REPUBLIQUE DU BENIN

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

------*

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

------*

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

--------*

UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN MEDECINE

------**

Année : 2021 N°2386

MORBIDITE ET CAUSES DE DECES CHEZ LES PATIENTS ADMIS A LA CLINIQUE UNIVERSITAIRE D'HEPATO-GASTROENTEROLOGIE DU CNHU-HKM DE COTONOU DE 2015 A 2019.

THESE

Présentée et soutenue publiquement pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat)

Par :

Fadel Wassaradè-Bou AGORO

Né le 03 Décembre 1993 à Boukombé (République du Bénin)

DIRECTEUR DE THESE :

Pr Jean SEHONOU

CO-DIRECTEURS :

Dr Aboudou Raïmi KPOSSOU

Dr C.N. Martin SOKPON

PRESIDENT DU JURY :

Pr Francis Moïse DOSSOU

MEMBRES DU JURY :

Pr Jean SEHONOU

MCA Anthelme AGBODANDE

MCA Jacques SAÎZONOU

Année académique : 2020-2021

REPUBLIQUE DU BENIN
*****
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
****

N/1386/2021/UAC/FSS/VD-Ecoles/VD-UFR Pharma/VD UFR Méd/SSE/CP/SA

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI — FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

NOVEMBRE 2021

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

DOYEN : Professeur MEHINTO Delphin K.

VICE-DOYEN U.F.R Médecine : Professeur ZOUMENOU Eugène

VICE-DOYEN U.F.R Pharmacie : Maître de Conférences Agrégé YEMOA Loconon Y. Achille

VICE-DOYENNE /ECOLES : Professeur EZIN-HOUNGBE Josiane

Année : 2020-2021 (version novembre 2021)

Source : Service du Personnel

PROFESSEURS TITULAIRES

1.	Dr EZIN-HOUNGBE Josiane.....	Psychiatrie Adulte
2.	Dr HOUINATO Dismand Stéphan.....	Neurologie
3.	Dr ADJIBABI Wassi.....	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
4.	Dr KINDE GAZARD Dorothée Akoko.....	Parasitologie Mycologie
5.	Dr MEHINTO Delphin Kuassi.....	Chirurgie Viscérale
6.	Dr VIGNIKIN -YEHOUESSI Bernadette	ORL-Chirurgie- Cervico- Faciale
7.	Dr GANGBO Flore	Histologie- Embryologie-Cytogénétique
8.	Dr LALEYE Anatole O. A	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
9.	Dr AMOUSSOU-GUENOU Marcellin Kuassi.	Biophysique, Médecine Nucléaire
10.	Dr FIOGBE Michel Armand.....	Chirurgie Pédiatrique
11.	Dr HANS-MOEVI Aristote	Orthopédie -Traumatologie
12.	Dr KPADONOU Toussaint Godonou.....	Médecine Physique – Réadaptation
13.	Dr SOUNOUVOU Ignace.....	Ophtalmologie
14.	Dr BIAOU Olivier	Imagerie Médicale
15.	Dr ODOULAMI-YEHOUESSI Lisette.....	Ophtalmologie
16.	Dr ZOUMENOU Eugène.....	Anesthésie-Réanimation
17.	Dr DENAKPO Justin Lewis	Gynécologie Obstétrique
18.	Dr DOSSOU Francis Moïse.....	Chirurgie Générale
19.	Dr ADEGBIDI Hugues Daniel Gbadébo	Dermatologie Vénérologie
20.	Dr AFFOLABI Dissou.....	Bactériologie-Virologie
21.	Dr ALAO Modjère Ola Maroufou Jules.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
22.	Dr ATADOKPEDE Agbomènou Félix.....	Dermatologie- Vénérologie
23.	Dr AWEDE Bonaventure Lucien Sévérin.....	Physiologie
24.	Dr FIOSSI-KPADONOU Emilie.....	Pédopsychiatrie
25.	Dr TONATO-BAGNAN Josiane Angéline A.	Gynécologie-Obstétrique
26.	Dr ADJIEN Kodjo Constant	Neurologie
27.	Dr OGOUYEMI-HOUNTO Aurore Bertille.	Parasitologie
28.	Dr SAGBO Gratien.....	Pédiatrie
29.	Dr SEHONOU Jean	Hépato-Gastro-Entérologie
30.	Dr AGODOKPESSI Gildas	Pneumo-Phtisiologie
31.	ALAMOU Soulé.....	Ophtalmologie
32.	Dr ALLABI Aurel Constant Eustache.....	Pharmacologie Clinique

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

Source : Service du Personnel

33. Dr AVAKOUDJO Josué D. Georges ..... Urologie-Andrologie
34. Dr AYELO Ahounmènou Paul ..... Médecine du Travail
35. Dr GNONLONFOUN Dieu donné ..... Neurologie
36. Dr HOUNKPATIN Benjamin I. Bodounrin..... Gynécologie Obstétrique
37. Dr TSHABU AGUEMON Christiane ..... Gynécologie Obstétrique
38. Dr ZOMALHETO Zavier Cossi ..... Rhumatologie
39. Dr GBENOU Antoine Séraphin ..... Chirurgie Pédiatrique
40. Dr YEKPE Hermione Patricia Frida épouse AHOUANSOU ..... Imagerie Médicale

MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

1. Dr ASSOUTO A. Pamphile. ..... Anesthésie –Réanimation
2. Dr AVAKOUDJO François ..... ORL-Chirurgie Cervico Faciale
3. Dr HOUNKPE Pierre Claver ..... Anesthésie-Réanimation
4. Dr LAWSON AFOUDA Sonia..... ORL-Chirurgie Cervico Faciale
5. Dr AGUEMON Badirou Din..... Santé Publique
6. Dr ALAGNIDE Hountondji Etienne ..... Médecine Physique et de Réadaptation
7. Dr AZON KOUANOU Angèle ..... Médecine Interne
8. Dr GBESSI Dansou Gaspard ..... Chirurgie Générale
9. Dr HINSON Vikkey Antoine ..... Médecine du Travail
10. Dr LALYA Francis Honorat..... Pédiatrie et Génétique Médicale
11. Dr SISSINTO SAVI DE TOVE Yolande..... Parasitologie-Mycologie
12. Dr VIGAN Jacques ..... Néphrologie
13. Dr YEMOA Loconon Y. Achille ..... Chimie Analytique-Bromatologie
14. Dr AGBODANDE Kouessi Anthelme ..... Médecine Interne
15. Dr ALIHONOU Thierry ..... Neurochirurgie
16. Dr BAGNAN TOSSA Léhila..... Pédiatrie et Génétique Médicale
17. Dr GANFON Habib M. Yoel. ..... Pharmacognosie
18. Dr KEREKOU Annelie Célestine. ..... Endocrinologie
19. Dr VODOUHE Ulrich B. ..... ORL-Chirurgie Cervico Faciale
20. Dr WANVOEGBE Armand..... Médecine Interne

Université d'Abomey-Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

NOVEMBRE 2021

Source : Service du Personnel

MAITRES ASSISTANTS

1.	Dr GANDAHO Hugues Jean-Thierry	Neurochirurgie
2.	Dr AGBOTON Bruno Léopold	Néphrologie
3.	Dr ALIHONOU Florence	Pédiatrie et Génétique Médicale
4.	Dr ABOUKI Chakiratou Olaïdé Adoukê.....	Ophtalmologie
5.	Dr AKPADJAN Gbèmawonmédè Fabrice.....	Dermatologie-Vénérologie
6.	Dr CHIGBLO Sègla Pascal Eric.....	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
7.	Dr DEGBOE Kaï Bérénice Esthelle	Dermatologie-Vénérologie
8.	Dr DJOSSOU Médéssè David (Demande de mise à disponibilité).....	Odontologie Pédiatrique
9.	Dr HODONOU Détondji Fred Jean-Martin...	Urologie-Andrologie
10.	Dr LAWANI Ismaïla.....	Chirurgie Viscérale
11.	Dr OGOUDJOBI Ogourindé Mathieu.....	Gynécologie-Obstétrique
12.	Dr ZOHOUN-GUIDIGBI Lutécia Myria A.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
13.	Dr ABOUBACAR Moufalilou	Gynécologie-Obstétrique
14.	Dr ADJADOHOUN Sonia B.M. Gwladys....	Radiologie
15.	Dr ADJAGBA D. Philippe M	Cardiologie
16.	Dr AMOSSOU L. François.....	Traumatologie-Orthopédie
17.	Dr ATTOLOU Sètondji Roger Gilles.....	Chirurgie Générale
18.	Dr AZONBAKIN Azandégbé Simon	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
19.	Dr BADOU Agnès Oladun Sylvie.....	Ethnologie
20.	Dr GNANGNON Freddy Houehanou R.....	Cancérologie Chirurgicale
21.	Dr GNINKOUN Comlan Jules.....	Endocrinologie Métabolisme et Nutrition
22.	Dr IMOROU SOUAÏBOU Yacoubou.....	Chirurgie Générale
23.	Dr KPOSSOU Aboudou Raïmi	Gastroentérologie et Hépathologie
24.	Dr LOKOSSOU M. Symphorose.....	Gynécologie-Obstétrique
25.	Dr PADONOU Abiodoun Djossè.....	Traumatologie-Orthopédie
26.	Dr PADONOU Sètondji Géraud-Roméo.....	Santé Publique
27.	Dr SEIDOU Falilatou	Anatomie Pathologique
28.	Dr SONOU Djidjoho Joël A.....	Cardiologie
29.	Dr TOGNIFODE M. Véronique.....	Gynécologie-Obstétrique
30.	Dr TOKOUDAGBA Kossi Jean-Marie Dénis...	Chimie Organique et Chimie des Substances Naturelles
31.	Dr WACHINOU Ablo Prudence.....	Pneumo-Phtisiologie
32.	Dr YEVI Dodji Magloire Inès.....	Urologie Andrologie
33.	Dr ADJOBIMEY Mênonli.....	Santé au Travail
34.	Dr AKODJENOU Joseph	Anesthésie Réanimation
35.	Dr ANAGONOU Lary Lucrèce.....	Pédopsychiatrie
36.	Dr BANCOLE POGNON Sylvie Arlette A.....	Chirurgie Buccale
37.	Dr BIGOT Cédric Egnonwa Parfait	Médecine Légale
38.	Dr BOGNON Gilles M.....	Pédiatrie
39.	Dr KLIKPO Elvire	Psychiatrie Adulte
40.	Dr MIKPONHOUE Rose Christelle épse OLOU.....	Médecine du Travail
41.	Dr PADONOU Caroline	Pédiatrie

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

MBK 4/10

Source : Service du Personnel

42. Dr ZOHOUN Comlan Gildas Alban	Hématologie
43. Dr AHOUNOU Ernest Stéphane.....	Anesthésie-Réanimation
44. Dr AÏGBE Nestor.....	Ophtalmologie
45. Dr DANGBEMEY Djima Patrice.....	Gynécologie-Odstrétique
46. Dr DO SANTOS ZOUNON Alexis.....	OTO-Rhino Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale
47. Dr HOUNKPONOU Eliane Kayivi Murielle épouse AMOUSSOU-GUENOU.....	Cardiologie
48. Dr LALEYE Christel Marie Fortunat Olatumbossum B.I.	Anatomie
49. Dr MIZEHOUN Gbèdécon Carmelle.....	Nutrition et Diététique

ASSISTANTS

1. Dr VIGNON Cyprien K.(Procédure d'appel en cours pour service abandonné)	Chirurgie Générale
2. Dr LANKPEKO-AFFOLABI Clémence M.	Pédiatrie et Génétique Médicale
3. Dr YAKOUBOU YOBO Annatou	Pédiatrie et Génétique Médicale
4. Dr SOSSA Jean	Urologie
5. Dr VIGNON Koffi Rodolphe	Hépato-Gastroentérologie
6. Dr AMONLES Yves D.	Psychiatrie
7. Dr LAWSON Roland F (Situation non connue).....	Pharmacologie
8. AGBOKPONTO Janvier Engelbert.....	Chimie Analytique
9. Dr HOUESSOU ENIANLOKO Nicole Zinhoué épse TCHIAKPE.....	Pédiatrie
10. Dr HOUNDETOUNGAN David Gilles.....	Biophysique
11. Dr AZA-GNANDJI Guy-Gérard.....	Psychiatrie
12. Dr DADJO Kinski Aumar.....	Traumatologie Orthopédie
13. Dr GOUKODADJA Oswald.....	Traumatologie Orthopédie
14. Dr ASSANHOU Assogba Gabin.....	Pharmacie Galénique
15. Dr BAGLO Dédé Priscillia Tatiana.....	Hématologie Biologie

MBK 5/10

Université d'Abomey - Calavi
FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SANTÉ
LE DOYEN

NON REMIS 2021

Source : Service du Personnel

EMERITES

1- Dr BASSABI Souleymane.....

2- Dr AHYI Réné A. Galbert.....

3- Dr PADONOU Nazaire.....

4- Dr HOUNKPE Célestin.....

5- Dr Do ANGO-PADONOU Florencia.....

6- Dr GNINAFON Martin.....

7- Dr ALIHONOU Eusèbe Magloire.....

COLLABORATEURS

A- COLLABORATEURS EXTERIEURS

1- Dr LECLERCQ Joëlle.....	Professeur de Pharmacognosie à l'Université Catholique de Louvain (UCL)
2 - Dr CREPPY Edmond.....	Professeur de Toxicologie à la retraite - Université de Bordeaux 2
3 - Dr ATINDEHOU Eugène.....	Professeur de Chimie Analytique à la retraite - Université Félix HOUPHOUËT BOIGNY
4 - Dr GRISLAIN Luc.....	Professeur de Galénique à l'Université Bordeaux 2
5 - Dr POUPAERT Jacques.....	Professeur de Chimie Pharmaceutique à la retraite – Université Catholique de Louvrain
6 - Dr EVRARD Brigitte.....	Professeur de Galénique à l'Université de Liège
7-Dr ROBERT Jean-Michel	Professeur de Chimie Thérapeutique/UFR Pharmacie Université de Nantes
8-Dr ZIME DIAWARA H. Hermine	Maître-Assistant de Pharmacie Galénique à l'Université Joseph KI-ZERBO ; Burkina-Faso
9-Dr OUATTARA Mahama.....	Maître de Conférences Agrégé de Chimie Médicale à l'Université Félix HOUPHOUËT BOIGNY
10-Dr SANGARE Béatrice.....	Maître de Conférences Agrégé de Toxicologie à l'Université Félix HOUPHOUËT BOIGNY

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

NOVEMBRE 2021

MAK 6/10

Source : Service du Personnel

B- COLLABORATEURS NATIONAUX

1- Dr LOKO Frédéric Simplice	Professeur Titulaire de Biochimie à l'Ecole Polytechnique de l'UAC
2–Dr AHISSOU Hyacinthe.....	Professeur Titulaire de Biochimie à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
3–Dr GBENOU Joachim	Professeur Titulaire de Chimie Organique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
4- Dr OUENDO Edgard-Marius.....	Professeur Titulaire en Santé Publique, Epidémiologie (IRSP)
5- Dr KPATCHAVI Adolphe.....	Professeur Titulaire en Sociologie Anthropologie
6- Dr AGUEH Damienne Victoire.....	Professeur Titulaire en Santé Publique, Epidémiologie (IRSP) ; Maître ès Sciences en Nutrition
7–Dr JOSSE Roger Gérard	Professeur Titulaire de Chimie Analytique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
8–Dr GBAGUIDI Fernand	Professeur Titulaire de Chimie Organique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
9–Dr WOTTO Valentin	Professeur Titulaire de Chimie Physique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
10- Mr ATOHOUN Guy	Professeur Titulaire de Chimie Minérale
11- Dr EZIN Eugène.....	Professeur Titulaire en Informatique à l'Institut de Mathématiques et de Sciences Physiques de l'UAC
12– Dr OGOUYANDJOU Simplice.....	Maître de Conférences en Mathématiques
13- Dr KPOVIESSI Salomé	Professeur Titulaire en Chimie Organique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
14- Dr DJEGO Gaudens	Professeur Titulaire en Ecologie/Botanique
15- Mr AGBANI Benoît	Maître Assistant de Physique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
16- Dr MEDEGAN FAGLA Sèdami Romarique.....	Maître-Assistant en Chimie Organique.

MSK 9/10

Université d'Abomey-Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

NON ENREGISTRE

Source : Service du Personnel

C- AUTRES ENSEIGNANTS ASSOCIES

1 - Mr JADIN Olivier	Kinésithérapie
2 - Mr YEHOUESSI Jacques	Soins infirmiers
3 - Mme QUENUM Marie	Soins Infirmiers
4 - Mr AFANUH Matthew.....	Anglais
5- Dr HENADOU Martin	Législation Pharmaceutique
6 - Dr AHLONSOU Prosper	Législation Pharmaceutique
7 - Mr ANANI Yves.....	Techniques de kinésithérapie passive
8 - Mr ASSOGBA Franck.....	Techniques de kinésithérapie active
9 - Mr GNIMASSOU Karol.....	Techniques de kinésithérapie respiratoire
10- Mme DJIVOH Yolande.....	Périnéologie
11- Mr AHO Audrey	Electrothérapie
12 - Dr HOUNGBEDJI Germain	Analyse du mouvement, Biomatériaux et Thérapie Manuelle Orthopédique
13 - Mr SOGBOSSI Emmanuel.....	Anatomie palpatoire
14 - Mme ZOUNON Diane.....	Analyse du mouvement
15 - Mr OLOUKA Jean.....	Techniques de kinésithérapie en neurologie adulte
16 - Mme BABI Josiane.....	Techniques de kinésithérapie en neurologie-pédiatrie
17 - Mr ACAKPO Alfred.....	Nutrition
18- Mr KADI Christophe.....	Anglais
20 - Mr DJOSSOU A. K. Alfred.....	Anglais
21 - Mr SOUMANOU Mohamed.....	Technologie alimentaire
22 - Mr ABOU Adam.....	Technologie alimentaire
23 - Mme CAPO-CHICHI Callinice.....	Biologie moléculaire
24 - Mr SANNI Ambaliou.....	Biologie moléculaire
25 - Dr ALASSANI Adébayo.....	Médecine interne/Nutrition
26 - Mr MIKODE Denis.....	Nutrition
27 - Mme LOKOSSOU Céline.....	Nutrition

Source : Service du Personnel

SEPTEMBRE 2021

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

MSK 8/10

28 - Mme HOUNGBO Hermance.....	Nutrition
29 - Mr ADOMAHOU David.....	Nutrition
30 -Mme DOSSOU-SINTONDJI Reine.....	Nutrition
31- Dr SOSSA Charles.....	Nutrition
32 - Mr HESSOU Joseph.....	Nutrition
33 - Mme MELOME Marie Constance	Communication
34 - Mme COSSI Reine.....	Méthodologie
35 – Dr MOROU Karim	Nutrition
36– Dr AZANDJEME Colette	Nutrition
39-Mme Napporn Clarisse.....	Psychologie Sociale, (Maître-assistant à la FLASH)
40 - Mr AÏHOU Mamère.....	Finances Publiques
41 -Mr AMOUSSOU YEYE Denis	Psychologie générale, Psychologie du couple
42- Dr BODEA Gilbert	Méthodologie de la recherche, Sociologie de la famille
43 - Mr ZANNOU Jules.....	Droit Administratif et Constitutionnel
44 - Mr KEKE Jean-Claude.....	Economie
45 - Mr AVOCE Viagamou.....	Economie
46- Mr EKPINSE Emile.....	Rédaction administrative
47 - Mme SAGBOHAN Mireille.....	Economie Familiale, Economie Sociale
48- Mr HOUEDJISSIN Benoit.....	Déviance et délinquance juvénile
49 - Mme AKINHOLA Valérie.....	Méthodologie d'intervention, intervention sociale d'aide à la personne
50 - Mme IDOSSOU Valérie.....	Introduction à la politique sociale, politique de protection des personnes âgées, cadre théorique, service social de groupe
51- Mr ADJAÏ Olivier.....	Politique de protection sociale de l'enfant
52 - Mr TONI Mathias.....	Politique de la jeunesse, Politique de protection sociale des personnes handicapées
53- Mr COMAHOUE Franck	Politique de protection sociale de l'enfant, TD devoir médico-social (Méthodologie d'intervention)
54- Mme SESSOU Fidélia	TD Devoir social (Méthodologie d'intervention)

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

MDK 9/10

Services du Personnel

NOVEMBRE 2021

55- Dr de SOUZA Pélagie Léchidia.....	Socio-Anthropologie Générale
56 - Mr SOSSOU Janvier	Technique d'animation
57 - Mr HOUNTONDJI Albert	Droit du travail
58 - Mr HOUNTONDJI Jules	Service social communautaire
59- Mr ALADATIN Prévert	Droit Pénal Général, Procédure Pénal
60 - Dr IBIKUNLE Charles	Introduction au Droit, Droit civil
61 - Mme TCHIBOZO Pauline	Intervention d'aide à la personne
62- Mr ATODJINOU Candide	Statistique
63- Mr AKOCHAYE Nicolas	Démographie
64 - Dr VISSOH Séraphin.....	Méthodologie de la Recherche
65 – Mr GBEHINTO Bruno	Gestion de projet
66- Mr NANSI Célestin	Sécurité Sociale
67- Mr AGBOGBE Nestor	RBC et Pédiatrie Sociale
68- Mme DARBOUX Marie Antoinette Brigitte	Littérature Anglaise et Américaine

NOVEMBRE 2021

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

Le Doyen, 01/12/21

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

Professeur Delphin K. MEHINTO

Source : Service du Personnel

DEDICACES

A Dieu l'unique sans associé,

Gloire et pureté à Toi Possesseur de la royauté suprême et de la magnificence absolue. Ton soutien ne m'a jamais fait défaut et Tu as toujours guidé mes pas sur le chemin de mon destin.

Que ton nom soit loué pour toujours et à jamais !

- **Amon feu père Yaya AGORO**

Vous êtes parti très tôt, un manque, un vide laissé et jamais comblé. Cependant, vous m'avez fait cadeau d'une famille magnifique et battante qui m'a toujours porté et supporté. Que le bon Dieu vous accueille dans sa maison de repos éternel.

In memori.

- **A ma mère Adama YACOUBOU**

Maman, vous n'avez jamais cessé de consentir d'énormes sacrifices pour le bonheur de vos enfants. Vous nous avez comblés d'amour, de tendresse et de conseils sur la vie. Vous n'avez pas ménagé vos efforts à la recherche d'un idéal pour nous. Puisse le Tout-Puissant vous garde encore bien longtemps à nos côtés.

Merci pour tout maman.

- **A ma grand-mère maternelle Salamatou ZAKARI**

Affable, aimable et honorable : vous représentez pour moi le symbole de la bonté par excellence, la source de tendresse qui n'a jamais cessé de m'encourager et prier pour moi. Vos prières et bénédictions m'ont été d'un grand secours pour mener à bien mes études.

Recevez ce travail en témoignage du profond amour et comme le fruit de vos sacrifices et efforts.

- **A mon grand-oncle Bouraïma ZAKARI**

Ce travail est le vôtre. Que de sacrifices consentis depuis des années. Ces mots ne sauront jamais être à la hauteur de ma gratitude envers vous. Merci pour la charge affective, financière et la qualité de l'éducation que vous m'avez inculquée. Vous représentez pour moi un père de substitution, un modèle de réussite et de leadership.

Puisse DIEU le Tout-Puissant, vous combler de ses grâces et vous prêter encore une longue vie.

- **A ma tante Abibata NABIGA**

Mon amazone, ma référence, celle qui m'a aidé à affronter toutes les difficultés auxquelles j'ai été confronté jusqu'à ce jour, je vous dis merci. Vous avez fait de moi l'homme que je suis, je vous rendrai éternellement grâce pour les valeurs que vous m'avez inculquée et l'amour que vous m'accordez. Ce travail scientifique est l'aboutissement de votre persévérance. J'espère pouvoir vous honorer et vous rendre fière à travers cette thèse et tout au long de mon existence. Que la longévité, la paix du cœur et le bonheur soient les grâces que le Bon Dieu vous accorde.

Puisse DIEU le Tout-Puissant, vous combler de ses grâces et vous prêter encore une longue vie.

- **A mes frères et sœurs**

Vous n'avez jamais manqué de me soutenir. Vos prières ont été pour moi d'un grand réconfort. Pour votre participation à la réalisation de cette œuvre, je vous dis merci.

Puisse le Seigneur vous bénir et vous accorder ses immenses grâces.

- **A mes oncles et tantes**

Vous qui avez aussi contribué à mon éducation, ce travail est le résultat de vos sacrifices.

- **A mes cousins, cousines, belles-sœurs, beaux-frères, neveux et nièces**,

En témoignage de mon affection.

- **A Josias HADJETE**

Cher collègue, plus qu'un ami, tu es pour moi un frère. Tu m'as prouvé que la fraternité va au-delà des liens du sang. Ta disponibilité, ton assistance, ta dextérité et tes conseils avisés font de toi un frère idéal.

Merci pour ton soutien indéfectible.

- **A mes amis de la FSS**

Razack ANDEMI, Gloria KOTY, François AKOTEGNON, Machihoudou WOROU, Mystère DJENONTIN, Geoffroy ASSOGBA, Ingrid ATTINGBE, Ahouéfa TOI, Cédric DOSSOU, Fréjus ALAMOU, Maurice DANGBEGNON, Frangilo GONCALVES, Emile GIORDANO, Maryam ADETONA, Benjamin DOSSOU-YOVO, Ester CAPO-CHICHI.

En témoignage de l'amitié qui nous unit et des souvenirs de tous les moments que nous avons passé ensemble, je vous souhaite une vie pleine de bonheur et une belle carrière.

- **A mes amis et compagnons**

Paul DAGO, Kamilou BOURAIMA, Chabi SERO, Rachidi GNAMMI, Evrard KOUTOUMPO, Médard AISSAN, Archippe KASSA, Akim N'TOUKOULEY.

Je ne peux trouver les mots justes et sincères pour vous exprimer mon affection et mes pensées, vous êtes pour moi des frères et des amis sur qui je peux compter.

Je vous dédie ce travail en témoignage de votre soutien sans faille.

- **A tous les médecins de la 42ème promotion de médecine de la Faculté des sciences de la santé** et surtout aux Drs Chérif SEIBOU et Brouhane ODOI que l'éternel nous unisse davantage et nous accorde une fructueuse carrière professionnelle.

- **A tous les camarades de la 43ème promotion de médecine de la Faculté des sciences de la santé.**

Brillante carrière à vous.

REMERCIEMENTS

- **A tous les hommes et femmes qui d'une façon ou d'une autre ont participé à la réalisation de ce travail.**

- **A tout le personnel de la clinique universitaire d'hépato-gastroentérologie du CNHU-HKM de Cotonou**.

Merci pour votre disponibilité et votre aimable collaboration

- **A monsieur Anicet TOSSOU,**

Votre savoir-faire nous a été d'une grande utilité pendant la réalisation de ce travail. Sincères remerciements.

- **A tous ceux et celles qui ont contribués de loin ou de près à la réalisation de cette œuvre.**

- **A tous ceux qui ont lu ce travail,**

Ma reconnaissance pour leur esprit critique vis-à-vis de ma modeste contribution au savoir universel, qui comme toute œuvre humaine reste perfectible.

HOMMAGES

- **A tous nos maîtres, de la Faculté des Sciences de la Santé,**

Chers maîtres, par votre rigueur scientifique et votre dévouement, vous avez fait de cette faculté une référence sous-régionale. Veuillez trouver ici, l'expression de notre profonde admiration.

Hommages respectueux.

- **A notre maître et directeur de thèse, le Professeur Jean SEHONOU,**

Notre admiration pour vous est née dès le début de nos stages en Hépato-gastroentérologie ; nous étions alors en deuxième année de médecine. Vous vous êtes révélé un maître d'un accueil chaleureux, attentif. Votre rigueur scientifique, l'immensité de votre savoir, votre compétence, votre dynamisme, la clarté de vos enseignements, votre ouverture d'esprit, votre disponibilité pour les étudiants font de vous un modèle à suivre. Avec vous, nous avons appris non seulement le savoir, le savoir-faire mais aussi le savoir-vivre. En acceptant de diriger ce travail, vous nous avez fait un grand honneur.

Recevez cher maître, nos hommages respectueux et mérites.

- **A notre maître et co-directeur, le Docteur Aboudou Raïmi KPOSSOU,**

Vous avez accepté sans hésiter de co-diriger ce travail, et avez été notre guide tout au long. Cet instant solennel nous offre l'occasion de vous témoigner toute notre gratitude. Nous avons été sensible à la confiance que vous nous avez accordée, au temps que vous avez consacré et ce, malgré vos multiples occupations. Vos corrections, apports et contribution ne souffraient d'aucun retard.

Trouvez ici cher maître, le témoignage de notre reconnaissance.

- **A notre maître et co-directeur, C.N. Martin SOKPON,**

Cher maître, nous avons été honorés par votre sens d'écoute, de partage et du travail bien fait. Votre disponibilité, votre investissement et vos conseils ont permis l'aboutissement de ce travail.

Hommages respectueux.

- **Au Professeur Wassi ADJIBABI**

Cher maître, vous avez été un grand artisan de notre accomplissement. Merci pour votre présence, vos conseils et les opportunités.

Hommages respectueux.

- **Au Maître de conférences agrégé Anthelme AGBODANDE**

Pour votre assistance et votre participation à l'élaboration de cette thèse.

Hommage respectueux.

- **A notre président du jury,**

Vous nous faites l'honneur d'accepter avec une très grande amabilité de présider notre jury de thèse.

Veuillez accepter ce travail cher maître en gage de notre grand respect et notre profonde reconnaissance.

- **Aux membres du jury,**

Vous nous avez honorés en acceptant avec sympathie de siéger dans notre jury de thèse.

Veuillez trouver ici l'expression de notre grand respect et nos vifs remerciements.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AVP : Accident de la voie publique

ACE : Antigène carcino-embryonnaire

AFP : Alpha-foetoproteine

An : Année

AINS : Anti-Inflammatoire non stéroidien

ARCH : Assurance pour le Renforcement du Capital Humain

Anti-VHC : Anticorps anti-virus de l'hépatite C

AgHBs : Antigène HBs

AVC : Accident vasculaire cérébral

ASP : Abdomen sans préparation

CCR : Cancer (s) colorectal (aux)

CHC : Carcinome Hépatocellulaire

CI : Contre-indication

CNHU-HKM : Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga

CPF : Cancer Primitif du Foie

CPRE : Cholangio-Pancréatographie Rétrograde Endoscopique

CRE : Cholangiographie Rétrograde Endoscopique

CT : Chimiothérapie

CU-HGE : Clinque universitaire d'hépato-gastroentérologie

CHD : Centres hospitaliers départementaux

CHZ : Centre hospitalier de zone

CUGO : Clinique universitaire de gynécologie et d'obstétrique

EOGD : Endoscopie Oeso-Gastroduodénale

°C : Degré Celsius

DMS : Durée moyenne du séjour

EOGD : Endoscopie œsogastroduodénale

ETT : Echographie trans-thoracique

F : Féminin

FSS : Faculté des sciences de la santé

Gamma-GT : Gamma glutamyl-transférase

HTA : Hypertension artérielle

HIV : Human immunodeficiency virus

< : Inférieur

≤ : Inférieur ou égal

IP.OMS/IPS : Indice de Performance statuts de l'Organisation Mondiale de Santé

IRM : Imagerie par Résonnance Magnétique

InMeS : Institut nationale médico-sanitaire

IC 95% : Intervalle de confiance à 95% de précision

IMC : Indice de masse corporel

Km^2 **:** kilomètre carré

mm **:** millimètre

mg **:** milligramme

NFS **:** Numération formule sanguine

NP **:** Non précisé

N **:** Effectif total

OMS **:** Organisation mondiale de santé

OMI **:** Œdèmes des membres inférieurs

± : Plus ou moins

% : Pourcentage

> : Supérieur

≥ : Supérieur ou égal

TP **:** Taux de prothrombine

TCK **:** Temps de Céphaline Kaolin

TOGD **:** Transit Oeso-Gastro-Duodénal

VBE **:** Voies Biliaires Extra-hépatiques

VHB **:** Virus de l'Hépatite B

VHC **:** Virus de l'Hépatite C

VIH **:** Virus de l'Immunodéficience Humaine

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Répartition des patients en fonction des caractéristiques sociodémographiques : sexe, nationalité, ethnie. ---------- 27

Tableau II: Répartition des patients en fonction des caractéristiques sociodémographiques : situation matrimoniale, niveau d'étude, religion, profession. ---------- 28

Tableau III: Répartition des patients reçu en consultation selon la localité de provenance. ---------- 29

Tableau IV: Répartition des patients reçu en hospitalisation, selon la localité de provenance. ---------- 30

Tableau V: Répartition des patients selon les antécédents personnels et comorbidités à la CUHGE du CNHU de 2015 à 2019. ---------- 32

Tableau VI: Répartition des patients selon les antécédents familiaux. --------- 33

Tableau VII: Répartition des patients selon le type de tabagisme. ---------- 33

Tableau VIII: Répartition des patients selon le profil du référent et de la structure de référence à la CUHGE du CNHU de 2015 à 2019. ---------- 35

Tableau IX: Répartition des patients selon le motif de consultation à la CU-HGE du CNHU-HKM de Cotonou de 2015 à 2019. ---------- 36

Tableau X: Répartition des patients selon les signes fonctionnels et généraux à la CU-HGE du CNHU-HKM de Cotonou de 2015 à 2019. ---------- 37

Tableau XI:Répartition des patients selon l'IP-OMS. ---------- 38

Tableau XII: Répartition des patients selon les signes à l'examen physique. - 39

Tableau XIII: Répartition des patients en fonction des données biologiques à la CU-HGE du CNHU-HKM de Cotonou de 2015 à 2019. ---------- 40

Tableau XIV: Répartition des patients selon les examens radiologiques réalisés à la CUH-GE du CNHU-HKM de Cotonou de 2015 à 2019. ---------- 41

Tableau XV: Répartition des patients selon les examens endoscopiques réalisés à la CU-HGE du CNHU-HKM de 2015 à 2019. ---------- 42

Tableau XVI: Répartition des patients selon les diagnostics retenus à la CU-HGE du CNHU-HKM de Cotonou de 2015 à 2019.---------- 43

Tableau XVII: Répartition des patients reçu en hospitalisation, selon les diagnostics d'entré.---------- 44

Tableau XVIII: Répartition des patients reçus en consultation, selon le diagnostic d'entrée à la CU-HGE du CNHU-HKM de Cotonou de 2015 à 2019. ---------- 45

Tableau XIX: Répartition des patients en fonction des facteurs associés à l'hépatite B ---------- 46

Tableau XX: Régression logistique des facteurs associés à l'hépatite B. ------ 47

Tableau XXI: Répartition des patients selon les facteurs associés à l'hépatite C ---------- 47

Tableau XXII: Régression logistique des facteurs associés à l'hépatite C----- 48

Tableau XXIII: Répartition des patients en fonction des facteurs associés à la survenue d'une cirrhose du foie.---------- 49

Tableau XXIV: Régression logistique des facteurs associés à la cirrhose du foie.---------- 50

Tableau XXV: Répartition des patients en fonction des facteurs associés à la survenue d'un cancer primitif du foie. ---------- 51

Tableau XXVI : Régression logistique des facteurs associés au cancer primitif du foie. ---------- 52

Tableau XXVII: Répartition des patients selon les conditions de PEC à la CU-HGE du CNHU de 2015 à 2019. ---------- 53

Tableau XXVIII: Répartition des patients selon le mode de sorti à la CUHGE du CNHU de 2015 à 2019. ---------- 56

Tableau XXIX: Répartition des patients décédé selon le lieu de décès.-------- 57

Tableau XXX: Répartition des patients décédés en fonction du sexe. ---------- 57

Tableau XXXI: Répartition des patients décédés selon l'âge. ---------- 58

Tableau XXXII: Répartition des patients décédés selon les modalités de prise en charge. ---------- 59

Tableau XXXIII: Répartition des patients décédés selon le mode d'admission. ---------- 59

Tableau XXXIV: Répartition des patients décédés en fonction du motif d'admission. ---------- 60

Tableau XXXV A : Facteurs associés au décès des patients à la CUHGE du CNHU-HKM de Cotonou de 2015 à 2019. ---------- 61

Tableau XXXVI: Facteurs associés au décès des patients à la CUHGE du CNHU-HKM de Cotonou de 2015 à 2019. ---------- 62

Tableau XXXVII: Répartition des patients selon la cause de décès à la CU-HGE du CNHU-HKM de 2015 à 2019. ---------- 63

Tableau XXXVIII: Répartition des décès liés aux affections tumorales ------- 64

Tableau XXXIX: Répartition des décès liés aux hépatopathies chroniques --- 64

Tableau XL: Principales causes de décès. ---------- 65

Tableau XLI: Létalité selon les groupes d'affections ---------- 66

Tableau XLII: Létalité selon les affections tumorales ---------- 67

Tableau XLIII: Létalité selon les hépatopathies chroniques ---------- 67

Tableau XLIV: Répartition des affections graves. ---------- 68

Tableau XLV: Répartition des patients hospitalisés en fonction du diagnostic. 76

Tableau XLVI: Taux de mortalité selon les auteurs ---------- 78

Tableau XLVII: Sex-ratios des sujets décédés selon les auteurs ---------- 79

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Répartition des patients selon le mode d'admission à la CUHGE du CNHU de 2015 à 2019. ---------- 34

Figure 2: Répartition des patients selon les types de traitement à la CU-HGE du CNHU-HKM de Cotonou de 2015 à 2019. ---------- 54

Figure 3: Répartition des patients selon le traitement curatif effectué à la CUHGE du CNHU de 2015 à 2019. ---------- 54

Figure 4: Répartition des patients selon l'évolution de la maladie à la CU-HGE du CNHU-HKM de Cotonou de 2015 à 2019.---------- 55

LISTE DES DIAGRAMMES

Diagramme 1: Flux des patients reçus à la CU-HGE du CNHU-HKM de 2015 et 2019.---------- 25

Diagramme 2:Répartition des patients reçus en consultation par groupes de pathologies à la CU HGE au CNHU-HKM de Cotonou de 2015 à 2019.------- 75

Diagramme 3:Comparaison des causes de décès hospitalier à la CU-HGE du CNHU HKM de Cotonou en 2004 et en 2015-2019 ---------- 82

PAR DELIBERATION, LA FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE DE COTONOU A ARRETE QUE LES OPINIONS EMISES DANS CETTE THESE N'ENGAGENT QUE SON AUTEUR

SOMMAIRE

INTRODUCTION ---------- 1

1. GENERALITES ---------- 4

2. CADRE ET METHODES D'ETUDE ---------- 11

3. RESULTATS ---------- 24

4.DISCUSSION---------- 69

CONCLUSION ---------- 84

SUGGESTIONS ---------- 87

REFERENCES---------- 90

ANNEXES ---------- A

TABLE DES MATIERES---------- a

INTRODUCTION

La situation sanitaire de la population constitue un maillon important du développement humain. Un mauvais état sanitaire peut remettre en cause et menacer le développement économique et social [1]. La mortalité est le moyen le plus simple pour mesurer l'état sanitaire d'une population [2]. Cependant la plupart des décès étant liés à une détérioration de la santé, il est plus efficace de coupler la mesure de la morbidité à celle de la mortalité. En effet en ce 21ème siècle, les progrès prodigieux de la science médicale, et notamment l'emploie des médicaments nouveaux et des techniques modernes, ont modifié si profondément la structure de la morbidité. En conséquence, la morbidité prend progressivement la place de la mortalité comme indice de l'état sanitaire [3].

Afin de planifier les services de santé et l'équipement médico-sanitaire d'une population, il faut avoir des renseignements exacts sur l'extension et la nature des maladies dont la collectivité peut être atteinte [4]. Le milieu hospitalier est par excellence le lieu où s'établissent la certitude des états morbides et des causes de décès.

Plusieurs affections de l'appareil digestif représentent de véritables problèmes de santé publique. Les problèmes digestifs peuvent intéresser le tube digestif et /ou les glandes annexes. Les différents cadres nosologiques font intervenir des notions de pathologies infectieuses, tumorales, métaboliques, toxiques tant au tube digestif que dans les glandes annexes.

Depuis quelques décennies, le Bénin à l'instar des autres pays d'Afrique au sud du Sahara, est en phase de transition nutritionnelle et démographique. Cela va changer le profil des patients reçus en consultation et en hospitalisation dans les formations sanitaires.

Pour améliorer la qualité du service et des soins à la CU-HGE, il était nécessaire d'étudier certains paramètres de la population constituée par nos patients tels que la morbidité, mortalité et la létalité. La connaissance de ces paramètres permettra une appréciation objective :

- du profil épidémiologique des patients,
- du mode d'évolution
- des modalités de la prise en charge,

Cela permettra d'établir un audit complet de l'exercice de la médecine dans le service. Dans la clinique universitaire d'hépato-gastro-entérologie du CNHU-HKM de Cotonou, très peu d'études ont été réalisées sur cette thématique. La dernière étude est celle de Kodjoh et al [5] en 2004.

Notre étude vient pallier ce déficit en s'intéressant à la morbi-mortalité et la létalité à la clinique universitaire d'hépato-gastro-entérologie du CNHU-HKM de Cotonou de 2015 à 2019.

Les objectifs de cette étude sont :

Objectif général

Evaluer la morbidité, la mortalité et la létalité à la clinique universitaire d'hépato-gastro-entérologie (CU-HGE) du CNHU-HKM de Cotonou de 2015 à 2019.

Objectifs spécifiques

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients admis dans la CU-HGE du CNHU-HKM de 2015 à 2019.
- Déterminer les principaux groupes de pathologies chez les patients admis dans la CU-HGE du CNHU HKM de 2015 à 2019.
- Décrire l'évolution des différentes pathologies chez les patients de la CU-HGE du CNHU HKM de 2015 à 2019.
- Identifier les facteurs associés au décès dans la CU-HGE du CNHU HKM de 2015 à 2019.

1. GENERALITES

1.1. Historique

Le concept de conférence d'analyse des décès est apparu aux Etats Unis au début du XX^{ème} siècle dans le rapport sur l'éducation médicale de Flexner. Le plaidoyer pour une formation médicale institutionnalisée va rapidement faire de la revue de mortalité-morbidité un outil pédagogique, permettant aux médecins d'analyser, avec leurs pairs, les cas de patients décédés et de porter un regard critique sur leurs propres pratiques en dehors de toute notion de sanction. Les conférences de mortalité ont été intégrées aux standards pour les pratiques hospitalières élaborés par l'American College of Surgeons en 1917, qui sont à l'origine du dispositif d'accréditation des hôpitaux nord-américains (Joint Session of Committee on Standards 1917). Les conférences de mortalité se sont implantées dans les hôpitaux nord- américains et ont pris rapidement une place devenue traditionnelle dans la formation des chirurgiens. La revue de morbidité-mortalité (RMM) est l'occasion pour les médecins en formation de présenter les cas de patients décédés ou ayant développé des complications et de focaliser la discussion sur les stratégies alternatives qui auraient pu modifier la survenue de telles complications. Elle est alors considérée comme un véritable dispositif d'apprentissage par l'erreur, permettant une critique constructive des pratiques professionnelles, destiné aussi bien aux juniors qu'aux seniors.

L'objectif actuel des RMM étant de s'en servir pour retrouver d'éventuels processus défaillants dans les prises en charge et d'en comprendre les causes afin de pouvoir prévenir les récidives. Gaëlle et al [8] ont montré l'intérêt des RMM pour la formation des médecins et pour l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. L'objectif final était de rechercher les causes des décès et des complications en chirurgie (classées selon la nature de la complication et le type de complication) et de mettre en place des mesures préventives. La revue de mortalité et de morbidité est une méthode d'amélioration de la qualité des soins implantée dans de très nombreux pays.

Actuellement les RMM constituent une démarche majeure pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins applicables dans de nombreux secteurs de la santé notamment dans les services de médecines.

1.2. Morbidité

1.2.1. Définition

La morbidité d'une population se définit comme étant le « nombre de personnes malades ou le nombre de cas de maladie dans une population déterminée à un moment donné » [8].

On désigne par morbidité tout ce qui peut perturber la santé.

La morbidité est définie par Manuila et al [9] de la manière suivante :

- Caractère de ce qui est malsain, maladif ;
- Conséquence de ce qui expose un individu ou un groupe d'individus à la maladie ;
- Au sein d'une population déterminée, nombre de personnes malades ou de cas de maladies enregistrés à un moment donné ou pendant une période donnée.

Selon Delarozière et al [10] la morbidité nous renseigne sur les maladies qui ne se terminent pas par un décès.

Pour ces auteurs, il faut distinguer :

- La morbidité ressentie qui est l'ensemble des affections ou troubles ressentis et interprétés par les individus, dont un sous-ensemble constitue la morbidité déclarée.
- La morbidité diagnostiquée qui est l'ensemble des affections diagnostiquées par un médecin. Elle n'est pas directement superposable à la morbidité ressentie.

- la morbidité infraclinique qui recouvre l'ensemble des affections dont on ne peut encore déceler l'existence, faute de signes cliniques ou de moyens d'investigation suffisamment sensibles ;

L'ensemble constitue la morbidité réelle, comprenant la totalité des affections existant chez un individu, connues ou non de lui, diagnostiquées ou non.

1.2.2. Indicateurs de morbidité

1.2.2.1. Prévalence hospitalière

Elle traduit la fréquence d'une affection donnée dans un service donné.

$$\textbf{Prévalence} = \frac{\text{Nombre de cas d'une affection donnée pendant une période t}}{\text{Nombre total de malades hospitalisés pendant la période t}}$$

1.2.2.2. Les autres indicateurs

Nous nous contentons de citer les principaux indicateurs qui sont plutôt importants pour les enquêtes épidémiologiques. Il s'agit du :

- taux d'incidence cumulé
- taux d'incidence instantané (densité d'incidence)
- taux d'attaque
- Prévalence instantanée
- prévalence de période

1.3. Mortalité

1.3.1. Définition

Selon l'OMS [11] :

- la mortalité est le nombre de décès dans une population donnée pendant une période donnée.
- le taux de mortalité est le résultat du nombre de décès au cours d'une période donnée rapporté au nombre d'habitants d'un territoire donné.

Manuila et al [9] définissent la mortalité comme étant la fréquence des décès pendant une période donnée par rapport à la population totale (malade et non malade) dans laquelle ils vivent.

1.3.2. Taux brut de mortalité (TBM)

C'est le nombre de décès pour 1000 habitants durant un an, calculé en divisant le nombre de décès enregistrés durant une année par la population moyenne de cette même année, le résultat étant multiplié par 1000.

$$\textbf{TBM} = \frac{\text{Nombre de décès dans une population donnée pendant une période t}}{\text{Effectif moyen de cette population pendant la période t}}$$

Le taux de mortalité s'exprime en %.

1.3.3. Taux de mortalité spécifique pour un sous-groupe particulier

C'est le résultat du nombre de décès dans le sous-groupe pendant une période t sur l'effectif moyen du sous-groupe pendant la même période t.

1.3.4. Taux de mortalité pour une cause donnée

C'est le nombre de décès dus à une cause C dans une population pendant une période t sur l'effectif moyen de cette population pendant la même période t.

1.3.5. Taux proportionnel de mortalité (TPM)

C'est la proportion d'une cause de décès dans la mortalité générale.

$$\textbf{TPM} = \frac{\text{Décès dus à la cause C dans une période t}}{\text{Effectif total des décès dans une population pendant la période t}}$$

1.4. Létalité

1.4.1. Définition

La létalité est le risque pour une maladie d'être mortelle.

Garnier et al [12] la définit comme le caractère de ce qui est mortel.

1.4.2. Taux de létalité

C'est le résultat du nombre de décès dus à une pathologie p pendant une période t divisé par le nombre de personnes atteintes de la même pathologie pendant la même période.

$$\mathbf{TL} = \frac{\text{Nombre de décès dus à une affection donnée pendant une période t}}{\text{Nombre de personnes atteintes de cette affection pendant la période t}}$$

Il mesure la gravité d'une maladie en termes de mortalité. Il mesure également l'efficacité de la prise en charge de cette maladie.

1.5. Autres définitions

1.5.1. Espérance de vie à la naissance :

Nombre moyen d'années que vivrait un nouveau-né si les caractéristiques de la mortalité de la population au moment de sa naissance demeuraient les mêmes tout au long de sa vie.

1.5.2. Durée moyenne de séjour (DMS)

Elle traduit la durée moyenne de l'hospitalisation dans un service

$$\mathbf{DMS} = \frac{\text{Journées totales d'hospitalisation}}{\text{Nombre de malades hospitalisés}}$$

1.6. Les activités de la clinique universitaire d'hépato gastroentérologie

La CUHGE comme toute unité de soins universitaire est chargée du traitement, de la promotion des soins, de la formation, de la prévention et de la recherche en Hépato-Gastroentérologie. Elle reçoit en consultation et en hospitalisation les patients atteints de maladies du tube digestif, du foie et du pancréas. Les

activités de prise en charge des patients hospitalisés concernent essentiellement les patients présentant une cirrhose décompensée, un cancer du foie et des hémorragies digestives. Au niveau du centre d'explorations, des activités de consultation et de traitement ambulatoire des hépatites, des chimiothérapies ambulatoires et des endoscopies digestives sont réalisées.

2. CADRE ET METHODES D'ETUDE

Cette étude est mono centrique et s'est déroulée au Bénin dans la clinique universitaire d'hépato-gastroentérologie (CU-HGE) du Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM) de Cotonou.

2.1. Aperçu sur la République du Bénin

2.1.1. Géographie physique

Située en Afrique occidentale, la République du Bénin couvre une superficie de 114763Km^2. Elle est limitée au Nord par le Niger, au Nord-Ouest par le Burkina-Faso à l'Ouest par le Togo, à l'est par Nigéria et au sud par l'Océan Atlantique avec une façade maritime de 120km. Son relief est peu accidenté et constitué d'une bande côtière sablonneuse suivie des deux zones de plateau massif de l'Atacora au Nord où tous les fleuves prennent leur source.

Le Bénin connait trois principales zones climatiques :

- au Sud, un climat subéquatorial caractérisé par deux saisons pluvieuses (avril à juillet et octobre à novembre) et deux saisons sèches (août à septembre et décembre à mars).La température est relativement élevée avec de faibles variations (entre 24°C et 32°C). Les hauteurs de pluies sont comprises entre 900 et 1480 mm avec une moyenne annuelle de 1200 mm
- au centre, un climat tropical semi-humide avec une pluviométrie annuelle comprise entre 1000 et 1200 mm.
- au Nord, un climat tropical, humide avec une saison de pluie qui s'étend de mai à octobre et une saison sèche qui va de novembre à avril ; la pluviométrie annuelle est comprise entre 900 et 1300 mm. Dans la chaine de l'Atacora, l'altitude rend les orages plus fréquents et les températures plus basses.

Cette climatologie influence sensiblement la situation sanitaire nationale caractérisée par des pathologies tropicales variées avec une prédominance des affections endémo-épidémiques.

Deux grands bassins irriguent le Bénin : le bassin du Niger qui est arrosé par trois (03) fleuves à savoir le Mékrou, la Sota et l'Alibori ; et le bassin côtier qui est beaucoup plus arrosé par les fleuves Ouémé, Couffo, Mono. Tous les fleuves du bassin côtier se jettent dans la mer.

Le plus long fleuve du pays est l'Ouémé.

La végétation est caractérisée par deux éléments :

- la végétation des régions soudanaises qui est présente dans le Nord avec une savane arborée, et
- la végétation dégradée du sud du Bénin qui s'étend de la cote jusqu'à la latitude de Setto dans le Zou.

Sur le plan administratif, le Bénin comporte 12 départements depuis le 15 janvier 1999. Ce sont : l'Alibori, l'Atacora, l'Atlantique, le Borgou, les Collines, le Couffo, la Donga, le littoral, le Mono, l'Ouémé, le Platéau, le Zou. Ces départements sont divisés en soixante-dix-sept (77) communes et villes à statut particulier. Ces derniers sont subdivisés en 546 arrondissements comportant des villages et quartiers de ville.

2.1.2. Démographie

Selon le quatrième recensement général de la population et de l'habitation en 2013, la population résidente au Bénin est de 10.008.749 habitants avec une densité de 87,2 habitants/km^2.

Cette population est de 51,2% de femmes et de 48,8% d'hommes. Les sujets de 18ans et plus représentent 47, 3% de cette population.

Le taux moyen d'accroissement démographique est de 3,5%.

La population béninoise se caractérise par une pluralité d'ethnies et de langues (une cinquantaine d'ethnies) reparties sur les aires géographiques bien déterminées.

2.2.3. Situation sanitaire nationale

Les infrastructures sanitaires publiques se répartissent sur le territoire national selon une pyramide à trois (3) niveaux.

Au niveau central, on retrouve :

- le Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert K.MAGA (CNHU HKM) de Cotonou
- le Central National de Pneumo-phtisiologie (CNHPP)
- le Centre de Neuropsychiatrie
- le laboratoire National d'Analyses Biomédicales
- le Centre Hospitalier Universitaire de la mère et de l'enfant (Lagunes)

Au niveau intermédiaire, on distingue les Centres hospitaliers Départementaux (CHD).

Au niveau périphérique de la pyramide sanitaire, on distingue :

- les hôpitaux de zone
- les centres de santé de commune
- les centres de Santé d'Arrondissement et les unités villageoises de santé qui sont les plus périphériques.

Il existe également les formations sanitaires privées dont la plupart se retrouve dans les grandes villes comme Cotonou, Porto-Novo, Parakou.

2.2. Présentation de la ville de Cotonou

La ville de Cotonou, située dans le département du littoral, est une région côtière dans sa zone méridionale par l'Océan Atlantique. Elle est située au sud du pays et subit donc un climat subéquatorial. C'est une ville cosmopolite dans laquelle

se rencontrent toutes les ethnies du Bénin à des pourcentages divers ainsi que des ressortissants des pays étrangers limitrophes ou autres pays enclavés.

Sur le plan démographique, la ville de Cotonou a selon le recensement de 2013, une population de 679.012 habitants pour une superficie de 79km^2 (RGPH).

Sur le plan des infrastructures sanitaires, la ville de Cotonou abrite le Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert K. MAGA qui est le centre national de référence faisant aussi office de centre national départemental pour les départements de l'Atlantique et du Littoral. Le CNHU-HKM concentre un nombre important de médecins spécialistes du Bénin en plus des enseignants de la Faculté des Sciences de la Santé (FSS) de Cotonou.

Outre le CNHU, Cotonou regorge de plusieurs formations sanitaires confessionnelles, associatives et communautaires.

2.3. Le CNHU-H.K.M de Cotonou

Créé en 1962 par la loi N°62-32 du 30 Octobre sous le nom « hôpital 350 lits », il est l'hôpital de référence du Bénin. Il est devenu autonome en 1963. Par le décret N°490 du 21 décembre 1966, il a changé de statut et devint le Centre National hospitalier. Avec la création de l'Université Nationale du Bénin (UNB), il est érigé par le décret N°73/008 du 10 Janvier 1973, Centre National Hospitalier et Universitaire afin de permettre aux étudiants en médecine de l'UNB d'y faire leur stage pratique. Le décret N°91-077 du 13 Mai 1991 lui a conféré le statut d'office à caractère social et scientifique. Il sera rebaptisé Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga le 3 Décembre 2001(CNHU-HKM). Le CNHU-HKM est au sommet de la pyramide sanitaire du Bénin.

Il est situé au sud de la ville de Cotonou.

Il est limité : au Sud par la Présidence de la République de laquelle il est séparé par l'avenue Jean-Paul II ; au nord et à l'Est par le camp militaire Guézo ; à

l'Ouest par le Ministère de la défense, l'INMeS, la Faculté des Sciences de la Santé (FSS) et l'Institut des Sciences Biomédicales Appliquées (ISBA).

Il s'agit en fait d'un hôpital pavillonnaire implanté sur un terrain qui s'étend sur 10 hectares.

Le CNHU-HKM a pour mission de :

- faire les investigations cliniques et paracliniques concourant au diagnostic des pathologies complexes,
- traiter les cas médicaux les plus complexes,
- assurer la formation pratique des agents de santé de différentes catégories

L'effectif total du personnel en 2014 est de 992 agents répartis selon les catégories suivantes : 75 médecins, 279 infirmiers, 33 sages-femmes ,70 aides-soignants, 154 personnels administratifs et 381 autres personnels divers.

2.3.1. La clinique universitaire d'hépato-gastroentérologie

La CU-HGE se situe dans le bloc de médecine, plus précisément en médecine B, dans le même bâtiment que les services de neurologie et d'endocrinologie, elle accueille les malades non seulement des différentes régions du Bénin mais aussi des pays voisins.

Elle dispose de ressources matérielles et de ressources humaines.

2.3.1.1. Les infrastructures

Le secteur d'hospitalisation qui comprend :

- 2 salles de 7 lits et une salle de 2 lits. Donc une capacité totale de 16 lits ;
- 4 salles de garde : 1 pour les stagiaires internés, 1 pour les stagiaires externes, 1 pour les infirmiers et 1 pour les aides-soignants.

Le centre d'explorations digestives : situé en face de la salle d'accouchement de la Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique (CUGO). Il est érigé dans un bâtiment à 2 étages. Il comporte :

- Une salle de consultation
- Une salle d'endoscopie
- Une salle d'échographie
- Une salle de soins et de mise en observation
- Une salle de rangement
- 4 bureaux
- Un secrétariat
- Une salle de cours

2.3.1.2. Ressources humaines

Le personnel du service est composé de :

- 01 professeur titulaire d'Hépato-gastroentérologie ;
- 01 maître-assistant ;
- 01 assistant
- 01 praticien hospitalier hépato-gastroentérologue ;
- 01 surveillant ;
- 01 secrétaire ;
- 04 infirmiers ;
- 04 aides-soignants.

2.4. Méthode d'étude

2.4.1. Type d'étude et période d'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive et analytique, avec un recueil rétrospectif de données.

Elle a couvert une période de cinq (5) ans, allant du 1er janvier 2015 au 31 décembre 2019.

2.4.2. Population d'étude

L'étude a porté sur les dossiers médicaux de tous les patients admis (en consultation et en hospitalisation) à la clinique universitaire d'hépato gastroentérologie durant la période définie.

2.4.2.1. Echantillonnage

Il s'agissait d'un recensement exhaustif de tous les patients admis dans le service entre 2015 et 2019. L'échantillonnage a été exhaustif. En effet, tous les patients admis dans le service entre 2015 et 2019 et respectant les critères d'inclusion ont été retenus dans l'étude.

2.4.2.2. Critères d'inclusion :

Etaient inclus tous les patients admis à la clinique universitaire d'hépato gastroentérologie du CNHU-HKM de Cotonou durant la période d'étude.

2.4.2.3. Critères d'exclusion

Etaient exclus de l'étude, les patients :

- qui avaient un dossier incomplet et qui n'ont pas pu être revus pour compléter le recueil d'information.
- dont le devenir après leur hospitalisation est inconnu du personnel

2.4.2.4. Critères de non inclusion

N'étaient pas inclus dans l'étude, les patients suivis dans les autres services de médecine autre que la CU-HGE au CNHU-HKM.

2.4.3. Variables étudiées

2.4.3.1. Variables dépendantes

- Morbidité : nombre de personnes malades dans une population déterminée à une période donnée. On distingue habituellement plusieurs types de morbidité : morbidité diagnostiquée, morbidité ressentie, morbidité infraclinique et la morbidité réelle.

Il s'agirait de la morbidité diagnostiquée qui correspond aux affections diagnostiquées et traitées par les spécialistes du service chez les patients.

- **Méthodes de diagnostic dans le service**
  - Les malades à hospitaliser sont reçus par une équipe composée de stagiaires internés (6ème année de médecine générale), d'infirmiers et d'aides-soignants. Tous les patients reçus sont examinés au moins par un médecin du service et les dossiers sont discutés au staff médical. Parfois le diagnostic principal n'est affiné qu'après plusieurs jours ou semaines. Un diagnostic principal est retenu pour chaque patient et parfois des diagnostics associés qui sont secondaires. Concernant les malades en consultation, ils bénéficiaient d'un examen clinique d'un médecin du service puis des explorations paracliniques (biochimie, sérologie, microbiologie, hématologie, immunologie, imagerie médicale et autres explorations fonctionnelles) pour étayer les hypothèses et aboutir au diagnostic définitif.

- **Détermination de la morbidité**
  - Dans le décompte des maladies, nous avons pris en compte le diagnostic principal et les diagnostics secondaires. Ceci a fait que le nombre de diagnostic dépasse le nombre de malades, un malade pouvant présenter plusieurs diagnostics.

- Mortalité : nombre de décès dans une population pendant une période donnée.
  - **Identification des causes de décès**
    - A défaut d'autopsie, nous avons considéré comme cause de décès le diagnostic principal. Il s'agit en effet de la cause initiale de décès (l'affection à l'origine du processus létal), en sachant qu'il peut exister d'autres diagnostics secondaires ou états morbides associés au décès (les autres affections ayant contribué au décès) ou une cause immédiate de décès (l'affection terminale entrainée par la cause initiale).

2.4.3.2. Variables indépendantes

- **Relatives aux Caractéristiques sociodémographiques**

Il s'agissait : du nom, des prénoms, de la date/âge et lieu de naissance, du sexe, d'ethnie, de la nationalité, de la profession, de la situation matrimoniale, du niveau d'instruction, de la religion.

- **Relatives aux caractéristiques cliniques**
  - **Antécédents personnels médico-chirurgicaux**

Nous avions cherché les antécédents d'HTA, de diabète, d'ulcère gastrique et/ duodénal, de maladies hépatiques, de pathologies tumorales, d'intervention chirurgicales, d'hospitalisation antérieure, de maladies hémorroïdaires, d'obésité, de dysthyroïdie, de la tuberculose pulmonaire ou extra-pulmonaire

- **Antécédents familiaux**

Nous nous étions intéressés aux antécédents d'HTA, de diabète, d'ulcère gastrique et/ duodénal, de maladies hépatiques, de pathologies tumorales, d'intervention chirurgicales, d'hospitalisation antérieure, de maladies hémorroïdaires, d'obésité, de dysthyroïdie, de la tuberculose pulmonaire ou extra-pulmonaire.

- **Relatives à l'enquête sociale**

Nous avions recherché la consommation d'alcool, de tabac.

- **Relatives aux manifestations cliniques**
  - **Signes fonctionnels**
    - ✓ Douleur abdominale, augmentation du volume de l'abdomen, douleur anale ;
    - ✓ Hémorragie digestive (hématémèse-mélaena-rectorragie), dysphagie, éructations, flatulence, vomissement, diarrhée, toux, pyrosis, prurit.
  - **Signes généraux**
    - ✓ Poids, taille, IMC, température, tension artérielle, appréciation de l'état général avec l'indice de performance OMS, asthénie, anorexie, amaigrissement.
  - **Signes physiques**

Signes d'Insuffisance hépatocellulaire (IHC), splénomégalie, masse abdominale, ascite, adénopathies, tuméfaction de la marge anale/marisques.

- **Relatives aux examens paracliniques**
  - **Biologie**
    - ✓ Bilan biologique d'exploration fonctionnel du foie
    - ✓ Bilan lipidique
    - ✓ Bilan rénal
    - ✓ Bilan thyroïdien

- ✓ Examen du liquide d'ascite
- ✓ Marqueurs tumoraux, NFS
- ✓ Biopsie + examen histologique

- **Imagerie médicale**

ASP, échographie abdominale, TDM abdominale, IRM abdominale, TOGD Endoscopies digestives, CPRE.

- **Relatives aux traitements**
  - ✓ Symptomatiques
  - ✓ Palliatifs : chirurgie, radiothérapie
  - ✓ Curatifs : chirurgie ou non, radiothérapie.
- **Relatives à l'évolution**
  - ✓ Favorable, exéat
  - ✓ Sortie contre avis médical
  - ✓ Défavorable, décès.
- **Relatives à suivie**
  - ✓ Durée d'hospitalisation
  - ✓ Délai de suivie

2.4.4. Collecte des données

2.4.4.1. Sources techniques

Les données provenaient : de l'exploitation des dossiers des patients, du dépouillement des registres d'hospitalisation et de consultation.

2.4.4.2. Outils de collecte de données

Pour la collecte nous avons utilisé une fiche d'enquête conçu et validé pour l'étude.

2.4.4.3. Déroulement de la collecte

Le premier volet, intéressait les dossiers des patients admis à la clinique universitaire d'hépato-gastroentérologie du CNHU-HKM de Cotonou durant la période d'étude.

Le deuxième et dernier volet était transversal, au cours duquel les patients ou les proches des patients étaient contactés pour avoir une précision sur le statut vital des patients dont l'information n'était pas précisée dans le dossier médical.

2.4.4.4. Equipe d'enquête

Le remplissage des fiches d'enquête a été fait par nous-mêmes et 5 étudiants de 4^{eme} et 5^{eme} année de médecine générale.

2.4.5. Traitement et analyse des données

L'analyse des données a été réalisée avec le logiciel de statistique Ep. Info 7.2.1.0. Le logiciel Microsoft Word 2013 a été utilisée pour la saisie de la thèse et Excel 2013 pour l'organisation des données sous forme de tableaux et de graphiques. Lors de l'analyse, les paramètres quantitatifs ont été regroupés en classes et présentés sous forme de moyenne +/- écart-type tandis que les paramètres qualitatifs ont été présentés par effectif suivi de pourcentage. Le test Khi2 a été utilisé pour la comparaison des variables qualitatives. Les valeurs p inf à 5% sont considérée comme statistiquement significatives.

2.4.6. Considération éthique

Le travail a été réalisé dans le strict respect des règles déontologiques et des règles hiérarchiques. Ainsi, nous nous sommes assurés, avant le début du travail d'obtenir les autorisations administratives du CNHU-HKM et de la CU-HGE. Les fiches d'enquête ont été remplies dans l'anonymat à l'aide d'un code d'identification. La confidentialité des données recueillies avait été ainsi assurée.

3. RESULTATS

3.1. Caractéristiques générales de la population d'étude

Au total, sur les 5ans (de 2015 à 2019), deux milles six cent soixante (2660) malades ont été suivis dans la CU-HGE du CNHU-HKM. Deux milles quatre cent vingt (2420) dossiers répondaient aux critères d'inclusion et ont constitué notre échantillon soit 90,0% des patients. Le diagramme 1 montre le flux des patients reçus à la CU-HGE du CNHU-HKM de Cotonou entre 2015 et 2019.

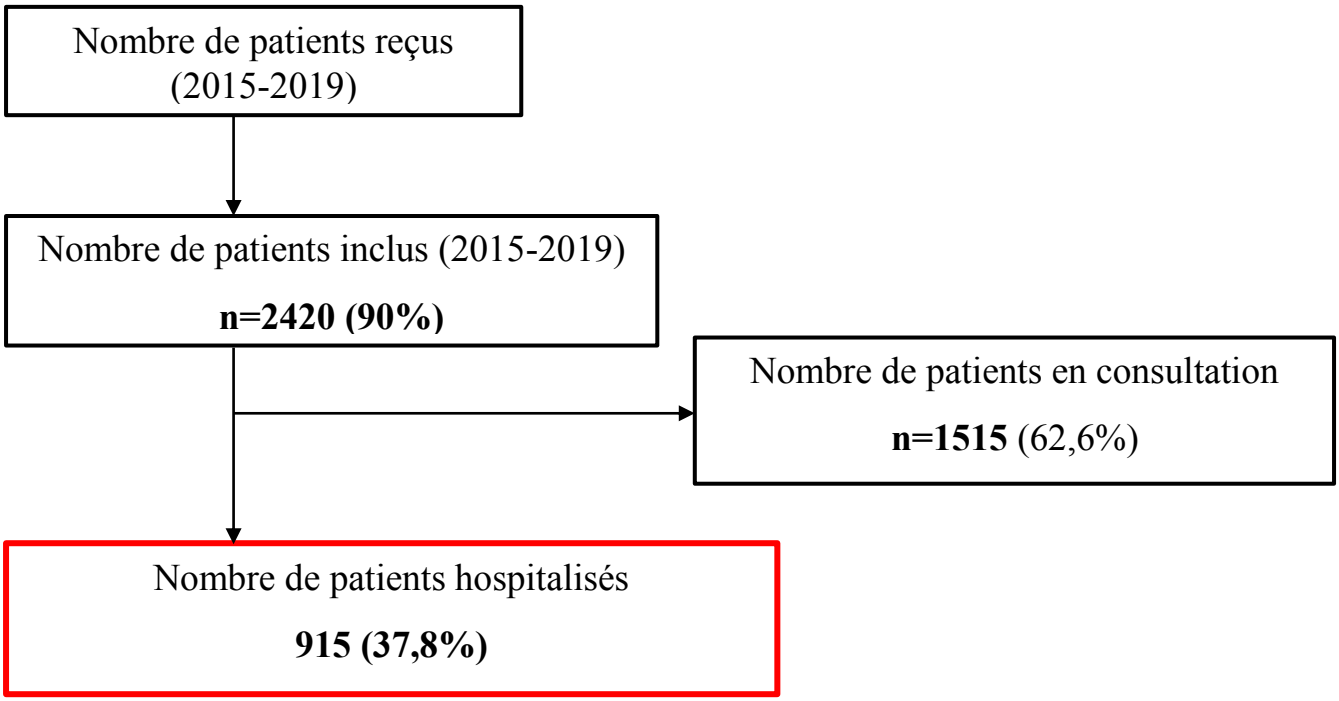


Diagramme 1: Flux des patients reçus à la CU-HGE du CNHU-HKM de 2015 et 2019.

3.1.1. Données sociodémographiques

- **Consultation externe**

Le sexe masculin représentait 56% des patients avec une sex-ratio à 1,3.

L'âge moyen des patients était de 44±0,7ans avec un âge médian de 44ans et les extrêmes de 9ans à 90. La fréquence maximale était observée entre 41 et 50ans (28%). On y retrouvait les patients de nationalité Béninoise (96,9%), ceux d'ethnies Fon (47,1%) et les sujets mariés (86,2%). Environ 39,9% des sujets étaient non scolarisés, 85,6% pratiquaient le christianisme, 48,1% étaient des cadres supérieurs, et 33,4%vivaient à Cotonou.

- **Hospitalisation**

Le sexe masculin représentait 70,3% des patients reçus en hospitalisation, une sex-ratio à 2,4.

L'âge moyen des patients était de 50±1,0ans avec un âge médian de 52ans et les extrêmes de 17ans à 89ans. La fréquence maximale était observée entre 51 et 60ans (22,4%). On y retrouvait majoritairement les patients de nationalité Béninoise (98,3%), ceux d'ethnies Fon (44,2%) et les sujets mariés (84,4%). Environ 40,1% des sujets avaient un niveau d'instruction supérieur ; 81,6% pratiquaient le christianisme et 40,4% étaient des artisans/ouvriers et 42,8% vivaient à Cotonou.

Les tableaux I, II, III et IV montrent la distribution des patients en fonction des données sociodémographiques.

Tableau I: Répartition des patients en fonction des caractéristiques sociodémographiques : sexe, nationalité, ethnie.

	Consultation		Hospitalisation	
	Effectifs	Pourcentages (%)	Effectifs	Pourcentages (%)
Sexe				
Masculin	841	56,0	643	70,3
Féminin	664	44,0	272	29,7
Age (ans)				
≤ 20	29	1,9	13	1,4
21 – 30	180	12	96	10,5
31 – 40	361	24	149	16,3
41 – 50	422	28	178	19,5
51 – 60	265	17,6	205	22,4
61 – 70	182	12,1	192	21
71 – 80	48	3,2	68	7,4
> 80	10	0,7	11	1,2
Non renseigné	8	0,5	3	0,3
Nationalité				
Béninoise	1459	96,9	899	98,3
Nigérienne	15	1	1	0,1
Togolaise	9	0,8	0	0,0
Nigériane	9	0,8	2	0,2
Congolaise	6	0,5	1	0,1
Malienne	0	0	1	0,1
Non renseigné	0	0	11	1,2
Ethnie				
Fon	709	47,1	404	44,2
Yoruba	198	13,2	126	13,8
Goun	145	9,6	138	15,1
Mina	86	5,7	43	4,7
Dendi	35	2,3	19	2,1
Bariba	41	2,7	22	2,4
Ditamari	3	0,2	0,0	0,0
Autre	285	18,9	161	17,6
Non renseigné	3	0,5	1	0,1

Tableau II: Répartition des patients en fonction des caractéristiques sociodémographiques : situation matrimoniale, niveau d'étude, religion, profession.

	Consultation		Hospitalisation	
	Effectifs	Pourcentages (%)	Effectifs	Pourcentages (%)
Situation matrimoniale				
Célibataire	139	9,2	75	8,2
Marié	1298	86,2	772	84,4
Divorcé	9	0,6	6	0,7
Veuf(ve)	52	3,5	49	5,4
Non renseigné	7	0,5	12	1,3
Niveau d'étude				
Primaire	155	10,3	196	21,4
Supérieur	512	34,0	367	40,1
Secondaire	213	14,2	194	21,2
Non scolarisé	600	39,9	103	11,3
Non renseigné	25	1,6	55	6,0
Religion				
Christianisme	1286	85,6	747	81,6
Islam	208	13,8	128	14,0
Religions endogènes	5	0,3	33	3,6
Aucun	1	0,1	3	0,3
Autre	1	0,1	3	0,3
Non renseigné	4	0,4	1	0,1
Profession				
Sans emploi	1	0,1	15	1,6
Elève/étudiant	136	9,0	37	4,0
Ménagère	102	6,8	110	12,0
Cadres supérieurs	629	41,8	215	23,5
Artisans/ouvriers	193	12,8	370	40,4
Cadres moyens	105	7,0	75	8,2
Commerçants	338	22,4	9	9,8
Non renseigné	1	0,1	5	0,5

Tableau III: Répartition des patients reçu en consultation selon la localité de provenance.

	Effectifs	Pourcentages (%)
Cotonou	503	33,4
Abomey-Calavi	455	30,2
Porto-Novo	157	10,4
Non renseigné	146	9,7
Djougou	30	2,0
Ouidah	24	1,6
Bohicon	19	1,3
Akpo-Missérété	15	1,0
Sèmè-poji	15	1,0
Aplahoue	15	1,0
Dassa	13	0,9
Sakété	12	0,8
Tchaorou	11	0,7
Parakou	11	0,7
Lokossa	9	0,6
Bopa	9	0,6
Come	6	0,4
Lagos	6	0,4
Allada	5	0,3
Bantè	3	0,2
Bassila	3	0,2
Glazoue	3	0,2
Grand popo	3	0,2
Hervié	3	0,2
Ifagni	3	0,2
Kandi	3	0,2
Kétou	3	0,2
Klouekamey	3	0,2
Possotomè	3	0,2
Savalou	3	0,2
Save	3	0,2
Tori	3	0,2
Zè	3	0,2
Glodjigbe	1	0,06
Total	1505	100

Tableau IV: Répartition des patients reçu en hospitalisation, selon la localité de provenance.

	Effectifs	Pourcentages (%)
Cotonou	392	42,8
Calavi	242	26,4
Porto-Novo	134	14,6
Djougou	21	2,3
Aplahoue	18	2,2
Parakou	13	1,4
Ouidah	12	1,31
Allada	9	1,0
Sakété	9	1,0
Bohicon	8	0,9
Comè	8	0,9
Lokossa	8	0,9
Glazoue	7	0,8
Dassa	5	0,6
So-ava	5	0,6
Non renseigné	4	0,4
Covè	3	0,3
Kétou	2	0,21
Djakotomey	1	0,1
Klouekamey	1	0,1
Kouande	1	0,1

Tableau IV : Répartition des patients reçu en hospitalisation, selon la ville de provenance. (Suite)

	Effectifs	Pourcentages (%)
Lagos	1	0,1
Lalo	1	0,1
Missérété	1	0,1
Natitingou	1	0,1
Pobè	1	0,1
Savalou	1	0,1
Savè	1	0,1
Sehoue	1	0,1
Sèmè-poji	1	0,1
Zè	1	0,1
Total	915	99,9

3.1.2. Antécédents et Comorbidités

3.1.2. Antécédents

Les antécédents personnels les plus fréquents étaient l'hépatite virale B trouvée chez 673 patients (27,8%), l'HTA chez 264 patients (10,9%) et l'hépatite virale C chez 145 patients (6%). Le tableau V présente la répartition des patients en fonction des antécédents personnels.

Tableau V: Répartition des patients selon les antécédents personnels et comorbidités à la CUHGE du CNHU de 2015 à 2019.

	Effectifs	Pourcentages (%)
Hépatite B	673	27,8
HTA	264	10,9
Hépatite C	145	6,0
Diabète (type 2)	85	3,5
ATCD personnel de cancers	41	1,7
PVVIH	31	1,3
Epigastralgie	30	1,2
Notion d'hospitalisation antérieure pour le même problème	28	1,2
Obésité androïde	18	0,7
AVC	16	0,6
Asthme	14	0,5
Insuffisance rénale	13	0,5
Dysthyroïdie	11	0,4
Syndrome métabolique	8	0,3
Hernie discale	8	0,3
Drépanocytose SS	7	0,3
Insuffisance cardiaque	6	0,2
Tuberculose pulmonaire	5	0,2
Epilepsie	5	0,2
Goître	5	0,2
Gastrectomie	5	0,2

Les antécédents familiaux les plus fréquents étaient l'HTA chez 54 patients (2,2%) et le diabète chez 25 patients (1%). Le tableau VI montre la distribution des patients en fonction des antécédents familiaux.

Tableau VI: Répartition des patients selon les antécédents familiaux.

	Effectifs	Pourcentages (%)
HTA	54	2,2
Diabète	25	1,0
HVB	20	0,8
AVC	15	0,6
Cancer	13	0,5
Cirrhose du foie	10	0,4
Asthme	10	0,4
Arthrose	5	0,2
Insuffisance rénale chronique	5	0,2

3.1.3. Mode de vie

Une consommation d'alcool chez 6,6% des patients et/ou du tabac chez 2,4% des patients. La proportion des sujets qui avaient un tabagisme actif était de 57,9%. Le tableau VII montre la répartition des patients en fonction du type de tabagisme.

Tableau VII: Répartition des patients selon le type de tabagisme.

	Effectifs	Pourcentages (%)
Actif	33	57,9
Non précisé	21	36,8
Passif	3	05,3
Total	57	100,00

3.1.4. Type d'admission

Pour les admissions, environ 75,5% de nos patients venaient d'eux-mêmes contre 24% des sujets qui étaient référés d'autres structures sanitaires. La figure 1 présente la répartition des patients en fonction du type d'admission

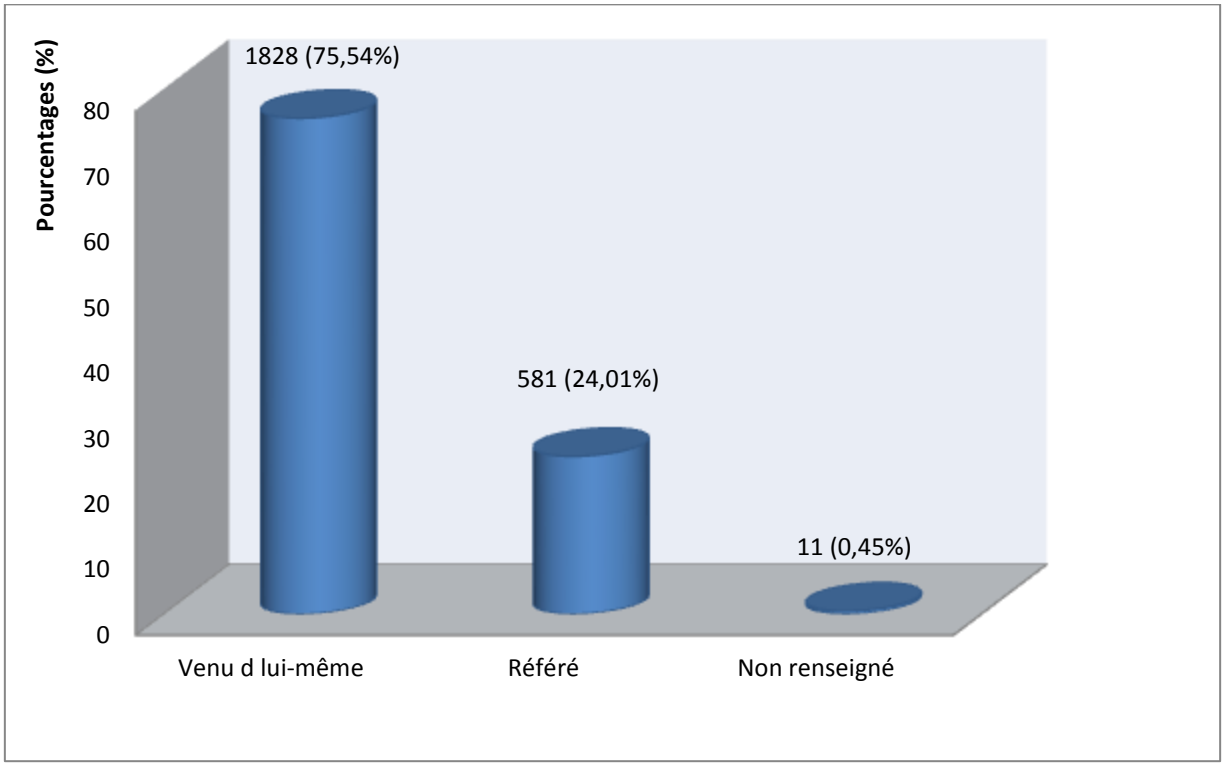


Figure 1: Répartition des patients selon le mode d'admission à la CUHGE du CNHU de 2015 à 2019.

3.1.5. Provenance des patients référés.

Parmi nos patients référés, 90% étaient référés par un médecin généraliste et 81,9% provenaient des structures sanitaires publiques. Le tableau VIII montre la distribution des patients référés en fonction du profil du référent et la structure de provenance.

Tableau VIII: Répartition des patients selon le profil du référent et de la structure de référence à la CUHGE du CNHU de 2015 à 2019.

	Effectifs	Pourcentages (%)
Profile du référent		
Médecin généraliste	523	90,0
Médecin HGE	41	07,0
Autres spécialistes	17	02,9
Structure de référence		
Structure publique	476	81,9
Structure privée	97	16,7
Non renseigné	08	01,4

3.2. Données cliniques

3.2.1. Délai de consultation

Le délai moyen d'évolution avant la première consultation chez les patients reçus en consultation externe était de ***173,5 ±27,06 jours***. La durée médiane était de ***60 jours*** et les extrêmes de ***1*** et ***16896 jours***. En hospitalisation, il était de ***154,57 ±77,83 jours***. La valeur médiane était de ***30 jours*** et les extrêmes de ***0*** et ***16896 jours.***

3.2.2. Motifs d'entrée

Les douleurs abdominales étaient le premier motif de consultation retrouvés chez 912(37,7%) suivis d'une altération de l'état générale chez 464(19,2%). Le tableau IX présente la répartition des patients en fonction des motifs de consultation.

Tableau IX: Répartition des patients selon le motif de consultation à la CU-HGE du CNHU-HKM de Cotonou de 2015 à 2019.

	Effectifs	Pourcentages (%)
Douleurs abdominales	912	37,7
Altération de l'état général	464	19,2
Augmentation du volume de l'abdomen	407	16,8
Hémorragie digestive	209	8,6
Ictère	113	4,7
Dysphagie	68	2,8
Douleurs anales	49	2,0
Vomissement	40	1,6
Constipation	24	1,0
Masse abdominale	21	0,9
Diarrhée	18	0,7
Pyrosis	14	0,6
Asthénie	13	0,5
Hoquet	9	0,37
Flatulence	6	0,2
Adénopathie	5	0,2
Autres	19	0,8
Non renseigné	29	1,0
Total	2420	100

3.2.3. Signes fonctionnels et généraux.

- **Consultation externe**

Les patients présentaient majoritairement sur le plan général la triade symptomatique : asthénie (52,8%), anorexie (34,1%) amaigrissement (30,3%). Les signes fonctionnels prédominants étaient la douleur abdominale (48,3%) et les vomissements (9,4%).

- **Hospitalisation**

On retrouvait l'asthénie chez 776(84,6%) patients, l'anorexie chez 733(80,1%) patients et l'amaigrissement chez 715 patients (78,1%). Les signes fonctionnels prédominants étaient les douleurs abdominales (50,7%), les vomissements (23,5%). Le tableau X montre la répartition des patients en fonction des signes fonctionnels et généraux.

Tableau X: Répartition des patients selon les signes fonctionnels et généraux à la CU-HGE du CNHU-HKM de Cotonou de 2015 à 2019.

	Consultation		Hospitalisation	
	Effectifs	Pourcentages (%)	Effectifs	Pourcentages (%)
Asthénie	795	52,8	776	84,8
Anorexie	513	34,1	733	80,1
Amaigrissement	456	30,3	715	78,1
Douleurs abdominales	727	48,3	464	50,7
Fièvre	75	5,0	215	23,5
Vomissements	142	9,4	214	23,4
Toux	23	1,5	88	09,6
Prurit	22	1,5	41	04,5
Signes d'état de choc	3	0,2	6	00,7
Dénutrition	6	0,4	21	02,3

La majorité des sujets qui présentaient une altération de l'état général avaient une IP OMS≥ 2 (85,6%). Le tableau XI montre la répartition des patients selon l'IP OMS.

Tableau XI:Répartition des patients selon l'IP-OMS.

	Effectifs	Pourcentages (%)
0	50	6,2
1	66	8,2
2	385	46,0
3	227	28,3
4	75	9,3
Total	803	100,0

3.2.4. Signes physiques

En consultation, 70% des patients avaient un examen physique normal.

En hospitalisation, les principaux signes physiques retrouvés étaient l'hépatomégalie chez 531(21,9%) patients et l'ascite chez 530(21,9%) patients. Le tableau XII présente la distribution des patients en fonction des signes physiques.

Tableau XII: Répartition des patients selon les signes à l'examen physique.

	Effectifs	Pourcentages (%)
Hépatomégalie	531	21,9
Ascite	530	21,9
Signes d'insuffisance hépatocellulaire	272	11,2
Splénomégalie	233	9,6
Masse abdominale	192	7,9
Circulation veineuse collatérale	161	6,6
Adénopathie	71	2,9
OMI	26	1,1
Syndrome d'épanchement liquidien pleural	20	0,8
Plaie périnéale	11	0,4
Œdème	10	0,4
Râles crépitants	10	0,4
Autres	65	2,7

3.3. Données paracliniques

3.3.1. Examens biologiques

La NFS complète et le bilan rénal étaient les examens biologiques que la plupart des patients avaient pu réaliser. Le tableau XIII montre la distribution des patients en fonctions des examens biologiques.

Tableau XIII: Répartition des patients en fonction des données biologiques à la CU-HGE du CNHU-HKM de Cotonou de 2015 à 2019.

	Effectifs	Pourcentages (%)
NFS complète	1531	63,3
Bilan rénal	1114	46
Transaminase	1058	43,7
Ionogramme sanguin	1056	43,6
Ag HBs/Anticorps anti-VHC	1035	42,8
TP-TCK	962	39,8
Bilirubine total	926	38,3
Gamma-GT	902	37,3
Phosphatase alcaline	874	36,1
Glycémie à jeûn	793	32,8
Marqueurs tumoraux	321	13,3
Sérologie HIV	268	11,1
Electrophorèse des protéines sériques	266	11
Bilan lipidique	86	3,6
Lipasémie ou amylasémie	42	1,7
Biopsie et examens anatomopathologique	41	1,7
Bilan thyroïdien	39	1,6
Haptoglobine	19	0,8

3.3.2. Examens radiologiques

L'échographie abdominale était l'examen d'imagerie le plus réalisé par les patients. Le tableau XIV présente la répartition des patients selon les examens radiologiques.

Tableau XIV: Répartition des patients selon les examens radiologiques réalisés à la CUH-GE du CNHU-HKM de Cotonou de 2015 à 2019.

	Effectifs	Pourcentages (%)
Echographie abdominale	781	32,3
Scanner abdominal	244	10,1
ASP	53	2,2
TOGD	19	0,8
Radiographie pulmonaire	18	0,7
Angioscanner thoracique	10	0,4
IRM abdominale	6	0,2
Echo doppler des membres inf.	6	0,2
Echo doppler cardiaque	5	0,2
Echographie vésico-prostatique	5	0,2
Scintigraphie	1	0,04
ETT	1	0,04

3.3.3. Examens endoscopiques

L'EOGD était l'examen le plus réalisé par les patients dans une proportion de 20,4%. Le tableau XV présente la répartition des patients en fonction des examens endoscopiques.

Tableau XV: Répartition des patients selon les examens endoscopiques réalisés à la CU-HGE du CNHU-HKM de 2015 à 2019.

	Effectifs	Pourcentages (%)
EOGD	493	20,4
Coloscopie	54	2,2
Recto-sigmoïdoscopie	29	1,2
CPRE	15	0,6
Anuscopie	3	0,1

3.4. Etude de la morbidité

3.4.1. Diagnostics des patients

Les 2420 patients avaient totalisé 2957 diagnostics. Les hépatopathies chroniques étaient le groupe d'affection le plus fréquent. L'hépatite B (29,2%) était la pathologie la plus diagnostiquée, suivie de la cirrhose de foie (22,9%) (sans préjugé de l'étiologie) et du cancer primitif du foie (17,2). Notons également qu'un même patient pouvait avoir plusieurs diagnostics à la fois.

Le tableau XVI montre la distribution des patients en fonction des diagnostics.

Tableau XVI: Répartition des patients selon les diagnostics retenus à la CU-HGE du CNHU-HKM de Cotonou de 2015 à 2019.

	Effectifs	Pourcentages (%)
Hépatite B	706	29,2
Cirrhose du foie	554	22,9
Cancer primitif du foie	415	17,2
Ulcère gastrique/et ou duodénale compliqué ou non	300	12,4
Gastrite aigue ou chronique	283	11,7
Hépatite C	148	6,1
Reflux gastro-œsophagien	144	5,9
Maladie hémorroïdaire compliquée ou non	110	4,5
Cancer colorectal	110	4,5
Cancer secondaire du foie	88	3,6
Lithiase des voies biliaires	78	3,2
Tumeur de la tête du pancréas	68	2,8
Dyspepsie fonctionnelle	65	2,7
Cancer de l'estomac	52	2,2
Tuberculose péritonéale	40	1,6
Gastroentérite fébrile	24	1,0
Cholangiocarcinome	23	0,9
Troubles fonctionnels intestinaux	18	0,7
Encéphalopathie hépatique	17	0,7
Fissure anale	15	0,6
Cancer de l'œsophage	10	0,4
Hépatite aigue ou chronique	1	0,04
Autres	138	5,7

3.4.1.1. Diagnostics des patients en hospitalisation

La cirrhose du foie (43,5%) était la première pathologie motif d'hospitalisation suivie du cancer primitif du foie (34%). Le tableau XVII nous montre les répartitions des patients hospitalisés en fonction des diagnostics.

Tableau XVII: Répartition des patients reçu en hospitalisation, selon les diagnostics d'entré.

	Effectifs	Pourcentages (%)
Cirrhose de foie	398	43,5
Cancer primitif du foie	311	34
Hépatite B	184	20,1
Ulcère gastrique et ou duodénal compliqué	76	8,3
Cancer secondaire du foie	75	8,2
Tumeur de la tête du pancréas	48	5,2
Cancer colorectal	45	4,9
Hépatite C	41	4,5
Cancer de l'estomac	32	3,5
Maladie hémorroïdaire compliquée ou non	15	1,6
Reflux gastro-œsophagien	13	1,4
Gastrite aiguë ou chronique	11	1,2
Cancer de l'œsophage	4	0,4
Lithiase des voies biliaires	3	0,3
Sténose antro-pylorique	2	0,2
Troubles fonctionnels intestinaux	2	0,2
Hépatite aiguë ou chronique	1	0,1
Dyspepsie fonctionnelle	1	0,1

3.4.1.2. Les diagnostics des patients en consultation

L'hépatite B (32,7%) était la première pathologie diagnostiquée chez les patients en consultation suivie des gastrites aigues ou chroniques (17,9). Le tableau XVIII montre la répartition des patients en consultation externe selon les diagnostics.

Tableau XVIII: Répartition des patients reçus en consultation, selon le diagnostic d'entrée à la CU-HGE du CNHU-HKM de Cotonou de 2015 à 2019.

	Effectifs	Pourcentages (%)
Hépatite B	493	32,7
Gastrite aiguë ou chronique	270	17,9
Ulcère gastrique et ou duodénal compliqué	214	14,2
Reflux gastro-œsophagien	130	8,6
Hépatite C	101	6,7
Cirrhose de foie	96	6,4
Maladie hémorroïdaire compliquée ou non	92	6,1
Lithiase des voies biliaires	75	5
Dyspepsie fonctionnelle	64	4,2
Cancer colorectal	57	3,8
Cancer primitif du foie	54	3,6
Troubles fonctionnels intestinaux	16	1,1
Cancer de l'estomac	13	0,9
Tumeur de la tête du pancréas	10	0,7
Cancer de l'œsophage	6	0,4
Cancer secondaire du foie	4	0,3

3.4.2. Facteurs associés aux pathologies fréquentes

3.4.2.1. Facteurs associés à l'hépatite B

Il s'agissait de la première affection diagnostiquée chez les patients reçu en consultation externe à 32,75%. En analyse univariée, les sujets de sexe masculin, et les sujets âgés dont l'âge est inférieur ou égale 50 ans sont plus à risque de faire de l'hépatite B. Le tableau XIX nous montre les répartitions des patients en fonction des facteurs de risque de l'hépatite B.

Tableau XIX: Répartition des patients en fonction des facteurs associés à l'hépatite B

	Hépatite B		p-value	OR	IC95%[OR]
	Non	Oui			
Sexe					
Masculin	1000	468	**0,00009**	1	
Féminin	707	229		0,69	0,57 - 0,83
Age (ans)					
≤ 50	868	560	**0,0000**	1	
> 50	835	146		3,68	3,0 - 4,53
Profession					
Sans emploi	10	6		1	
Etudiant	114	59		2,3	0,1 - 4,1
Ménagère	188	24	0,1	3,6	0,2 - 7,1
Fonctionnaire	588	256		5,5	0,28 - 9,3
Artisan	403	160		2,1	0,22 - 4,1
Commerçant	270	158		8	0,12 - 12,2
Autre	137	43		1,1	0,02 - 1,96

En analyse multivariée par régression logistique des facteurs associés, on notait une persistance du sexe masculin comme facteur de risque de l'hépatite virale B. Le tableau XX montre la régression logistique des facteurs associés à l'hépatite virale B.

Tableau XX: Régression logistique des facteurs associés à l'hépatite B.

	p-value Ajusté	OR Ajusté	IC95% [OR]
Sexe			
Masculin	Réf		
Féminin	0,01	0,85	0,23 - 0,92
Age			
≤ 50	Réf		
> 50	0,3	5,9	0,22 - 17,2

3.4.2.2. Facteurs associés à l'hépatite C

En analyse univariée, il existait une association statistiquement significative entre l'âge>50ans, le sexe féminin. Le tableau XXI présente la distribution des patients en fonction des facteurs de risques de l'hépatite C.

Tableau XXI: Répartition des patients selon les facteurs associés à l'hépatite C

	Hépatite C		p-value	OR	IC95% [OR]
	Non	Oui			
Sexe					
Masculin	1396	72	**0,001**	1	
Féminin	863	73		0,6	0,43 - 0,85
Age (ans)					
≤ 50	1375	53	**<0,0001**	1	
> 50	889	92		0,37	0,26 - 0,52
Hépatite B					
Non	1581	133	<0,0001	1	
Oui	691	15		0,25	0,15 - 0,44

En analyse multivariée par régression logistique des facteurs associés, l'âge>50ans était le facteur persistant. Le tableau XXII présente la régression logistique des facteurs associés à l'hépatite C.

Tableau XXII: Régression logistique des facteurs associés à l'hépatite C

	p-value Ajusté	OR Ajusté	IC 95% [OR]
Sexe			
Masculin	Réf		
Féminin	0,2	1,96	0,25 - 2,6
Age			
> 50	Réf		
≤ 50	0,1	2,1	0,4 - 5,1
Hépatite B			
Non	Réf		
Oui	0,3	1,87	0,12 - 3,4

3.4.2.3. Facteurs associés à la cirrhose du foie

Il s'agit de la première affection diagnostiquée chez les malades hospitalisés à 43,5 %. En analyse univariée, le sexe masculin, l'âge plus de 50ans, l'hépatite C, la consommation d'alcool et celle du tabac, augmentaient le risque de développer la cirrhose de foie chez les patients. Le tableau XXIII montre la distribution des patients en fonction des facteurs de risque de la cirrhose du foie.

Tableau XXIII: Répartition des patients en fonction des facteurs associés à la survenue d'une cirrhose du foie.

	Cirrhose de foie		p-value	OR	IC95% [OR]
	Non	Oui			
Sexe					
Masculin	1061	407	**0,0000**	1	
Féminin	789	147		0,48	0,39 - 0,59
Age (ans)					
≤ 50	1181	247	**0,0000**	1	
> 50	679	302		2,12	1,75 - 2,57
Profession					
Sans emploi	11	5		1	
Etudiant	152	21		0,23	0,1 - 3,1
Ménagère	150	62		2,2	0,2 - 4,6
Fonctionnaire	714	130	0,2	3,2	0,8 - 15,2
Artisan	326	237		9,3	0,4 - 8,3
Commerçant	393	35		5,2	0,2 - 7,3
Autre	116	65		12,1	0,9 - 14,2
Hépatite B					
Non	1315	399	0,4	1	
Oui	551	155		0,92	0,75 - 1,14
Hépatite C					
Non	1790	482	**0,0000**	1	
Oui	76	72		3,51	2,51 - 4,93
Alcool					
Non	1743	444	**0,0000**	1	
Oui	123	110		3,51	2,66 - 4,63
Tabac					
Non	1840	523	**0,0000**	1	
Oui	26	21		4,19	2,46 - 7,12

En analyse multivariée par régression logistique de facteurs associés, on notait une association persistante entre le sexe masculin, la consommation d'alcool et la survenue de la cirrhose de foie. Le tableau XXIV présente la régression logistique des facteurs associés à la cirrhose du foie.

Tableau XXIV: Régression logistique des facteurs associés à la cirrhose du foie.

	p-value Ajusté	OR Ajusté	IC95% [OR]
Sexe			
Masculin	Réf		
Féminin	0,02	0,55	0,52 - 0,89
Age			
≤ 50	Réf		
> 50	0,3	6,1	0,92 - 7,8
Hépatite C			
Non	Réf		
Oui	0,5	2,13	0,23 - 5,5
Alcool			
Non	Réf		
Oui	0,002	3,6	2,2 - 6,1
Tabac			
Non	Réf		
Oui	0,4	1,96	0,36 - 7,1

3.4.2.4. Facteurs associés au cancer primitif du foie

Il s'agit de la deuxième pathologie diagnostiquée chez les patients hospitalisés à 33,98%. En analyse univariée, l'âge de plus de 50 ans, la présence d'hépatite B et de cirrhose de foie étaient statistiquement associée à la survenue du cancer primitif de foie. Le tableau XXV montre la distribution des patients en fonction des facteurs de risques du cancer primitif du foie.

Tableau XXV: Répartition des patients en fonction des facteurs associés à la survenue d'un cancer primitif du foie.

	Cancer primitif du foie		p-value	OR	IC95% [OR]
	Non	Oui			
Sexe					
Masculin	1214	270	0,08	1	
Féminin	791	145		0,82	0,66 - 1,02
Age (ans)					
≤ 50	1206	222	**0,008**	1	
> 50	788	193		1,33	1,07 - 1,64
Profession					
Sans emploi	15	1		1	
Etudiant	146	27		3,2	0,1 - 4,5
Ménagère	159	53	0,3	12,1	0,3 - 15,4
Fonctionnaire	760	84		5,3	0,13 - 14,2
Artisan	407	156		10,1	0,23 - 15,2
Commerçant	371	57		2,2	0,1 - 4,4
Autre	147	33		18,6	0,22 - 18,96
Hépatite B					
Non	1456	258	**0,00002**	1	
Oui	549	157		1,61	1,29 - 2,01
Hépatite C					
Non	1884	388	0,71	1	
Oui	121	27		1,08	0,7 - 1,66
Alcool					
Non	1832	355	0,52	1	
Oui	173	60		0,78	0,36 - 1,66
Tabac					
Non	1956	407	0,72	1	
Oui	49	8		0,78	0,36 - 1,66
Cirrhose de foi					
Non	1639	227	**0,0000**	1	
Oui	366	188		3,7	2,96 - 4,64

En analyse multivariée par régression logistique des facteurs associés, la survenue du cancer primitif du foie restait statistiquement associée à l'âge de plus de 50ans et à la cirrhose du foie. Le tableau XXVI présente la régression logistique des facteurs associés au cancer primitif du foie.

Tableau XXVI : Régression logistique des facteurs associés au cancer primitif du foie.

	p-value Ajusté	OR Ajusté	IC (95%)
Age			
≤ 50	Réf		
> 50	0,009	4,5	2,36 - 15,2
Hépatite B			
Non	Réf		
Oui	0,3	6,1	0,2 - 12,1
Cirrhose de foie			
Non	Réf		
Oui	0,04	2,2	1,2 - 3,1

3.5. Prise en charge

3.5.1. Modalité de la prise en charge

La prise en charge était individuelle au frais des patients chez 62,4% d'entre eux. Le tableau XXVII présente la distribution des patients selon les conditions de la PEC.

Tableau XXVII: Répartition des patients selon les conditions de PEC à la CU-HGE du CNHU de 2015 à 2019.

	Effectifs	Pourcentages (%)
Patient lui-même	1511	62,4
Soutien familial	914	37,8
PEC administrative	418	17,3
Assurance maladie	11	00,5

Plus du trois quart (95,2%) des patients ont bénéficié d'un traitement symptomatique. La figure 2 présente la répartition des patients selon les types de traitement à la CU-HGE du CNHU-HKM de Cotonou de 2015 à 2019.

3.5.2. Traitement palliatif

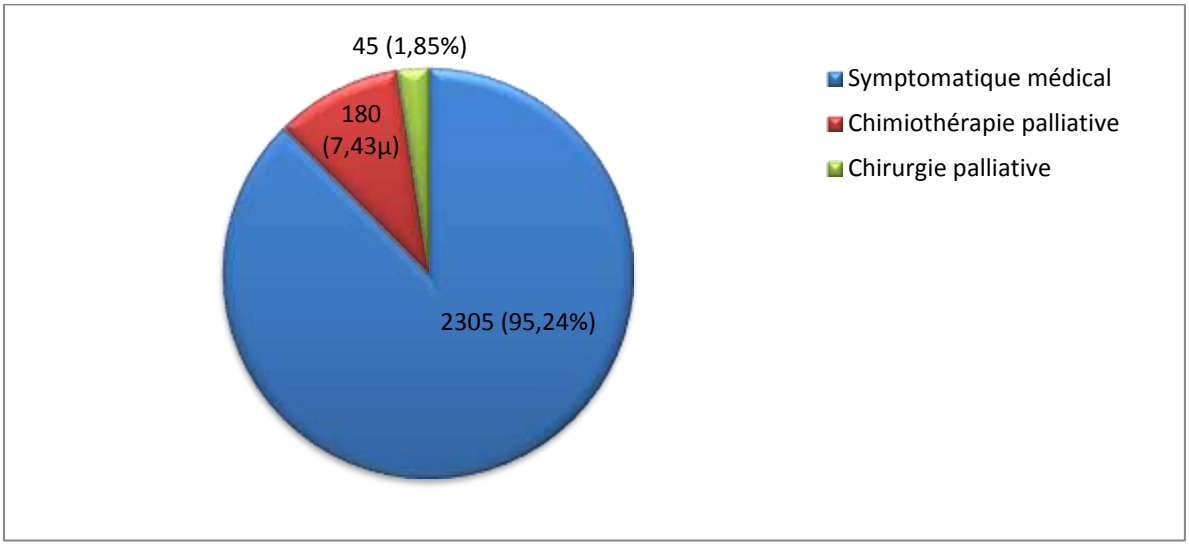


Figure 2: Répartition des patients selon les types de traitement à la CU-HGE du CNHU-HKM de Cotonou de 2015 à 2019.

3.5.3. Traitement curatif

Le traitement curatif a été réalisé chez 631 patients (soit 26,07%). Le traitement curatif était essentiellement médical. La figure 3 montre la répartition des patients selon le traitement curatif. La figure 3 présente la répartition des patients selon le traitement curatif effectué.

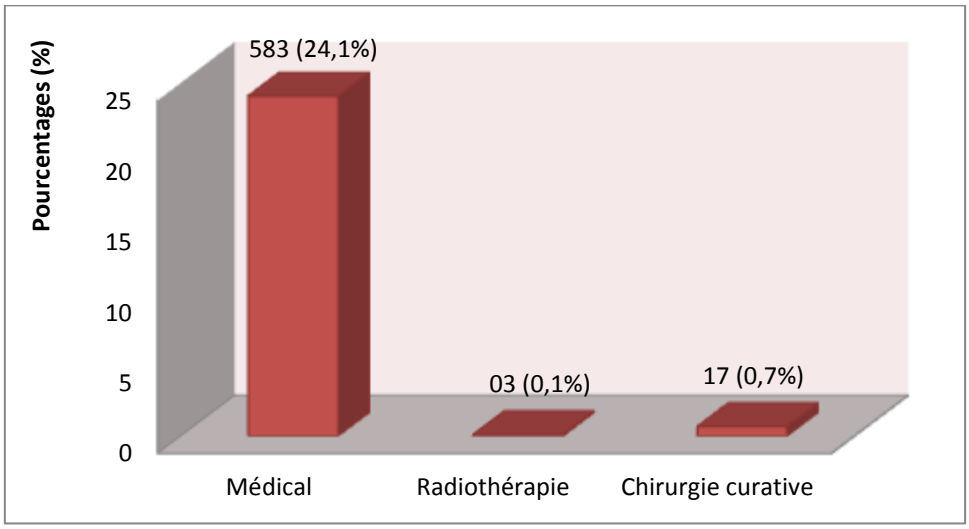


Figure 3: Répartition des patients selon le traitement curatif effectué à la CUHGE du CNHU de 2015 à 2019.

3.6. Mode d'évolution et de sortie

L'évolution était souvent inchangée chez 42% des patients, parfois favorable chez 38,2% des patients, rarement défavorable chez 19,8% des patients. La figure 4 montre la répartition des patients selon l'évolution de la maladie à la CU-HGE du CNHU-HKM de Cotonou de 2015 à 2019.

3.6.1. Mode d'évolution

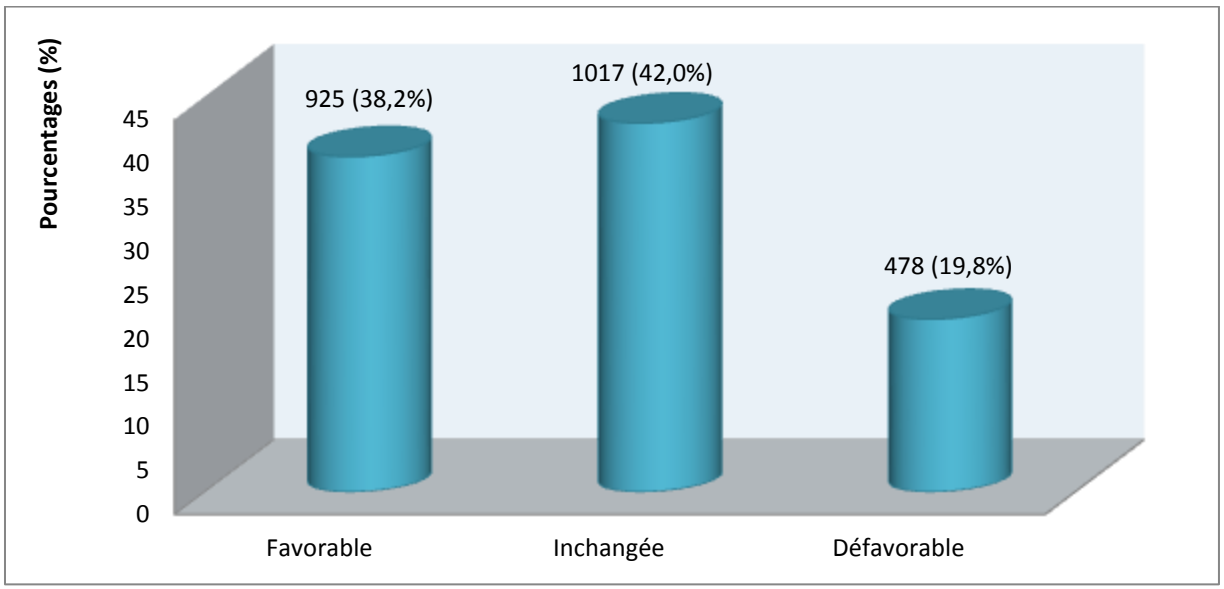


Figure 4: Répartition des patients selon l'évolution de la maladie à la CU-HGE du CNHU-HKM de Cotonou de 2015 à 2019.

3.6.2. Mode de sortie

Le mode de sortie de la majorité des patients n'était pas renseigné (72,2%). La limitation financière avait été évoquée par les patients comme cause de leur sortie contre avis médical. Le tableau XXVIII montre la distribution des patients selon le mode de sortie.

Tableau XXVIII: Répartition des patients selon le mode de sorti à la CUHGE du CNHU de 2015 à 2019.

	Effectifs	Pourcentages (%)
Exéat	581	24,01
CAM	92	3,8
Non renseigné	1747	72,19
Total	2420	100

3.7. Etude de la mortalité

3.7.1. Taux de mortalité

Au décours des 5ans d'étude, nous avons enregistré 632 décès sur les 2420 patients soit un taux brut de mortalité globale qui est de 26,1%.

Le délai moyen de suivi des patients depuis le diagnostic est de ***72,32 ±10,86 jours***. Le délai médian est de ***20 jours*** et les extrêmes de ***1*** et ***1000 jours***.

3.7.2. Lieu de décès

Plus de la moitié des décès étaient survenus à l'hôpital (55,9%).Le tableau XXIX montre la répartition des malades selon les lieux de décès.

Tableau XXIX: Répartition des patients décédé selon le lieu de décès.

	Effectifs	Pourcentages (%)
Hôpital	353	55,85
Maison	243	38,44
Cliniques privées	36	05,69
Total	632	100,00

3.7.3. Mortalité spécifique

3.7.3.1. Mortalité selon le sexe

La mortalité était plus élevée chez les sujets de sexe masculin. Le tableau montre la distribution des patients décédés en fonction du sexe.

Le tableau XXX présente la distribution des patients décédés selon le sexe.

Tableau XXX: Répartition des patients décédés en fonction du sexe.

	Effectif malade		Effectif décès	
	N	%	N	%
Masculin	1484	61,3	443	29,9
Féminin	936	38,7	189	20,2
Total	**2420**	**100**	**632**	**26,11**

Chi^2=0,59 p=0,003

3.7.3.2. Mortalité selon l'âge

Le plus fort taux de décès était situé chez les sujets dont l'âge n'a pu être renseigné. On notait également un taux de mortalité élevé chez les sujets de plus de 50ans (32,2%). Le tableau XXXI montre la répartition des malades décédés selon l'âge.

Tableau XXXI: Répartition des patients décédés selon l'âge.

	Effectif malade		Effectif décès	
	N	%	N	%
≤ 20	42	1,74	2	4,76
21 – 35	276	11,46	40	14,49
36 – 50	510	21,17	79	15,49
> 50	1581	65,63	506	32,00
Non renseigné	11	0,45	5	45,45
Total	**2420**	**100**	**632**	**26,11**
Chi2=3,78	p=0,01			

3.7.3. 3. Mortalité et les modalités de la prise en charge

Au décours des 5ans d'étude, 51,4% des patients hospitalisés étaient décédés. Le tableau XXXII présente la répartition des patients en fonction des modalités de prise en charge.

Tableau XXXII: Répartition des patients décédés selon les modalités de prise en charge.

	Effectif malade		Effectif décès	
	N	%	N	%
Hospitalisation	915	37,8	470	51,4
Consultation	1505	62,2	162	10,8
Total	**2420**	**100**	**632**	**26,11**

3.7.3. 4-Mortalité et le mode d'admission

On retrouvait une mortalité très élevée dans une proportion de 93,7% chez les sujets référés des structures sanitaires périphériques. Le tableau XXXIII montre la distribution des patients décédés selon le mode d'admission.

Tableau XXXIII: Répartition des patients décédés selon le mode d'admission.

	Effectif malade		Effectif décès	
	N	%	N	%
Venue d'eux-mêmes	1481	61,2	347	23,4
Référé	300	12,4	281	93,7
Total	**1781**	**73,6**	**628**	**26,0**

3.4.3.5. Mortalité selon le motif d'admission

Le risque de décès était plus important que le patient était admis pour augmentation du volume de l'abdomen (54,2%). Le tableau XXXIV présente la répartition des patients selon les motifs d'admission.

Tableau XXXIV: Répartition des patients décédés en fonction du motif d'admission.

	Effectif malade		Effectif décès	
	N	%	N	%
Augmentation du volume abdominal	397	16,4	215	54,2
Masse abdominale	21	0,9	10	47,6
Ictère	113	4,7	46	40,7
Hémorragie digestive	209	8,6	53	25,4
Douleur abdominale	912	37,7	203	22,3
Adénopathies	5	0,2	1	20,0
Autres	299	12,4	45	15,1
Altération de l'état général	464	19,1	59	12,7
Total	**2420**	**100**	**632**	**26,11**

3.7.3.6. Récapitulatif des facteurs associés aux décès des patients à la CU-HGE du CNHU-HKM

Il existait une association statistiquement significative entre le sexe, l'âge, le mode d'admission, motif de consultation et la mortalité. En effet, les patients de sexe masculin, les patients âgés de plus de 50 ans, les patients référés et les patients reçus en consultation pour augmentation du volume de l'abdomen, avaient plus de risque d'être décédés. Par contre, on ne notait pas d'association significative entre la profession, le niveau d'instruction, la situation matrimoniale, l'ethnie et la mortalité. Les tableaux XXXV et XXXVI présentent

les facteurs associés au décès des patients à la CUHGE du CNHU-HKM de Cotonou de 2015 à 2019.

Tableau XXXV A : Facteurs associés au décès des patients à la CUHGE du CNHU-HKM de Cotonou de 2015 à 2019.

	Décès		p-value	OR	IC95% [OR]
	Non	Oui			
Sexe					
Masculin	1041	443	**0,003**	1	
Féminin	747	189		0,59	0,48 - 0,72
Age (ans)					
≤ 50	1205	223	**0,01**	1	
> 50	577	404		3,78	3,12 - 4,58
Situation matrimoniale					
Célibataire	189	25		1	
Marié	1542	528	0,5	2,58	1,68 - 3,97
Divorcé	9	6		5,04	1,65 - 15,35
Veuf (ve)	39	63		12,21	6,85 - 21,76
Ethnie					
Fon	820	293		1	
Goun	96	33		3,5	0,12 - 5,1
Yoruba	41	13	0,4	7,2	0,2 - 15,1
Mina	42	21		1,25	0,1 - 3,6
Ditamari	209	74		4,2	0, 5 - 11,4
Dendi	244	80		2,2	0,21 - 3,5
Bariba	335	115		1,22	0,3 - 4,1
Mode d'admission					
Venue de lui-même	1481	347	**0,002**	1	
Référé	300	281		3,99	3,27 - 4,88
Profession					
Sans emploi	9	7		1	
Etudiant	154	19		0,15	0,05 - 0,47
Ménagère	129	83		0,82	0,29 - 2,3
Fonctionnaire	699	145	0,2	0,26	0,09 - 0,72
Artisan	336	227		0,86	0,31 - 2,36
Commerçant	346	82		0,3	0,11 - 0,84
Autre	111	69		0,79	0,28 - 2,24

Tableau XXXVI: Facteurs associés au décès des patients à la CUHGE du CNHU-HKM de Cotonou de 2015 à 2019.

	Décès		p-value	OR	IC95% [OR]
	Non	Oui			
Mode de recueil					
Consultation	1343	162	0,6	1	
Hospitalisation	445	470		0,11	0,09 - 0,14
Tabagique					
Non	1753	610	0,2	1	
Oui	35	22		1,8	1,05 - 3,10
Alcoolique					
Non	1655	532	0,08	1	
Oui	133	100		2,33	1,77 - 3,08
ATCD personnel					
Non	1045	304	0,05	1	
Oui	743	328		1,51	1,26 - 1,82
Niveau d'étude					
Non scolarisé	210	141		1	
Primaire	636	243	0,3	0,56	0,43 - 0,73
Secondaire	278	129		0,69	0,51 - 0,93
Supérieur	629	74		0,17	0,12 - 0,24
Motif de consultation					
Ulcère	67	46		1	
Douleurs abdominale	709	203		2,14	0,12 - 4,2
Altération de l'état général	405	59		1,2	0,2 - 4,1
Masse abdominale	11	10	**0,03**	5,3	0,25 - 6,3
Adénopathie	04	01		4,2	0,2 - 7,2
Hémorragie digestive	156	53		4,3	0,3 - 7,2
Augmentation volume abdomen	182	215		5,1	3,3 - 10,1
Autre	229	41		1,3	0,2 - 3,2

3.7.4. Mortalité proportionnelle des différentes affections

3.7.4.1. Décès selon les différentes affections

La mortalité était due au cancer primitif du foie (sans préjugés de l'étiologie) dans 234 cas, soit 36,9%, à la cirrhose du foie (sans préjugés de l'étiologie) dans 215 cas, soit 34,1% et autres affections dans 183 cas, soit 29%. Pour plusieurs de nos patients, la famille n'arrivait pas à préciser les circonstances du décès mais également d'autres décès étaient liés aux affections non digestives. (AVP, cardiopathies, pneumopathies etc..). Le tableau XXXVII montre la distribution des patients selon les causes de décès.

Tableau XXXVII: Répartition des patients selon la cause de décès à la CU-HGE du CNHU-HKM de 2015 à 2019.

	Effectifs	Pourcentages (%)
Cancer du foie	233	36,9
Cirrhose de foie	211	34,2
Cancer colorectal	47	07,4
Tumeur de la tête du pancréas	47	07,4
Cancer de l'estomac	19	03,0
Cholangio-carcinome	11	01,70
Tuberculose péritonéale	08	01,3
Cancer de l'œsophage	07	01,1
Ulcère gastrique et/ou duodénale compliquée	06	00,9
Gastrite caustique	05	00,8
Masse médiastinale	05	00,8
Mésothéliome péritonéal	04	00,6
Hépatite virale B et alcoolique	04	00,6
Cancer de l'intestin grêle	03	00,5

3.7.5. Etude descriptive de la mortalité

- **Affections tumorales**

La majorité des décès était lié aux cancers du foie dans une proportion de 36,9%. Le tableau XXXVIII montre la répartition des décès liés aux affections tumorales.

Tableau XXXVIII: Répartition des décès liés aux affections tumorales

	Effectifs	Pourcentages (%)
Cancer du foie	233	36,9
Cancer colorectal	47	07,4
Tumeur de la tête du pancréas	42	06,6
Cancer de l'estomac	19	03,0
Cholangio-carcinome	11	01,70
Cancer de l'œsophage	07	01,1
Cancer de l'intestinale grêle	03	00,5

- **Hépatopathies chroniques**

Les cancers du foie étaient responsables de 36,9% des décès. Le tableau XXXIX présente la répartition des décès liés aux hépatopathies chroniques.

Tableau XXXIX: Répartition des décès liés aux hépatopathies chroniques

	Effectifs	Pourcentages (%)
Cancer du foie	233	36,9
Cirrhose de foie	211	34,2
Hépatite virale B et alcoolique	04	00,6

3.7.6. Récapitulation des principales causes de décès

Le tableau XL présente les principales causes de décès à la CU-HGE du CNHU-HKM de Cotonou de 2015 à 2019.

Tableau XL: Principales causes de décès.

	Effectifs	Pourcentages (%)
Cancer du foie	233	36,9
Cirrhose du foie	211	34,2
Cancer colorectal	47	07,4
Tumeur de la tête du pancréas	19	06,6
Cholangio-carcinome	11	01,70
Tuberculose péritonéale	08	01,3
Cancer de l'œsophage	07	01,1

3.8. Etude de la létalité

3.8.1. Létalité selon les groupes d'affections

Les néoplasies constituaient le groupe d'affection les plus graves avec en tête le cancer de l'œsophage à 70% suivi des tumeurs de la tête du pancréas à 69,1%. Le tableau XLI montre la répartition des patients selon la létalité.

Tableau XLI: Létalité selon les groupes d'affections

	Effectifs malades		Letalité	
	N	%	N	%
Cancer de l'œsophage	10	0,4	7	70,00
Tumeur de la tête du pancréas	68	2,8	47	69,1
Cancer secondaire du foie	88	3,6	59	67,0
Cirrhose du foie	554	22,9	310	56,0
Cancer primitif du foie	415	17,1	220	53,0
Cancer de l'estomac	52	2,1	26	50,0
Cancer colorectal	110	4,5	48	43,6
Hépatite C	148	6,1	48	32,4
Hépatite B	706	26,1	116	16,4
Ulcère gastrique et/ ou duodénal	300	12,4	17	05,7
Maladie hémorroïdaire compliquée ou non	110	4,5	5	04,5
Lithiase des voies biliaires	78	3,2	3	03,8
Gastrite aigue ou chronique	283	11,7	8	02,8

3.8.2. Etude descriptive de la létalité

3.8.2.1. Tumeurs malignes

Le cancer de l'œsophage était le type de cancer le plus grave à la CU-HGE avec un taux de létalité de 70%. Le tableau XLII présente la létalité des affections tumorales.

Tableau XLII: Létalité selon les affections tumorales

	Effectifs malades		Effectifs décès	
	N	%	N	%
Cancer de l'œsophage	10	0,4	7	70,0
Tumeur de la tête du pancréas	68	2,8	47	69,1
Cancer secondaire du foie	88	3,6	59	67,0
Cancer primitif du foie	415	17,1	220	53,0
Cancer de l'estomac	52	2,14	26	50,0
Cancer colorectal	110	4,5	48	43,6

3.8.2.2. Hépatopathies chroniques

Le cancer secondaire du foie était le type d'hépatopathie chronique le plus létal dans une proportion de 67%. Le tableau XLIII présente la létalité selon les hépatopathies chroniques.

Tableau XLIII: Létalité selon les hépatopathies chroniques

	Effectifs malades		Effectifs décès	
	N	%	N	%
Cancer secondaire du foie	88	3,6	59	67,0
Cirrhose de foie	554	22,9	310	56,0
Cancer primitif du foie	415	17,1	220	53,0
Hépatite C	148	6,1	48	32,4
Hépatite B	706	29,2	116	16,4

3.8. 3. Affections graves chez les patients à la CU-HGE du CNHU-HKM entre 2015 et 2019.

Le tableau XLIV montre la répartition des affections graves

Tableau XLIV: Répartition des affections graves.

	Effectifs malades		Effectifs décès	
	N	%	N	%
Cancer de l'œsophage	10	0,4	7	70,0
Tumeur de la tête du pancréas	68	2,8	47	69,1
Cancer secondaire du foie	88	3,63	59	67,04
Cirrhose du foie	554	22,9	310	56,0
Cancer primitif du foie	415	17,1	220	53,0
Cancer de l'estomac	52	2,1	26	50,0
Cancer colorectal	110	4,5	48	43,6
Hépatite C	148	6,11	48	32,43
Hépatite B	706	29,2	116	16,4

4. DISCUSSION

Notre étude a le mérite de faire le point à la CU-HGE du CNHU-HKM de Cotonou sur le plan de la morbidité, la mortalité et la létalité avec un nombre appréciable de diagnostic.

La discussion des résultats s'articulera autour de 03 points :

- Méthodes et validité des résultats.
- Atteinte des objectifs.
- Interprétation des résultats et comparaison avec les données de la littérature.

4.1. Méthodes et validité des résultats

Les patients inclus dans l'étude étaient ceux qui répondaient aux critères d'inclusion. Le questionnaire rédigé tenait compte des informations à rechercher pour atteindre les différents objectifs. Après avoir retiré les dossiers aux archives, nous avons dans un second temps fait la collecte des données à l'aide des fiches d'enquête.

Nous avons été limités par :

- Le manque de certaines informations dans les dossiers des patients ce qui rendait plusieurs dossiers incomplets.
- l'absence de dossiers médicaux et/ou des résultats des examens paracliniques dans plusieurs enveloppes.
- plusieurs patients n'ont pas répondu à nos appels pour compléter le reste des informations manquant dans les dossiers.

4.2. Atteinte des objectifs de l'étude :

Au terme de cette étude, les objectifs spécifiques ont été atteints.

D'abord les caractéristiques sociodémographiques des patients ont été décrites. Ensuite le profil clinique des patients a été présenté. En consultation externe, sur le plan fonctionnel, on retrouvait des douleurs abdominales chez 37% de nos patients. Les signes généraux essentiels étaient : l'asthénie (64,9%), l'anorexie

(51,5%), l'amaigrissement (30,3%). L'examen physique de 70% de nos patients était normal. Chez les sujets hospitalisés, sur le plan fonctionnel, on retrouvait des douleurs abdominales chez 50,7% de nos patients. Les signes généraux essentiels étaient : l'asthénie (84,8%), l'anorexie (80,1%), l'amaigrissement (78,1). A l'examen physique, 29,1% des patients présentaient une hépatomégalie, 29,1% une ascite.

Les principaux groupes de pathologies et leurs facteurs associés chez les patients admis à la CU-HGE ont été déterminés. En hospitalisation, on retrouvait, la cirrhose (43,5%) suivie du cancer primitif du foie (34%). Le sexe masculin, l'âge plus de 50ans, la consommation d'alcool, du tabac et l'hépatite B et/ou C étaient les facteurs associés à la survenue de ces pathologies chez les patients. Chez les sujets en consultation, l'hépatite virale B (29,2%) suivie de la gastrite aigue ou chronique (17,9%). Le sexe masculin, l'âge plus de 50ans, la consommation d'alcool et celle du tabac étaient les facteurs associés à la survenue de ces pathologies chez les patients.

La durée moyenne d'hospitalisation des patients était de 9,1 ± 0,5 jours, avec des extrêmes de 1 jour et 85 jours.

La prise en charge était souvent personnelle et individuelle aux frais du patient (62,4%). Le traitement était surtout symptomatique (95,2%). L'évolution était souvent inchangée (42%), parfois favorable (38,2%) rarement défavorable (19,8%).

Le taux de mortalité globale est de 26,1%. Cette mortalité élevée était statistiquement associée au sexe masculin, l'âge de plus de 50ans, l'admission par référence et pour augmentation du volume de l'abdomen.

4. 3. Comparaison de nos résultats avec ceux d'autres auteurs.

Nous ne disposons pas des données dans la littérature faisant mention des malades de la consultation externe, ainsi notre comparaison sera effectuée avec les données de l'hospitalisation.

4.3.1. Profils sociodémographiques

4.3.1.1. Age

L'âge moyen des patients était de 50±1,0 ans avec les extrêmes de 17 ans et 89 ans. La fréquence maximale était observée entre 51 et 60 ans (22,4%). Ce résultat est de celui trouvé par Ansa et al [15] au Nigéria qui était de 52 ans de celui rapporté par Bagny et al [17] au Togo de 48.1 ans avec les extrêmes de 22ans et 80 ans.

Cet âge jeune dans notre étude, s'expliquerait par le fait que les manifestations cliniques des pathologies fréquentes qui les obligent à recourir aux soins surviennent à l'âge adulte jeune. Cela pourrait être due à la jeunesse relative des populations dans les grandes villes (Cotonou).

4.3.1.2. Sexe

Une prédominance masculine était observée avec une sex-ratio qui était de 2,4. Ceci est contraire à la situation démographique nationale en 2019 où on retrouvait une prédominance féminine avec un sex-ratio de 0,9%. [13]

La même tendance masculine dans notre série a été rapportée par plusieurs études dont celles maliennes d'Awomo [18] et de Coulibaly et al [19] avec les sex-ratios respectives de 3,4 et 2,1.

La prédominance masculine pourrait être la conséquence du fait que l'homme dans notre contexte est plus exposé aux facteurs de risques de survenue des affections fréquentes (alcool, tabac, hépatite B et/ou C).

4.3.1.3. Ethnies

Nous avons retrouvé une prédominance des Fon qui représentaient 52, 3% des patients. Hountondji [20] en 1983 et Agossou [21] en 2004 avaient fait le même constat dans le service de médecine interne du CNHU-HKM avec des taux respectifs de 49,96% et 52, 5%. Cela pourrait s'expliquer d'une part, par le fait que, la plupart des sujets de notre population d'étude viennent du sud du Bénin

et plus précisément de Cotonou où la langue parlée est le Fon. D'autre part, cela serait due au fait que certaines ethnies d'une aire culturelle proche des Fon se déclarent Fon.

4.3.1.4. Profession

Dans notre étude, nous avions noté une fréquence élevée (40,4%) dans la couche des artisans/ouvriers. Plusieurs études dans la littérature rapportaient que la majorité de leurs sujets travaillaient dans le secteur informel :

- Sanogo [22] en 2006 : les ménagères représentaient 35,9% de la population d'étude.
- Agbodande et al [23] en 2014 **:** l'activité prédominante étaient la pêche ou l'agriculture (49,7%).
- Kodjoh et al [5] en 2004 : retrouvaient des commerçants dans 27,4% des cas, des artisans dans 17,8% des cas, des fonctionnaires dans 15,2% des cas.

Notre résultat reflète la situation sanitaire au niveau national où la proportion des sujets actifs dans le secteur informel est élevée [14].

4.3.2. Morbidité

4.3.2.1. Délai d'évolution des symptômes avant admission

Les patients étaient admis dans un délai moyen d'évolution des symptômes de ***154,57 ±77,83 jours***. La valeur médiane était de ***30 jours*** et les extrêmes de ***0*** et ***16896 jours.*** Agbodande et al [23] avaient signalé un délai moyen de 29 jours. Ce recours tardif aux soins pourrait être multifactoriel. En effet, cela pourrait être la conséquence d'une ignorance des patients, la précarité dans la population mais également une référence tardive depuis les centres de santé périphériques. Calvez et al [24] incriminaient la précarité sociale et relationnelle comme facteurs associés aux recours tardifs aux soins.

4.3.2.2. Délai du séjour des patients en hospitalisation

La durée moyenne d'hospitalisation des patients était de 9,1 ±0,5 jours, avec des extrêmes de 1 jour et 85 jours. Elle concordait avec les résultats de Harissou et al [25] au Niger et Freyer et al [26] en France qui étaient respectivement de 9jours (extrêmes : 1 à 35jours) et de 9,6 jours. Kodjoh et al [5] rapportaient en 2004 dans le même service, une durée d'hospitalisation qui variait de 1 à 60 jours avec une moyenne de 9,5 jours. Par contre, elle est inférieure aux résultats de Bah et al [27] en Guinée (Conakry) qui notaient une durée moyenne de 13±9jours (extrêmes : 1 à 85 jours), Keita et al [28] qui avaient retrouvé une durée moyenne de 13 jours. Sissoko et al [29] avaient signalé un délai de 18, 6jours (extrêmes de 3 à 183 jours).

D'une façon générale, la durée de séjour est en rapport non seulement avec le caractère aigu ou chronique de la maladie, mais aussi les difficultés de diagnostic et de traitement. Cette durée peut exposer dans bien des cas à la survenue d'affections nosocomiales comme l'avaient signalé plusieurs auteurs [30, 31, 32,33].

4.3.2.3. Affections recensées

- **Consultation**

Les patients étaient reçus en consultation externe majoritairement pour l'exploration d'une pathologie infectieuse du tube digestif à 39,2%.

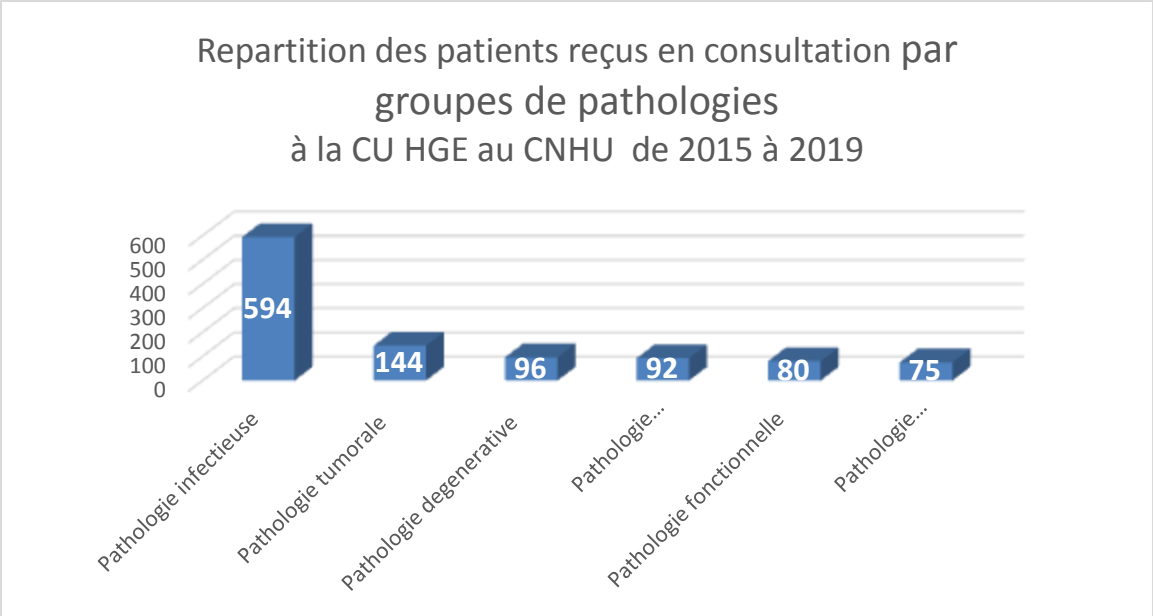


Diagramme 2:Répartition des patients reçus en consultation par groupes de pathologies à la CU HGE au CNHU-HKM de Cotonou de 2015 à 2019.

Par contre, en hospitalisation, les pathologies tumorales digestives étaient plus fréquentes à 56,3% suivi des pathologies dégénératives à 43,5%. Kodjoh et al [5] avaient signalés des pathologies infectieuses à 24,3% et 22,6% de pathologies dégénératives. Tout se passe comme si les pathologies infectieuses du tube digestif étaient devenues rare en hospitalisation à la CU-HGE. Leur prise en charge serait devenue plus aisée dans les centres de santé périphérique ceci sous l'effet combiné de la disponibilité à moindre cout d'antibiotiques et d'antiparasitaires, et le respect des modalités de référence selon la pyramide sanitaire du Bénin. Cependant, le nombre de pathologies tumorales du tube digestif et du foie serait en augmentation. Le tableau XLV montre la distribution des patients en fonction du diagnostic d'entrée.

Tableau XLV: Répartition des patients hospitalisés en fonction du diagnostic.

	Notre étude N : 915 (%)	Kodjoh et al N : 230
Pathologies tumorales	**515 (56,3)**	11 (4,8)
Pathologies dégénératives	**398 (43,5)**	52 (22,6)
Pathologies peptiques	**91 (9,9)**	9 (3,9)
Autres	**75 (8,2)**	-
Pathologies infectieuses	**00 (00)**	56 (24,3)

4.3.3. Facteurs associés aux affections

Dans notre étude, les sujets jeunes moins de 50ans, de sexe masculin étaient plus affectés par les hépatites virales B. En Algérie en 2019, une rapportait que les sujets ayant un âge entre 15 et 45ans étaient les plus touchés par le VHB et une prédominance masculine avait été enregistrée [34]. Cette prédominance masculine et le jeune âge chez les sujets porteurs d'AgHBs avaient été signalés par Sbai et al [35] au Maroc en 2012 et Kpossou al [36] au Bénin en 2019.

Ce résultat pourrait s'expliquer par le caractère jeune de la population africaine et précisément celle du Bénin qui est exposée aux comportements sexuels à risques [37]. Au Maroc les comportements sexuels ont été retrouvés dans 43,8% cas par Sbai et al [35].

Les patients atteints de la cirrhose du foie étaient de sexe masculin dans une proportion de 27,7%, âgés de plus de 50ans (33,5%), buveurs d'alcool (49,3%) et porteurs d'une hépatite virale C (48,6%). Le sexe masculin, l'âge plus de 50ans et la consommation d'alcool et les hépatites étaient les facteurs retrouvés par plusieurs auteurs dans la littérature ([38,39, 40,41]). Par contre, l'alcoolisme n'était pas identifié comme facteurs associés dans certains pays musulmans [34].

Cela pourrait être dû à la pudeur des patients à exprimer leur alcoolisme dans ces pays**.**

Dans notre étude, un cinquième environ (19,7%) des patients atteints de cancers primitifs du foie avaient plus de 50ans, 22,2% avaient un antécédent d'hépatite virale B et 33,9% avaient un antécédent de cirrhose du foie et 25,9% sont consommateurs d'alcool. L'institut Curie en France [42] et Hounsa [43] au Bénin rapportaient comme facteurs principaux, l'HVB, l'HVC et l'alcool. Selon Fares et al [44], le principal facteur de risque de développer un hépatocarcinome est la cirrhose, qu'elle qu'en soit la cause.

4.3.4. Prise en charge

La prise en charge était souvent personnelle et individuelle aux frais du patient (62,4%). Le traitement était surtout symptomatique (95,2%). Le traitement curatif a été réalisé chez 631 patients (soit 26,1%). Le traitement curatif était essentiellement médical dans une proportion de 92,4%.

Nous ne disposons pas spécifiquement des données dans la littérature pour la comparaison.

4.3.5. Evolution

Dans notre série, l'évolution était souvent inchangée (42%), parfois favorable (38,2%), rarement défavorable (19,8%) suivie d'un décès. Dans la population d'étude de Kodjoh et al [5], environ 45,2% des sujets avaient une stabilité de leur état de santé, et 18,7% des sujets étaient décédés. Sanogo [22] rapportait que 90,2% de ses sujets avaient une évolution favorable avec un retour à domicile contre 9,8% de décès. Cette différence pourrait s'expliquer par le mode de recrutement et la taille de l'échantillon.

4.3.6. Mortalité

4.3.6.1. Taux brut de mortalité

Nous avons enregistré 470 décès dans un échantillon de 915 patients hospitalisés en 5ans, soit une mortalité globale de 51,4%. La mortalité est 2 à 3 fois plus élevée dans notre étude comparée aux taux de décès dans les services de médecines rapportés par d'autres auteurs africains tels Drabo et al [45] au Burkina-Faso à 25,2%, Fomba [46] au Mali à 24%, Bah et al [27] à 21,5% et Kodjoh et al [5] au Bénin à 18,7%. Le tableau XLVI présente le taux de mortalité selon les auteurs.

Tableau XLVI: Taux de mortalité selon les auteurs

	Effectifs des décès	Effectif de la population d'étude	Taux de mortalité (%)
Notre série	**470**	**915**	**51,4**
Drabo et al [47]	729	2891	25,2
Fomba [48]	568	2377	24
Bah et al [29]	130	606	21,5
Kodjoh et al [5]	43	230	18,7

Ce fort taux de décès s'expliquerait d'une part par le fait que CU-HGE est le seul centre public de référence et qui donc reçoit les cas les plus graves. D'autre part, par l'étroitesse du plateau technique surtout en oncologie digestive, le recours tardif aux soins d'origine multifactorielle. En effet, cela pourrait être la conséquence d'une ignorance des patients, la précarité dans la population mais également une référence tardive depuis les centres de santé périphériques. Cette

différence avec les autres auteurs pourrait être liée au mode de recrutement et la période d'étude.

4.3.6.2. Taux de mortalité spécifique

- **Mortalité selon l'âge**

Le plus fort taux de décès était retrouvé chez les sujets dont l'âge n'a pas été précisé dans le dossier médical. Il pourrait s'agir des sujets admis dans un état critique ne permettant pas le recueil de tous les renseignements généraux.

- **Mortalité et le sexe**

Le taux brut de mortalité était plus élevé chez les sujets de sexe masculin. Un homme sur trois était décédé contre une femme sur cinq dans notre série avec sex-ratio de 2,3. Diarra et Ly avaient eu respectivement un sexe ratio H/F de 2,9 et 1,96 [16-48]. Une étude réalisée en France avait noté une mortalité élevée dans la population masculine [49]. Par contre, Sympara [50] avait eu 53,9 % de décès chez les femmes avec un sex-ratio de 0,9 Notre résultat pourrait due à la plus grande représentativité des sujets de sexe masculin. Le tableau XLVII présente la sex-ratio et la mortalité selon les auteurs.

Tableau XLVII: Sex-ratios des sujets décédés selon les auteurs

	Sex-ratio
Diarra [16]	2,9
Ly [50]	1,96
Sympara [52]	0,9
Notre série	**2,3**

- **Mortalité et mode d'admission**

Les patients référés directement d'autres centres de santé avaient été les plus touchés dans une proportion de 93,7%. Le temps perdu dans les centres de santé périphériques s'ajoutant à la complexité de leur pathologie expliquerait cette mortalité. Ceci impose une référence des malades dans les meilleurs délais.

- **Mortalité et modalité de prise en charge.**

Un patient hospitalisé sur deux était décédé. En consultation, il s'agissait d'un patient sur dix qui était décédé. Cette différence de mortalité s'expliquerait du fait que les sujets sont hospitalisés pour des pathologies complexes mais aussi à un stade ultime de l'évolution de la pathologie initiale. Kodjoh et al [4] rapportaient qu'un patient sur cinq est décédé dans leur population d'étude. La différence avec Kodjoh et al pourrait être liée à une période d'étude plus longue dans notre série.

Le décès hospitalier pourrait s'expliquer par plusieurs autres facteurs : il n'y a pas de centre de long séjour pour les patients ayant bénéficié des soins palliatifs ; les soins à domicile donnés aux patients au stade terminal sont à leur début au Bénin [51].

Le taux de décès élevé en consultation serait d'origine multifactorielle :

- Le refus systématique d'une hospitalisation requise par le médecin de certains patients consultés au vu des conditions.
- Plusieurs patients consultés étaient hospitalisés ce qui crée un biais
- Le décès de certains patients consultés en périphérie dans les circonstances non élucidées, de causes digestives ou extra-digestives

- **Mortalité et motif de consultation.**

Le risque de décès était plus important que le sujet était admis pour une augmentation du volume de l'abdomen (54,2%). Il s'agissait des sujets porteurs d'ascite compliquant une cirrhose du foie et/ou un carcinome hépatocellulaire dont l'évolution est souvent fatale en Afrique ([52,53, 54]).

- **Mortalité et les groupes d'affections.**

Dans notre étude, les décès étaient liés principalement aux pathologies tumorales (hépatique inclus) et dégénératives. En comparaison aux causes de décès dans le service en 2004, on notait une diminution des cas de cirrhose de 61,7% à 34,5%, une diminution des cas de décès liés aux pathologies tumorales du tube digestif de 20,5% à 2% en 2019.

Par contre une augmentation des cas de néoplasie digestives de 17,6% en 2004 à 61,6% en 2019. Alors qu'en 2004, la cirrhose et les pathologies infectieuses du tube digestif étaient les principales causes de décès, ces cinq dernières années, les cancers digestifs hépatiques inclus étaient les causes principales de décès. Ceci serait la conséquence de la transition épidémiologique et nutritionnelle qui se traduit par une transition démographique d'une part et une transition nutritionnelle d'autre part. Plus précisément :

- Une augmentation de l'espérance de vie des populations ce qui exposerait aux affections liées à l'âge notamment les néoplasies digestifs.
- Une disponibilité croissante des moyens diagnostics des néoplasies digestives : hépato-gastroentérologues, oncologues et les anatomopathologistes.
- Une occidentalisation des habitudes alimentaires avec les repas de plus en plus gras ce qui exposerait aux cancers du foie.

Il est à attendre une diminution des cas de cancer du foie dans les prochaines années sous l'effet de la vaccination et du traitement curatif contre l'hépatite virale B. Le diagramme présente la comparaison des causes de décès hospitalier à la CU-HGE du CNHU HKM de Cotonou en 2004 et en 2015-2019.

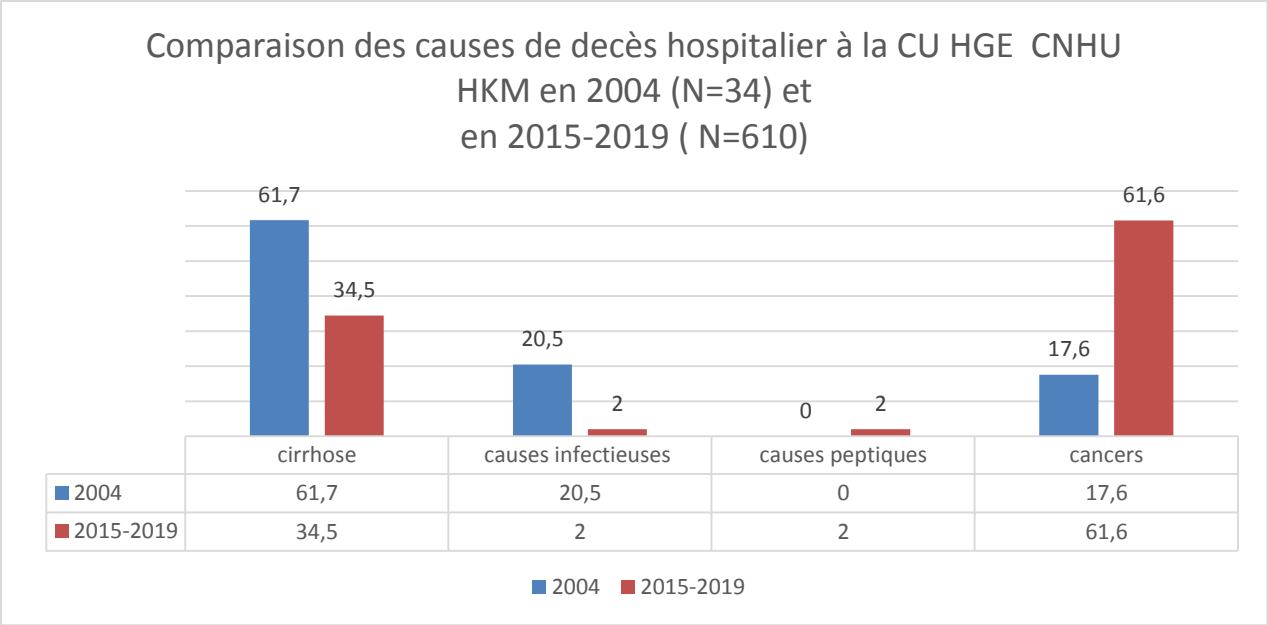


Diagramme 3:Comparaison des causes de décès hospitalier à la CU-HGE du CNHU HKM de Cotonou en 2004 et en 2015-2019

Bagny et al [17] en 2015 rapportaient que la mortalité spécifique était plus importante chez les patients cirrhotiques (6.6%) et les patients porteurs de CHC (4.7%).

4.3.5. Létalité

Dans notre série, les néoplasies digestives constituaient le groupe d'affection les plus graves avec en tête le cancer de l'œsophage (70%) suivis des tumeurs de la tête du pancréas (69,1%) et le cancer secondaire du foie (67%). Bagny et al [17] rapportaient une létalité très importante pour le cancer du côlon (100%), le cancer du pancréas (42.8%), le CHC (35.9%) et la cirrhose (33.2%). Fomba [46] avait retrouvé que la cirrhose et ou le cancer du foie étaient plus graves (94%) suivis des tumeurs malignes (88%), du VIH (48,9%) et des plaies diabétiques (18,8%). Cette différence selon les régions, pourrait s'expliquer par la diversité des facteurs de risques environnementaux et socioculturels. Elle peut être liée aux modalités de prise en charge. A la CU-HGE, les patients porteurs de néoplasies digestives et/ou ceux vivant avec le VIH sont pris en charge de façon

multidisciplinaire avec les services de médecine interne (soins palliatifs) ou de chirurgie viscérale.

Dans la littérature, les cancers digestifs représentent de véritables problèmes de santé publique. Plusieurs facteurs pronostics sont associés à ces pathologies : les uns tiennent du patient, les autres à la maladie (nature et stade évolutif) et d'autres encore à la précocité et la qualité de prise en charge.

Pronostic du cancer de l'œsophage

Le pronostic de ces cancers est extrêmement mauvais, quelles que soient les modalités thérapeutiques.

La survie est liée au nombre de ganglions envahis, avec 53 % de survie à 5 ans si ≤ 4 ganglions sont envahis contre 8 % si > 4 ganglions sont envahis. La survenue d'une fistule anastomotique réduit la survie.

Ce mauvais pronostic est lié au diagnostic souvent tardif, à l'extrême précocité de la diffusion lymphatique et à la précocité de survenue du cancer.

En analyse multifactorielle, l'envahissement de la paroi (T1, T2 > T3), l'envahissement ganglionnaire (pN0 > pN1), le type histologique (adénocarcinome > malpighien), la nature de la tranche de section (saine > envahie), la présence d'un reliquat tumoral macroscopique, sont les facteurs de pronostic [55,56].

Pronostic du cancer du pancréas

Il est mauvais, moins de 3 % des patients sont vivants 5 ans après le diagnostic.

Le manque de données histologiques chez nos patients rend difficile la comparaison avec ces auteurs. Néanmoins, le recours tardif aux soins était le seul facteur retrouvé dans notre série.

CONCLUSION

Notre étude nous a permis de faire le point sur la morbidité, la mortalité et la létalité à la CU-HGE entre 2015 et 2019. Elle a permis de recenser les principales pathologies rencontrées ainsi que leur évolution dans la CU-HGE. Celles-ci étaient dominées par les hépatopathies chroniques et/ou les cancers digestifs. En consultation, il s'agissait de l'hépatite virale B (32,7%) et la gastrite aigüe ou chronique (17,9%). Par contre en hospitalisation, on retrouvait, la cirrhose du foie (43,5%) et le cancer primitif du foie (34%).

Le sexe masculin, la consommation d'alcool et ou de tabac, l'hépatite B et/ou C étaient les facteurs associés à la survenue de ces pathologies.

La prise en charge était souvent personnelle et individuelle aux frais du patient (62,4%). Le traitement était surtout symptomatique. L'évolution était souvent inchangée (42%), parfois favorable (38,2%) rarement défavorable (19,8%).

Malgré les efforts du personnel médical et paramédical, la mortalité globale était élevée (26,1%). Les principales causes de décès étaient les cancers du foie (36,9%), la cirrhose (34,2%) et le cancer colorectal (07,4%).

Les affections les plus létales étaient le cancer de l'œsophage (70%), le cancer du pancréas (69,1%), le cancer secondaire du foie (67%) et la cirrhose du foie (56%).

Plusieurs facteurs étaient associés à la mortalité :

- le retard du recours aux soins
- le sexe masculin,
- l'âge ≥ 50ans,
- l'admission par référence
- l'admission pour augmentation du volume de l'abdomen.

En consultation les patients étaient jeunes et venaient pour un bilan d'exploration hépatique. Par contre en hospitalisation, les sujets étaient plus âgés avec souvent des pathologies complexes dont l'issue était souvent fatale. Au regard de ce qui précède, il parait impérieux d'agir :

- en amont dans le sens de la prévention
- en aval dans le sens du traitement correct des différentes affections

A ce titre, les suggestions suivantes s'imposent.

SUGGESTIONS

A l'endroit des autorités politico-administratives.

- Améliorer l'accessibilité financière des malades aux soins par l'amélioration des conditions de vie des populations.
- Améliorer le plateau technique des hôpitaux surtout en oncologie digestive.
- Renforcer la capacité des structures hospitalières en matériels paracliniques de diagnostic et de prise en charge : endoscopie digestive, le scanner et/ou l'IRM.
- Sensibiliser les populations sur les facteurs favorisants et moyens de prévention des hépatites virales, de la cirrhose du foie, et des cancers digestifs.
- Renforcer la collaboration entre la CU-HGE et l'une unité des soins des intensifs et palliatifs du CNHU-HKM de Cotonou.

A l'endroit du personnel soignant

- Faire une bonne gestion des dossiers médicaux.
- Informer les populations sur les facteurs favorisants et moyens de prévention des hépatites virales, de la cirrhose du foie, et des cancers digestifs.
- Référer précocement des patients porteurs de pathologies complexes vers les centres de références.
- Sensibiliser leurs patients sur la nécessité d'un suivi régulier de leurs pathologies.

A l'endroit de la population

- Honorer les consultations de suivi pendant et après la prise en charge symptomatique et/ou curative pour les affections chroniques et graves.
- Ne pas consommer ou arrêter la consommation du tabac.
- Ne pas consommer ou arrêter la consommation excessive d'alcool.
- Pratiquer une activité physique régulière
- Consommer au moins 5 fruits et légumes par jour
- Se doter d'une assurance maladie.

REFERENCES

[1] **Gaimard M.**
Santé, morbidité et mortalité des populations en développement.
Mondes en développement 2008 ; 2(142) :23-38.

[2] **Mathers C, Ties-Boerma T, Fat DM.**
The global burden of disesase: 2004 update,
World Health organization,2008.

[3] **Logan WPD.**
Study on Medical and Population Subjects. Morbidity statistics from general practice;
General register office 1958, 174p.

[4] **Massol J, Valle JP.**
(2001) Faut-il mettre en place des comités d'analyse des décès dans nos hôpitaux ?
Presse Med 2001; 30: 271-7.

[5] **Kodjoh N, Sehonou J, Sake K, Moula C**.
Mortalité dans un Service Hospitalier de Pathologies Digestives à Cotonou.
Med Afr Noire 2008 ; 55(11) : 553-6.

[6] **Gignon M, Pibarot M-L, Sfez M, Papo F, Chaine F-X, Dubois et al.**
Revue de mortalité et morbidité : apports et freins,
Journal de chirurgie 2008 ;145(4) : 350-4.

[7] **Givel J.C., Morel P.**
Des vertus de l'autocritique et de la transparence en chirurgie, Revue médicale suisse 2008, 163 : 1539-40.

[8] **Bal G, David S., Sellier E., Francois P.**
Intérêt des revues de mortalité et de morbidité pour la formation des médecins et l'amélioration de la qualité des soins : revue de la littérature.
La Presse médicale 2010 ; 39(2) :161-8.

[9] **Manuila A., Manuila L., Manuila N., Lambert H.**
Dictionnaire français de Médecine et de Biologie
MASSON et Cie, Paris, 2e édition 1971,923p.

[10] **Delaroziere J.C, Gentile S, Sambuc R.**
Mesure de l'état de santé de la Population en France.
La revue de praticien 1999,49 :2275-83.

[11] **OMS.**
Statistiques Relatives aux Services de Santé et à leurs Activités : treizième rapport du comité OMS d'experts des statistiques sanitaires réuni à Genève du 12 au 18 novembre 1968.
Rapports Techniques 1969, 429, 39p.

[12] **Garnier M., Delamare V., Delamare J., Malville E., Delamare L.**
Dictionnaire des termes de médecine,
MALOINE Paris 24 Edition 2e tirage ; 1997.

[13] **Institut National de Statistiques et d'Analyse Economique**
Annuaire Statistique du Bénin, 2019,297p.

[14] **Institut National de Statistiques et d'Analyse Economique**
Principaux indicateurs sociodémographiques et économiques (Bénin). Rapport de synthèse 2016, 33p.

[15] **Ansa VO, Ekott JU, Bassey EO.**
Profile and outcome of cardiovascular admissions at the University of Uyo Teaching Hospital, Uyo--a five-year review.
Niger J Clin Pract. 2008; 11(1):22-4.

[16] **Diarra M, Konate A, Dembele A, Kalle A, Maiga MY**.
Evaluation des hospitalisations dans un service de médecine : cas du service d'hépato-gastro-entérologie de l'hôpital Gabriel Toure Bamako (Mali).
Mali Med 2006; 21(3) :28-31.

[17] **Bagny A, Bouglouga O, Djibril M, Lawson A, Laconi Kaaga Y, Redah D.**
Morbidité et mortalité dans un service d'Hépato-gastroentérologie en milieu Tropical (2015).
Journal Scientifique d'Europe 2016 ; 12(30) : 200-8.

[18] **Awomo R.**
Caractéristiques épidémiologiques, clinques et paracliniques, des patients décédés au service de pneumo-phtisiologie du CHU du point G, [Thèse de Doctorat de médecine]. Bamako : Université des sciences, des techniques et des technologies de Bamako 2013, 120p.

[19 **Coulibaly DS, Kadio S, Samake D,Konate I,Sangare D,Cisse L et al.**
Cause de décès des patients hospitalisés dans le service de médecine générale de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou de 2016 à 2017,
Health sciences and disease 2020; 21(5) : 106-9.

[20] **Hountondji A.**
Morbidité et mortalité en médecine interne au Centre National Hospitalier et universitaire Hubert K.Maga de Cotonou,[Thèse de Doctorat de médecine]. Cotonou : Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou 1983.171p.

[21] **Agossou M.**
Morbidité et mortalité en médecine interne au Centre National Hospitalier et universitaire Hubert K.Maga de Cotonou,[Thèse de Doctorat de médecine]. Cotonou : Faculté des Sciences de la Santé 2004 :124p.

[22] **SANOGO B.**
Profil de la morbidité et de la mortalité au centre de santé de référence de Bougouni, [Thèse de Doctorat de médecine]. Bamako : Faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie de Bamako 2006 : 77p.

[23] **Agbodande KA, Zannou DM, Wanvoegbe A, Kouanou-Azon A, Zomaleto Z, Kpossou AR et al.**
Morbidité et mortalité en Médecine dans un hôpital de première référence du sud Benin (2012-2013).
Med Afr Noire 2015 ; 62(10) :475-82.

[24] **Calvez M, Semaille C, Fierro F, Laporte A,**
Accès tardifs aux soins, précarité et vulnérabilité des femmes séropositives.
Médecine sciences, 2008,24(2) :144-50.

[25] **Harissou A, Ibrahim A, Oumarou H, Mansour A, Amadou M, Osseni E et al.**
Retard diagnostique et implication pronostique en milieu africain : cas des urgences digestives à l'hôpital national de Zinder, Niger en 2013.
European scientific journal 2015 ; 11(12) : 251-62.

[26] **Freyer G, Thomé B, Lehmann E, Chauny JV, Désaméric G.**
Hospitalisation pour neutropénie fébrile chimio-induite en France en 2018 : impact clinique et caractéristiques des patients à partir des données de la base PMSI,
Revue d'épidémiologie et de santé publique 2021 ; 69 (2) : 90.

[27] **Bah AO, Kaba ML, Diallo MB, Kake A, Balde MC, Keita K et al.**
Morbidité et mortalité dans le service de néphrologie de l'hôpital national Donka,
Mali Médical 2006 ; 21(4) : 42-6.

[28] **Keita M, Koulibaly M, Soumah MM, Diané B, Tounkara TM, Camara AD et al.**
Morbidité et mortalité hospitalière dans le service de dermatologie-MST du CHU de Conakry (Guinée),
Annales de Dermatologie et vénéréologie 2014 ; 141(12) :356-7.

[29] **Sissoko BF, Baya B, Soumaré D, Ouattara K, Kanouté T, M'bAye O et al.**
Caractéristiques épidémio-clinique et paraclinique des patients décédés au service de pneumo-phtisiologie du centre hospitalier universitaire du point G,
Revue malienne d'infectiologie et de microbiologie 2016 ; 1 (7) : 39-46.

[30] **Doumbouya N, Sow MS, Konaté B, Dabo Y, Panzo DA, Keita M,**
Prévalence des infections nosocomiales dans deux hôpitaux de Conakry (Guinée),
Santé publique 2016 ; 28 (2) :251-5.

[31] **Togo A, Coulibaly Y, Keita M, Traore A, Kante L, Diakite I et al,**
Infection nosocomiale en chirurgie pédiatrique au Mali,
Journal de Pédiatrie et de Puériculture 2009 ; 22 (6) : 273-7.

[32] **Afle F.C.D, Quenum J.M.K., Hessou S., Johnson R.C.**
Etat des lieux des infections nosocomiales associés aux soins dans deux hôpitaux publics du sud du Bénin (Afrique de l'ouest) : Centre hospitalier universitaire de Zone d'Abomey-Calavi /So-Ava et Centre hospitalier de Zone de Cotonou 5,
Journal of applied Bioscienses 2018;121: 12192-201.

[33] **Amazian K, Rossello J, Castella A, Sekkat S, Terzaki S, Dhidah L et al.**
Prévalence des infections nosocomiales dans 27 hôpitaux de la région méditerranéenne.
Eastern Mediterranean Health Journal 2010; 16(10): 1022-104.

[34] **Mimoune F, Zahra RD.**
Epidémiologie et facteurs de risques de l'hépatite virale B, [Master académique de biologie]. M'sila : Faculté des sciences de l'université Mohamed Boudiaf de M'sila 2019 : 65p.

[35] **Sbai A, Baha W, Ougabrai H, Allalia T, Dersi N, Lazaar F et al.**
Prévalence de l'infection par le virus de l'hépatite B et l'évaluation des facteurs de risques au Maroc,
Pathologie Biologie 2012 ; 60(5) : 65-9.

[36] **Kpossou AR, Séhonou J, Sokpon CNM, Mouzouvi CRA, Vignon KR.**
Hépatite C en République du Bénin : Revue actualisée sur les aspects épidémiologiques, clinco-biologiques et thérapeutiques. Journal de la société de Biologie Clinique du Bénin 2019 ; 32 : 27-30.

[37] **Rewenge M JR**.
Comportements sexuels par les adolescents et les jeunes en Afrique subsaharienne Francophone et facteurs associés,
African journal of réproductive health 2013; 17(1): 49-66.

[38] **Séhonou J, Gbeto C, Dodo L, Wollo B, Agbodande K, Kouanou A, Zannou M, Houngbe F.**

Cirrhose hépatique dans le Service de Médecine Interne du CNHU-HKM de Cotonou (2011-2014) : Aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs,

Journal de la société de Biologie Clinique du Bénin 2019 ; N° 030 : 36-41.

[39] **Séhonou J, Kodjoh N,Sake K,Mouala C.**

Cirrhose hépatique à Cotonou (République du Bénin) : aspects cliniques et facteurs liés au décès.

Med Trop 2010,70 : 375-8.

[40] **Somé EN, Guingamé AN, Lompo TI, Sombié R.**

Cirrhose du foie : aspects épidemiologiques et diagnostiques au centre universitaire Yalgado Ouédraogo.

Revue africaine des Sciences Sociales et de la santé publique 2021 ; 3(1) : 53-64.

[41 **Mbendi NC,Nkodila A, Zingondo B, Manangama CN, Taty PL, Ngoma JA et al.**

Aspects épidemio-clinique et évolutif de la cirrhose du foie à Kinshasa (2001-2011) : étude multicentrique.

Annales africaines de médecine 2018 ; 11(2) : 2814-22.

[42] **Institut Curie**.

Cancer du foie : les données épidémiologiques [Page internet]. c2020. [Visité le 10 janvier 2020]. En ligne : http://curie.fr/fondation/cancer-foie-donnees-epidemiologiques.

[43] **Hounsa**,
Aspects épidémiologiques, cliniques, biologiques, radiologiques et thérapeutiques du carcinome hépatocellulaire à Cotonou, [Thèse de Doctorat de médecine]. Cotonou : Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou 2016 : 92p.

[44] **Fares N, Otal P, Muscari P, Merle P, Peron JM.**
Carcinome hépatocellulaire : dépistage, diagnostic et traitement.
Hépato Gastro 2016, 23: 46-64.

[45] **DRABO YJ, SOME M.L., KABORE, SAWADOGO S, LENGANI A, TRAORE R et al.**
Morbidité et mortalité dans le service de médecine interne du centre hospitalier national d'Ouagadougou sur 4 ans,
Médecine d'Afrique Noire 1995, 43 : 655-9.

[46] **FOMBA O.**
Morbidité et mortalité dans le service de médecine interne du CHU du point G durant les cinq dernières années du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2008, [Thèse de Doctorat de médecine]. Bamako : Université des sciences, des techniques et des technologies de Bamako 2012 :80p.

[47] **DIARRA S.**
Etude de la Morbidité et de la mortalité dans les services de chirurgie générale de l'Hôpital national du point G, [Thèse de Doctorat de médecine]. Bamako : Université des sciences, des techniques et des technologies de Bamako 2002 :139p.

[48] **LY B A**.
Etude de la Morbidité et de la mortalité dans les services de Médecine, des soins intensifs et de santé mentale de l'Hôpital national du point G, [Thèse de Doctorat de médecine]. Bamako : Université des sciences, des techniques et des technologies de Bamako 2002 : 108p.

[49] **Lefèvre H, Jougla E, Pavillon G, Toullec A.**
Disparités de mortalité prématurée selon le sexe et les causes évitables.
Revue d'épidémiologie et de santé publique 2004 ; 52 (4) : 317-28.

[50] **Sympara A.**
Evaluation des activités des services de médecine au centre de santé de référence de Macina, [Thèse de Doctorat de médecine]. Bamako : Université des sciences, des techniques et des technologies de Bamako 2006 :66p.

[51] **Agbodande KA, Prudencio RDTK, Gnintoungbe S, et al,**
Sociodemographic characteristic and identified needs among patients followed in palliative care units in the Republic of Benin. Hos Pal Med Int Jnl. 2019; 3 (2) : 32-35. DOI : 10. 15406/ hpmij.2019.03.00146.

[52] **Dia D, Guèye MN, Diouf G, Diallo M, Boye A, Fall T et al,**
Cirrhose biliaire primitive : à propos de 2 cas à évolution sévère au Sénégal, Journal Africain d'Hépato gastroentérologie 2015 ; 9(4) : 163-5.

[53] **Diarra M, Konaté A, Soulkho A, Dicko M, Kallé A, Samake K.**
Aspects évolutifs de la maladie cirrhotique dans un service d'hépato-gastroentérologie au Mali,
Mali Med 2010; 25(1): 42-6.

[54] **Police CSM, Simaleko MM, Akelelo NPB, Longo JD, Kobendo JRM, Tekpa G et al.**
La cirrhose du foie et ses complications à l'hôpital universitaire de l'amitié de Bangui : étude du coût de la prise en charge.
Journal Africain d'hépato-gastroentérologie 2013 ; 7 (2) : 78-81.

[55] **Bouche O, Devulder F, Debré R.**
Impact internat hépato gastro entérologie. Paris (France) : Tsunami ; 2016. Cancer de l'œsophage épidémiologie - étiologie – diagnostic. p. 76-93.

[56] **Lledo G, Mariette C, Raoul JL, Dahan L, Landi B, Conroy T et al.**
Cancer de l'œsophage. Paris : Société Nationale Française de Gastro-Entérologie 2016 : 30 p.

ANNEXES

Questionnaire d'enquête

Questionnaire sur la morbi-mortalité chez les patients admis dans le service de d'hépato-gastroentérologie du CNHU-HKM de 2017 à 2019

Nom et Prénoms (2 premières lettres): ⌊_____⌋ ville: ⌊_____⌋ **Téléphone**: ⌊_____⌋

Données sociodémographiques

Date de naissance$_j$ ⌊__⌋ m ⌊__⌋ a ⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋ **Age** $_a$ ⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋ **Sexe** : □M □ F.

Nationalité : Béninoise □ Autre nationalité □ Préciser :

⌊_____⌋ **Ethnie** : ⌊_____⌋ Fon=1 Mina=2 Dendi=3 Bariba=4 Goun=5

Yoruba/Nagot = 6 Autres =7

Situation matrimoniale : Célibataire □ ;Marié(e) □ ; Divorcé(e)□ ; Veuf □

Niveau d'étude : Primaire□ ; Secondaire□ ; Supérieur□ ;Non scolarisé□ ; autres : ⌊_____⌋

Profession : ⌊_____⌋ Sans emploi= 1 Élève/Etudiant =2 Ménagère=3 Agent d'exécution=4 Artisan/travailleur manuel= 5 Autres =6

Revenu annuel approximatif : ⌊_____⌋ FCFA

Religion : Islam □ ;Christianisme □ ; Animisme □ ; Aucune □ ; Autre □

Habitude de vie

Tabagisme □ Oui ; □ non ; □ non recherché Si oui, actif □, sevré □, passif □ ; quantifier en PA ⌊___⌋

Sédentarité□ Oui ; □ non ; □

Consommation d'alcool □ Oui ; □ non ; □ non recherché Si oui, Quantité ⌊_____⌋ **Grammes/semaine ; Durée** ⌊___⌋ ;

Alimentation riche en graisse animale□ Oui ; □ non ; □

Activité physique régulière □ Oui ; □ non

Consommation régulière de fruits et légumes □ Oui ; □ non

Autres□ Oui ; □ non ,Si oui, préciser ⌊_____⌋ ⌊_____⌋

ATCD et com-orbidités

Hépatite B □ Oui ; □ non ; □ non recherché

Hépatite C □ Oui ; □ non ; □ non recherché

Obésité androïde oui □ non□ Préciser Tour de taille ⌊_____⌋ cm

Diabète □ Oui ; □ non ; □ non recherché Si oui, Type ⌊___⌋ Préciser l'ancienneté du diabète ⌊_____⌋

HTA □ Oui ; □ non ; □ non recherché Si oui, Type ⌊___⌋ Préciser l'ancienneté de l'HTA ⌊_____⌋

Syndrome métabolique □ Oui ; □ non ; □ non recherché
Dysthyroïdie □ Oui ; □ non ; □ non recherché
Tuberculose pulmonaire ou extra pulmonaire □ Oui ; □ non ; □ non recherché
ATCD personnels de cancer □ Oui ; □ non Préciser ⌊_____⌋

Notion d'hospitalisation antérieure pour le mêmeproblème □ Oui ; □ non Préciser le service et le nombre ⌊_____⌋

Autres□ Oui ; □ non ,Si oui, préciser ⌊_____⌋ ⌊_____⌋

ATCD familial □ Oui ; □ non
PréciserHépatite B familiale□ Oui ; □ non ; □ non recherché

Hépatite C familiale□ Oui ; □ non ; □ non recherché

Diabète familial □ Oui ; □ non ; □ non recherché
HTA familial □ Oui ; □ non ; □ non recherché
Syndrome métabolique familial □ Oui ; □ non ; □ non recherché
Dysthyroïdie familial □ Oui ; □ non ; □ non recherché
Tuberculose pulmonaire ou extra pulmonaire familial □ Oui ; □ non ; □ non recherché
ATCD familial de cancer □ Oui ; □ non Préciser ⌊_____⌋

Autres ATCD ou terrain□ Oui ; □ non Préciser ⌊_____⌋

Données cliniques

Mode d'admission et provenance des patients:
⌊_____⌋ Urgence=1 Maison=2 Référé par un généraliste=3 Référé par un gastro-enterologue=4 Référé par un spécialiste autre que gastro-entérologue=5 Structure privée= 6 Structure publique =7 Autre =8
Durée d'évolution avant 1ère consultation médicale (en jours /semaines /mois) ⌊_____⌋

Motif de consultation ⌊_____⌋ :ictère[1], douleurs abdominales[2], altération de l'état général[3], masse abdominale [4], adénopathies [5], hémorragie digestive[6] autre [7] préciser ⌊_____⌋

Signes fonctionnels et généraux
Ictère□ Oui ; □ non
Fièvre □ Oui ; □ non
toux □ Oui ; □ non
Signes d'état de choc □ Oui ; □ non
Prurit □ Oui ; □ non
Douleurs abdominales □ Oui ; □ non Si oui siège ⌊_____⌋ intensité EVA ⌊_____⌋

Pyrosis□ Oui ; □ non
Dysphagie-odynophagie□ Oui ; □ non
Hématémèse□ Oui ; □ non
Vomissements □ Oui ; □ non
Diarrhee□ Oui ; □ non
Rectorragie□ Oui ; □ non
Douleurs anales□ Oui ; □ non Si oui siège ⌊_____⌋ intensité EVA ⌊_____⌋

Maelena□ Oui ; □ non
Asthénie□ Oui ; □ non
Anorexie □ Oui ; □ non
Amaigrissement □ Oui ; □ non Si oui pourcentage de perte de poids ⌊_____⌋
Etat Général (score OMS : 0,1,2,3,4) ⌊_____⌋
Dénutrition □ Oui ; □ non □ non recherchée Si oui préciser sévérité ⌊_____⌋
Autres □ Oui ; □ non si oui préciser ⌊_____⌋ ⌊_____⌋ ⌊_____⌋ ⌊_____⌋

<u>Signes d'examen physique</u>

Signes d'insuffisance hépatocellulaire □ Oui ; □ non
Splénomégalie □ Oui ; □ non
Masse abdominale □ Oui ; □ non Si oui siège ⌊_____⌋
Ascite □ Oui ; □ non
Adénopathies □ Oui ; □ non Si oui siège ⌊_____⌋
Circulation veineuse collatérale □ Oui ; □ non
Autres préciser ⌊_____⌋
Diagnostic d'entrée ou pricipal:
⌊_____⌋ cirrhose du foie compliqué ou non=1 cancer primitive du foie=2 cancer secondaire du foie=3
Cancer de l'oesophage=4cancer de l'estomac =5 stenose antropylorique =6reflux gastroesophagien =7
Hepatite B ou C =8Dyspepsie fonctionnelle=9troubles fonctionnels intestinaux=10cancer colorectal=11ulcere gastrique et/ou duodénal compliqué ou non=12Gastrite aigue ou chronique= 13lithiase des voies biliaires=14tumeur de la tete du pancreas=15 Maladies hémorroidaire compliquée ou non =16Autres=17si oui préciser ⌊_____⌋ ⌊_____⌋ ⌊_____⌋ ⌊_____⌋

Diagnostic secondaire□ Oui ; □ non si oui préciser ⌊_____⌋ ⌊_____⌋ ⌊_____⌋ ⌊_____⌋

Durée d'hospitalisation (en jours/ semaines/mois) ⌊_____⌋

Données paracliniques

<u>Bilan biologique</u>□ Oui ; □ non
NFS Complète □ Oui ; □ non
Bilirubine total et/ou Bilirubine directe □ Oui ; □ non
Transaminases □ Oui ; □ non
Phosphatases alcalines □ Oui ; □ non
Gamma-GT □ Oui ; □ non
Electrophorèse des protides sérique □ Oui ; □ non
Haptoglobine □ Oui ; □ non
Lipasémie et/ou amylasémie □ Oui ; □ non

TP-TCK □ Oui ; □ non
AgHBs et/ou Anticorps anti-VHC □ Oui ; □ non
ADN viral VHB/VHC □ Oui ; □ non
Glycémie à jeun □ Oui ; □ non
Bilan rénal □ Oui ; □ non
Ionogramme sanguin □ Oui ; □ non
Sérologie HIV □ Oui ; □ non
ECB du liquide d'ascite □ Oui ; □ non
Bilan lipidique (triglycérides, cholestérol total, cholestérol HDL) □ Oui ; □ non
Marqueurs tumoraux (Alpha-phoetoproteine, ACE, CA 19-9 ou autres)□ Oui ; □ non
Bilan Thyroïdien (TSH, T4, T3) □ Oui ; □ non
Fibrotest/Fibroscan □ Oui ; □ non
Biopsie et examen anatomopathologique □ Oui ; □ non
Autres□ Oui ; □ non, Si oui, préciser |_____| |_____|

<u>Bilan radiologique</u>□ Oui ; □ non
ASP □ Oui ; □ non
Echographie abdominale □ Oui ; □ non
Scanner abdominal □ Oui ; □ non
IRM abdominale □ Oui ; □ non
TOGD(transit oeso-gastroduodénal) □ Oui ; □ non

<u>Bilan endoscopique</u>□ Oui ; □ non
EOGD (endoscopie œsogastroduodénale)□ Oui ; □ non
CPRE (cholangio-pancréatographie rétrograde par voie endoscopique) □ Oui ; □ non
Coloscopie □ Oui ; □ non
Recto sigmoïdoscopie □ Oui ; □ non
Anuscopie □ Oui ; □ non

Traitement

Modalités de prise en charge
Patient lui-même=1 soutien familial=2 prise en charge administrative=3 assurance maladie=4 ☐

- **Traitements palliatifs**
  Symptomatique médical Oui=1 Non=2 ☐

Chimiothérapie palliative : Oui =1 ; non =2 ☐

Chirurgie palliative : Oui =1 ; non =2 ☐

- **Curatif** Oui=1 Non=2 ☐

- **Complications** Oui=1 Non=2 ▭

Autre traitement: Oui =1 ; non =2 ; Si oui préciser ⌊_____⌋

Evolution

Favorable□ Oui ; □ non ,si non complications : ⌊_____⌋

Exéat : □ Oui ; □ non

Sortie contre avis médical : **□ Oui ; □ non**

Si oui préciser le motif ……..

Survie globale :

Date du diagnostic ⌊_____⌋

Décès □ Oui ; □ non, □ information non disponible, si oui préciser cause du décès ⌊_____⌋

Date du décès ⌊_____⌋ **Délai de survie depuis le diagnostic (en mois)** ⌊_____⌋

Lieu du décès ⌊_____⌋ Hôpital[1], maison[2], Clinique[3], Autre[4] Préciser ⌊_____⌋

Perdu de vue : **□ Oui ; □ non.**

Circonstance de survenue du décès ⌊_____⌋

TABLE DES MATIERES

DEDICACES----------i
REMERCIEMENTS ---------- vii
HOMMAGES ---------- ix
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS---------- xii
LISTE DES TABLEAUX ---------- xv
LISTE DES FIGURES---------- xviii
SOMMAIRE ---------- xx
INTRODUCTION---------- 1
1. GENERALITES ---------- 4
1.1. Historique---------- 5
1.2. Morbidité ---------- 6
1.2.1. Définition---------- 6
1.2.2. Indicateurs de morbidité---------- 7
1.2.2.1. Prévalence hospitalière---------- 7
1.2.2.2. Les autres indicateurs---------- 7
1.3. Mortalité ---------- 7
1.3.1. Définition---------- 7
1.3.2. Taux brut de mortalité (TBM)---------- 8
1.3.3. Taux de mortalité spécifique pour un sous-groupe particulier ---------- 8
1.3.4. Taux de mortalité pour une cause donnée---------- 8
1.3.5. Taux proportionnel de mortalité (TPM)---------- 8
1.4. Létalité ---------- 9
1.4.1. Définition---------- 9
1.4.2. Taux de létalité ---------- 9
1.5. Autres définitions---------- 9
1.5.1. Espérance de vie à la naissance : ---------- 9
1.5.2. Durée moyenne de séjour (DMS) ---------- 9

1.6. Les activités de la clinique universitaire d'hépato gastroentérologie --------- 9
2. CADRE ET METHODES D'ETUDE ---------- 11
2.1. Aperçu sur la République du Bénin ---------- 12
2.1.1. Géographie physique ---------- 12
2.1.2. Démographie ---------- 13
2.2.3. Situation sanitaire nationale ---------- 14
2.2. Présentation de la ville de Cotonou ---------- 14
2.3. Le CNHU-H.K.M de Cotonou ---------- 15
2.3.1. La clinique universitaire d'hépato-gastroentérologie ---------- 16
2.3.1.1. Les infrastructures ---------- 16
2.3.1.2. Ressources humaines ---------- 17
2.4. Méthode d'étude ---------- 18
2.4.1. Type d'étude et période d'étude ---------- 18
2.4.2. Population d'étude ---------- 18
2.4.2.1. Echantillonnage ---------- 18
2.4.2.2. Critères d'inclusion : ---------- 18
2.4.2.3. Critères d'exclusion ---------- 18
2.4.2.4. Critères de non inclusion ---------- 19
2.4.3. Variables étudiées ---------- 19
2.4.3.1. Variables dépendantes ---------- 19
o Méthodes de diagnostic dans le service ---------- 19
o Détermination de la morbidité ---------- 20
o Identification des causes de décès ---------- 20
2.4.3.2. Variables indépendantes ---------- 20
2.4.4. Collecte des données ---------- 22
2.4.4.1. Sources techniques ---------- 22
2.4.4.2. Outils de collecte de données ---------- 22
2.4.4.3. Déroulement de la collecte ---------- 23
2.4.4.4. Equipe d'enquête ---------- 23

2.4.5. Traitement et analyse des données ---------- 23
2.4.6. Considération éthique ---------- 23
3. RESULTATS ---------- 24
3.1. Caractéristiques générales de la population d'étude ---------- 25
3.1.1. Données sociodémographiques ---------- 25
3.1.2. Antécédents et Comorbidités ---------- 31
3.1.2. Antécédents ---------- 31
3.1.3. Mode de vie ---------- 33
3.1.4. Type d'admission ---------- 34
3.1.5. Provenance des patients référés. ---------- 35
3.2. Données cliniques ---------- 35
3.2.1. Délai de consultation ---------- 35
3.2.2. Motifs d'entrée ---------- 36
3.2.3. Signes fonctionnels et généraux. ---------- 37
3.2.4. Signes physiques ---------- 39
3.3. Données paracliniques ---------- 40
3.3.1. Examens biologiques ---------- 40
3.3.2. Examens radiologiques ---------- 41
3.3.3. Examens endoscopiques ---------- 42
3.4. Etude de la morbidité ---------- 42
3.4.1. Diagnostics des patients ---------- 42
3.4.1.1. Diagnostics des patients en hospitalisation ---------- 44
3.4.1.2. Les diagnostics des patients en consultation ---------- 45
3.4.2. Facteurs associés aux pathologies fréquentes ---------- 46
3.4.2.1. Facteurs associés à l'hépatite B ---------- 46
3.4.2.2. Facteurs associés à l'hépatite C ---------- 47
3.4.2.3. Facteurs associés à la cirrhose du foie ---------- 48
3.4.2.4. Facteurs associés au cancer primitif du foie ---------- 50
3.5. Prise en charge ---------- 53

3.5.1. Modalité de la prise en charge ---------- 53
3.5.2. Traitement palliatif ---------- 54
3.5.3. Traitement curatif ---------- 54
3.6. Mode d'évolution et de sortie ---------- 55
3.6.1. Mode d'évolution ---------- 55
3.6.2. Mode de sortie ---------- 56
3.7. Etude de la mortalité ---------- 56
3.7.1. Taux de mortalité ---------- 56
3.7.2. Lieu de décès ---------- 57
3.7.3. Mortalité spécifique ---------- 57
3.7.3.1. Mortalité selon le sexe ---------- 57
3.7.3.2. Mortalité selon l'âge ---------- 58
3.7.3. 3. Mortalité et les modalités de la prise en charge ---------- 59
3.7.3. 4-Mortalité et le mode d'admission ---------- 59
3.4.3.5. Mortalité selon le motif d'admission ---------- 60
3.7.3.6. Récapitulatif des facteurs associés aux décès des patients à la CU-HGE du CNHU-HKM ---------- 60
3.7.4. Mortalité proportionnelle des différentes affections ---------- 63
3.7.4.1. Décès selon les différentes affections ---------- 63
3.7.5. Etude descriptive de la mortalité ---------- 64
3.7.6. Récapitulation des principales causes de décès ---------- 65
3.8. Etude de la létalité ---------- 65
3.8.1. Létalité selon les groupes d'affections ---------- 65
3.8.2. Etude descriptive de la létalité ---------- 67
3.8.2.1. Tumeurs malignes ---------- 67
3.8.2.2. Hépatopathies chroniques ---------- 67
3.8. 3. Affections graves chez les patients à la CU-HGE du CNHU-HKM entre 2015 et 2019. ---------- 68
4.DISCUSSION ---------- 69
4.1. Méthodes et validité des résultats ---------- 70

4.2. Atteinte des objectifs de l'étude :---------- 70
4. 3. Comparaison de nos résultats avec ceux d'autres auteurs. ---------- 71
4.3.1. Profils sociodémographiques ---------- 72
4.3.1.1. Age---------- 72
4.3.1.2. Sexe---------- 72
4.3.1.3. Ethnies---------- 72
4.3.1.4. Profession ---------- 73
4.3.2. Morbidité---------- 73
4.3.2.1. Délai d'évolution des symptômes avant admission ---------- 73
4.3.2.2. Délai du séjour des patients en hospitalisation---------- 74
4.3.2.3. Affections recensées---------- 74
4.3.3. Facteurs associés aux affections---------- 76
4.3.4. Prise en charge---------- 77
4.3.5. Evolution ---------- 77
4.3.6. Mortalité---------- 78
4.3.6.1. Taux brut de mortalité---------- 78
4.3.6.2. Taux de mortalité spécifique ---------- 79
4.3.5. Létalité---------- 82
CONCLUSION ---------- 84
SUGGESTIONS ---------- 87
REFERENCES---------- 90
ANNEXES ---------- A
TABLE DES MATIERES---------- a

SERMENT D'HIPPOCRATE

Devant le peuple Béninois,

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate,

Je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine,

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination,

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité,

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance,

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

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail,

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs,

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie, ni ne provoquerai délibérément la mort,

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission,

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

Je le jure.

VU LE PRESIDENT DU JURY

VU LE DOYEN DE LA FSS

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

LE RECTEUR DE L'UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

RESUME

Objectif : le but du présent travail était d'évaluer la morbidité, la mortalité et la létalité dans la CU-HGE du CNHU-HKM de Cotonou.

Méthode : l'étude a été rétrospective à visée descriptive et analytique. Elle a concerné 2420 patients entre 1er Janvier 2015 et le 31 Décembre 2019.

Résultats : Sur les 2420 patients reçus, 1515 étaient suivi en consultation externe et 915 ont été hospitalisés. Il s'agissait surtout en consultation, des sujets de sexe masculin (sex-ratio :1,3), d'âge moyen de 44ans. Les patients étaient suivis pour des pathologies infectieuses du tube digestif à 39,2% avec un taux brut de mortalité était de 10,8% en 5ans. Par contre en hospitalisation, on retrouvait des pathologies tumorales digestifs chez 56,3% des patients et des pathologies dégénératives chez 43,5% des sujets. La durée moyenne d'hospitalisation des patients était de 9,1 ±0,5 jours [1-85]. Le sexe masculin, l'âge plus de 50ans, la consommation d'alcool, du tabac et l'hépatite B et/ou C étaient les facteurs associés à la survenue de ces pathologies. Le taux brut de mortalité était de 51,4% sur une période de 5ans .En 2004, les pathologies dégénératives et infectieuses du tube digestif étaient les principales causes de décès dans le service. Mais entre 2015 et 2019, les pathologies tumorales et dégénératives étaient les principales causes de décès respectivement à 61,6% et 17,5%. Ceci est la conséquence de la transition épidémiologique qui se traduit par une transition démographique et une transition nutritionnelle.

Au regard de ces constats amères, les politiques de lutte contre les différentes affections néoplasiques du système digestif doivent s'intensifier au Bénin.

Mots clés : Morbidité-mortalité-létalité-Gastroentérologie-Cotonou-Bénin.

ABSTRACT

AIM: the aim of this work was to assess the morbidity, mortality and letality in the CU-HGE of CNHU-HKM in Cotonou.

METHOD: the study was retrospective for descriptive of analytical purposes. She has involved 2420 patients violates 1rst January 2015 and the 31 December 2019.

RESULTS: Out of 2420 patients received, 1515 were followed up in consultation and 915 were hospitalized. It was mainly in consultation, male subjects (sex-ratio :1.3), average age of 44 years. The patients were followed for infectious pathologies of digestive tract at 39,2% with a mortality rate of 10,8% in 5 years. On the over hand, in hospitalization, digestives tumor pathologies were found in 56,3% of patients and degenerative pathologies in 43,5% of subjects. The average length of hospital stay of patients was 9,1±0.5 days. Male sex, age over 50 years, consumption of alcohol, tobacco and hepatitis B and/or C were the factors associated with the occurrence of these pathologies. The mortality rate was 51,4% over a period of 5 years. In 2004, degenerative and infectious pathologies of the digestive tract were the main causes of death in the service. But between 2015 and 2019, tumoral and degenerative pathologies were the main causes of death respectively at 61,6% and 17,5%. This is consequence of the epidemiological transition which results in a demographic transition and a nutritional one.

In view of these bitter observations, policies to fith against the various neoplastic conditions of the digestive system must be intensified in Benin.

KEYS WORDS: Morbidity-Mortality-Letality-Hepato-gastroenterology-Cotonou-Benin.