 sur 4 ans.

La revue des SAMU, 7 : (6) 214-218 (1984)

28. HUAULT G. -Traitement des intoxications aiguës chez  
l'enfant.

Annales Nestlé, 48 : 27-33 (1990)

29. HUAULT G., et Al.

Pédiatrie d'urgence, Paris.

Flammarion Edition. pp 585-696 (1985)

30. JEAN D. - L'accident thérapeutique.  
Prospectives et Santé, N° 38 41-44 (1986)
31. JEZEQUEL C., SALLIOU J.P., DEVELAY P.  
- Intoxications accidentelles de l'enfant, le bilan de 2 années d'un service de Pédiatrie.  
Revue internationale de pédiatrie, N° 130, 19-25 (1983)
32. JULIA H., CROCE P., CURCI O.  
- Intoxications chez l'enfant des pays en voie de développement ; une revue générale en provenance des pays du bassin du Rio de la Plata.  
Annales Nestlé, 48 : 13-26 (1990)
33. JUVIN D. - Les plantes toxiques d'appartement.  
Le journal de pédiatrie et de piériculture, 3 : 158-163 (1989)
34. LAITHIER V., LABENNE M., et Al.  
- Conduite à tenir devant une intoxication aiguë de l'enfant.  
La Médecine infantile, 5: 383-387 (87-1990)
35. LEVEQUE B. - Intoxications accidentelles chez l'enfant.  
Comment les réduire ?  
Concours Médical, 103 : (22) 3649-3653  
(Mai 1981)
36. LEVEQUE B. - La concertation pédiatres-Industriels dans la prévention des intoxications accidentelles de l'enfant.  
Archives Françaises de Pédiatrie,  
38 : 733-734 (1981)

37. MANTZ J.M., GAUDIER P. et al.  
- Les intoxications médicamenteuses aiguës:  
Epidémiologie, étiologie générale et apport  
de la Toxicologie biologique.  
La Revue du praticien (Paris), 38 : (30)  
2233-2229 (1988)
38. MIGNONSIN D., LAVODRANA P. et al.  
- Intoxications aiguës chez l'enfant. Etude  
épidémiologique.  
Médecine d'Afrique noire, 38 : (25) 353-355  
(1991)
39. Ministère du Plan et de la Coopération (BURKINA FASO)  
I.N.S.D.  
- Annales statistiques du BURKINA FASO (1988)
40. Ministère de la Santé, de l'Action Sociale et de la  
Famille (BURKINA FASO)  
D.E.P.  
- Rapport annuel 1989 (Mai 1990)
41. MULLER P., DEVEAUX M. ET AL.  
- Intoxications domestiques.  
Le Concours Médical, 111 : (43) 3869-3873  
(23 Dec 1989)
42. NAJAI A., KAROUI S., BEJAOUI M.  
- Accidents chez l'enfant. l'ingestion  
d'hydrocarbures est de plus en plus  
fréquente.  
Maghreb Médical, N° 133, 45-47, (1986).
43. OKOUOYO E. - Intoxications du nourrisson et de l'enfant.  
A propos de 52 ans.  
Médecine d'Afrique noire, 26: (2) 93-98  
(1982)

44. PASSERON D., GRIFFE O., SAURI CH. et al.  
- Etude épidémiologique des intoxications  
aiguës dans la région sanitaire de  
Montpellier, entre 1975 et 1981 : a propos  
de 4413 cas.  
La Revue des SAMU, 7 : (6) 198-203 (1984).
45. RAPIN M. - Intoxications par les animaux . in :  
Jean H., Pierre G. Traité de Médecine  
(Paris, France)  
Flammarion Edition, Tome II,  
pp 2456-2457, (1981)
46. REID A.H. et THEAKSTON R.D.G.  
- Les morsures de serpents.  
Bulletin de l'O.M.S, 62 : (1) 27-38 (1984)
47. RIEU M., FALOURD J.C. et al.  
- Les accidents domestiques des enfants.  
Enquête sur 5 ans au SMUR de Rouen.  
La Revue des SAMU, 4 : 147-151 (1990).
48. ROGMANS H.J.W.  
- Problèmes d'ordre législatif et  
réglementaire relatifs à la prévention des  
intoxications accidentelles chez l'enfant.  
Recueil international de législation  
sanitaire, 37 : (2) 416-418 (1986)
49. SENGA P. - Intoxication chez l'enfant à l'Hôpital  
Général de Brazzaville.  
Afrique Médecine, 20 : (190) 275-276 (1981).

50. TRABACH-VALADIER C. et FLORET D.

- Aspects psychologiques des intoxications  
accidentelles de l'enfant.

Pédiatrie, 42 : 627-633 (1987).

51. YAO K., KESSIE K. et Al.

- Morbidité et Mortalité des moins de 5 ans  
au C.H.R de KARA.

Publications Médicales Africaines, N° 84,  
25-33 (1987).

52. YVES P.

- L'accidentalisme.

Prospectives et Santé, N° 38, 7-12 (1986).

ANNEXE

Fiche de collecte de données

N° d'ordre \_\_\_\_\_

Intoxications aiguës de l'enfant  
Service de Pédiatrie du CHN-YO  
1er Janv 1989 - 31 Déc 1990.

N° d'enregistrement \_\_\_\_\_

I. IDENTITE

1. Nom :

2. Prénom(s) :

3 Age :

4 Sexe :

5 Provenance

5.1 Province du Kadiogo

Ville de Ouaga N° secteur \_\_\_\_\_

Village \_\_\_\_\_

5.2 Autre province

Nom Province \_\_\_\_\_

Village \_\_\_\_\_

II. PROFESSION DES PARENTS \_\_\_\_\_

(niveau socio-économique)

III. RELIGION DES PARENTS

1. Musulmans \_\_\_\_\_

2. Chrétiens \_\_\_\_\_

3. Animistes \_\_\_\_\_

4. Non précisée \_\_\_\_\_

IV. NATURE DU TOXIQUE \_\_\_\_\_



LISTE DES MEDICAMENTS PHARMACEUTIQUES IDENTIFIES

Anafranil	Gardéнал
Aspirine	Halcion
Avil Retard	Hémocaprol
Bactrim	Hept-a-myl
Benzochloryl	Largactil
Bolumisole (vétérinaire)	Lexomil
Buscopan	Mercurochrome
Brulex	Nestosyl
Catapressan	Néocodion
Dicynone	Nivaquine
Direxiode	Otrivine
Efféralgan	Périactine
Equanil	Pipérazine
Etaphylline	Ponstyl
Totapen	Praxilène
Flavoquine	Primpéran
Quinimax	Rohypnol
Sanmigran	Torental
Séresta	Tranxène
Témesta	Valium
Vogalène	Urbanyl

PERSONNEL DU SERVICE DE PEDIATRIE (1991)

(Au moment de l'enquête)

1.	SAWADOGO Alphonse	Professeur Agrégé
2.	SAWADOGO/OUEDRAOGO Agathe	Médecin Pédiatre
3.	KAM Kébina Ludovic	Médecin Pédiatre
4.	ZEBA Boukary	Médecin Pédiatre
5.	ZONGO/KANTIEBO Isabelle Dorothee	Médecin
6.	BENON B. Benoit	Médecin
7.	TRAORE Hélène	Médecin
8.	KARAMBIRI/TOU Sophie	Infirmière d'Etat (Majore Péd. I)
9.	ILBOUDO/COMPAORE Mariam	Infirmière d'Etat (Majore Péd. II)
10.	OUEDRAOGO/SIMPORE Cécile	Infirmière d'Etat
11.	TINGUERI/KOBE Mah Aline	Attaché de santé
12.	OUEDRAOGO/OUEDRAOGO Saly	Infirmière d'Etat
13.	YANOOGO/TAPSOBA Alphonsine	Infirmière d'Etat
14.	ZIBA/YAMEOGO Adelaïde	Infirmière brevetée
15.	ZOUNGRANA/TONE Josephine	Infirmière brevetée
16.	SAWADOGO Alizèta	Infirmière brevetée
17.	KABORE Salmata	Infirmière brevetée
18.	NIKEMA/BOUDA Noélie	Infirmière brevetée
19.	YEYE Korotimi	Infirmière brevetée
20.	Mme FROSSARD	Coopérante
21.	WELGO Mariam	Infirmière d'Etat
22.	SAWADOGO/SANDWIDI Madeleine	Infirmière d'Etat
23.	OUBDA/ZOUNGRANA Fatimata	Infirmière d'Etat
24.	MILLOGO/MILLOGO Mariam	Infirmière d'Etat
25.	CONGO/OUEDRAOGO Bernadette	Infirmière brevetée
26.	TRAORE/BALAMA Justine	Infirmière brevetée
27.	PACERE/ILBOUDO Marie	Infirmière brevetée
28.	SARE/ZOUNGRANA Marie Sophie	Infirmière d'Etat
29.	OUERMI/YOUMA Cathérine	Infirmière d'Etat
30.	KABORE/KABORE Rosalie	Infirmière Brevetée
31.	BENAO/ZIDA Talato	Infirmière d'Etat
32.	OUEDRAOGO/NANA Thérèse	Infirmière d'Etat
33.	OUEDRAOGO K. Germaine	Fille de salle
34.	TRAORE/BANCE Abzèta	Fille de salle

35.	OUEDRAOGO/BARRÓ Kadidia	Fille de salle
36.	DAO/NIKIEMA Habibou	Fille de salle
37.	NEBIE/OUEDRAOGO Maïmouna	Fille de salle
38.	TASSEMBEDO/OUEDRAOGO Mariam	Fille de salle
39.	SOMDA/KANZIE Désirée Clémence	Infirmière d'Etat
40.	LAMIZANA/IDO Constance	Assistante de Santé
41.	SONGNABA/TAPSOBA Esther Youbi	Assistante de Santé
42.	REMEM/PODA Caroline	Sage femme d'Etat
43.	SAWADOGO/BADINI Angéline	Sage femme d'Etat
44.	TIENDREBEOGO/SAWADOGO Julienne	Sage-femme d'Etat
45.	OUEDRAOGO/KANSOLE Kadidiatou	Sage-femme d'Etat
46.	IRIGA/COMPAORE Marcelline	Accoucheuse auxiliaire
47.	SANON/MILLOGO Albertine	Accoucheuse auxiliaire
48.	YARO/TAPSOBA Aline	Accoucheuse auxiliaire
49.	NANA/KABORE Hortense	Accoucheuse auxiliaire
50.	YAMEOGO/SIMPORE Christiane	Fille de salle
51.	SIMPORE/SARE Alimata	Fille de salle
52.	ZERBO Jean-François	Diététicien
53.	KAMBOU/SANON Colette	Infirmière brevetée
54.	NARE Anne	Infirmière brevetée
55.	YAMEOGO/OUEDRAOGO Agnès	Infirmière d'Etat

## SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette Ecole et de mes Chers condisciples, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais de salaire au-dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses, que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

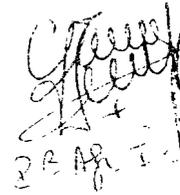
VU ET PERMIS D'IMPRIMER  
LE DIRECTEUR DE THESE

Docteur KAM

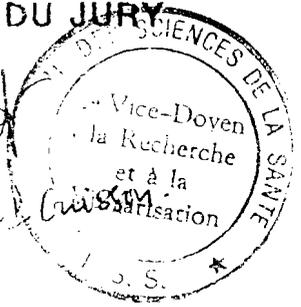


1980

VU  
LE PRESIDENT DU JURY



30 APR 1980



VU  
LE DOYEN DE LA FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE



**Titre de la Thèse :** Etude étiolo-épidémiologique des intoxications aiguës en milieu pédiatrique au Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo à Ouagadougou.

## RESUME

Une étude rétrospective sur deux ans, 1989 et 1990, a été réalisée dans le Service de Pédiatrie du CHN-YO à Ouagadougou (Burkina Faso) sur les intoxications aiguës.

688 cas ont été enregistrés correspondant à une fréquence de 7,12 % de toutes les hospitalisations dans le Service.

Cette étude a permis d'identifier les différents agents en cause qui sont les hydrocarbures (246 cas dont le pétrole occupe 99,19 %), les médicaments pharmaceutiques (96 cas), les médicaments traditionnels (41 cas), les venins d'animaux et d'insectes (65 cas dont 89,23 % sont des cas de morsures de serpents), les caustiques (32 cas), les cosmétiques (12 cas) et divers autres produits (33 cas) regroupant essentiellement les fruits non comestibles, les raticides, les insecticides.

L'Etude analytique montre une prédominance masculine dans l'ensemble (60 %). Elle précise la tranche d'âge la plus victime qui est celle de 1 à 3 ans, les voies d'intoxication ainsi que les différents modes d'intoxication (accidentel, iatrogène, volontaire). Elle révèle les circonstances de survenue et les facteurs favorisants.

Le taux de létalité est de 2,62 %.

La lutte contre cette pathologie qui pose un problème de Santé Publique réside en la mise en place d'une politique de prévention soutenue dont l'aspect essentiel consiste à l'information, à la sensibilisation et à l'éducation des populations.

**Mots Clefs :** Ouagadougou/CHN-YO/Service de Pédiatrie/Etude rétrospective/Ethologies Epidémiologie/Intoxications aiguës/Prévention.

Adresse de l'auteur : LOMPO Yedpaguiba François  
03 B.P. 7021 Ouagadougou 03