

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix – Travail – Patrie

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTE DE MEDECINE ET DES
SCIENCES BIOMEDICALES

DEPARTEMENT DE MEDECINE
INTERNE



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace – Work – Fatherland

MINISTRY OF HIGHER EDUCATION

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF MEDICINE AND
BIOMEDICAL SCIENCES

DEPARTMENT OF INTERNAL
MEDICINE

THESE

Perception de la décompensation cirrhotique chez les patients porteurs de cirrhose à Yaoundé

Rédigée en vue de l'obtention d'un Doctorat en Médecine générale par :

TIDA MVE Alain Christol

13M033

Directeur

Pr BIWOLE SIDA Magloire

Professeur titulaire

Hépto-gastroentérologie

Co-directeur

Pr ESSI Marie-José

Professeur titulaire

Anthropologie Médicale

Année académique 2019-2020

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix – Travail – Patrie

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTE DE MEDECINE ET DES
SCIENCES BIOMEDICALES

DEPARTEMENT DE MEDECINE INTERNE



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace – Work – Fatherland

MINISTRY OF HIGHER EDUCATION

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF MEDICINE AND
BIOMEDICAL SCIENCES

DEPARTMENT OF INTERN
MEDICINE

THESE

Perception de la décompensation cirrhotique chez les patients porteurs de cirrhose à Yaoundé

Rédigée en vue de l'obtention d'un Doctorat en Médecine générale par :

TIDA MVE Alain Christol

13M033

Jury

Président du jury

Rapporteur

Membres du jury

Directeur

Pr BIWOLE SIDA Magloire

Hépto-gastroentérologie

Co-directeur

Pr ESSI Marie-José

Anthropologie Médicale

Année académique 2019-2020

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	2
DEDICACE.....	4
REMERCIEMENTS	5
LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF ET ENSEIGNANT DE LA FMSB.....	7
SERMENT D’HIPPOCRATE.....	17
LISTE DES TABLEAUX	18
LISTE DES FIGURES.....	19
LISTE DES FIGURES.....	20
ABREVIATIONS, ACRONYMES ET SIGLES.....	20
RESUME.....	22
ABSTRACT	24
INTRODUCTION.....	27
Chapitre I : PROBLEMATIQUE	30
I- JUSTIFICATION.....	31
II- QUESTION DE RECHERCHE	31
III- HYPOTHESE.....	31
IV- OBJECTIFS.....	31
a) Objectif général	31
b) Objectifs spécifiques	31
V- INTERET DE LA RECHERCHE	31
Chapitre II : REVUE DE LA LITTERATURE.....	34
I. RAPPEL DES CONNAISSANCES	35
1- Rappels.....	35
1) Rappels anatomiques.....	35
2) Histologie	35
3) Rappels physiopathologiques.....	36
2- Etiologie des cirrhoses	37
II. ETAT DES CONNAISSANCES SUR LA QUESTION	46
Chapitre III : METHODOLOGIE	52
I. TYPE D’ETUDE.....	53
II. SITE.....	53

III. PERIODE D'ETUDE	53
IV. POPULATION D'ETUDE.....	53
1. Population cible.....	53
2. Population source	53
3. Critères d'inclusion	53
4. Critères d'exclusion.....	53
5. Echantillon	54
V. OUTILS DE COLLECTE	54
VI. PROCEDURE	54
VII. ANALYSE DES DONNEES	55
VIII. CONSIDERATIONS ETHIQUES ET ADMINISTRATIVES.....	55
Chapitre IV : RESULTATS	57
Chapitre V : DISCUSSION.....	71
CONCLUSION	78
RECOMMANDATIONS	80
REFERENCES.....	82
ANNEXES	88

DEDICACE

A ma maman et A mon oncle :

ATENE MESSINA Marie-claire,
ENDOUGOU ENDOUGOU André,

*Trop tôt partis, vous n'avez pas pu assister à ce moment,
Je vous porte dans mon cœur et espère faire votre fierté !*

REMERCIEMENTS

A l'ETERNEL DIEU TOUT-UISSANT pour la santé, la protection et pour toutes les grâces reçue tout au long de notre formation en faculté de médecine.

Au Doyen de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, pour le souci sans cesse porté à notre formation en temps qu'être humain et futur médecin compétent ; au corps Enseignant et au personnel administratif de la faculté pour les cours, la disponibilité tout au long de notre parcours.

A mon directeur de thèse, le Pr BIWOLE SIDA Magloire pour avoir accepté de diriger ce travail. Cher Papa, vous avez donné forme et rehaussé ce travail par votre rigueur, disponibilité et sens aigüe du détail. Pour la sensibilité, la paternité dont vous m'avez manifesté et pour ce travail, recevez ici notre profonde gratitude ;

A mon co-directeur, le Pr ESSI Marie-josé ; notre gratitude pour l'accompagnement, les conseils et les corrections. Vous êtes par votre professionnalisme, charisme une source d'inspiration.

Aux directeurs des différents hôpitaux, pour les autorisations de recherche ; et aux participants de l'étude pour leur chaleureux accueil et leur patience.

Aux Dr TALLA, Dr TCHOUMI, Dr KOWO, Dr MBIDA, et Dr NJITTOYAP pour leur soutien, leurs conseils et leurs encouragements durant notre recrutement, ainsi qu'au personnel infirmier des différents hôpitaux ;

A mon père TIDA Jean, pour son soutien moral, financier, son amour inconditionnel. Tu as su couvrir et m'encadrer après le départ de maman, ta vision pour moi a toujours été claire. Malgré les difficultés qu'on a traversées, tu as su tenir bon pour voir ce jour. Ce travail est le tien, aucun mot ne suffirait pour t'exprimer ma gratitude et mon amour.

A ma grande sœur NTSAME Nina flore, tu as su être ma figure maternelle. Ton accompagnement affectif, financier et moral a toujours eu un point particulier dans ma vie ;
Merci pour tout.

A mes Frères et sœurs pour leur soutien, et la famille qu'ils représentent.

A toute ma famille pour l'accompagnement en tous sens.

A ma seconde famille « la famille ABEGA » pour leur accompagnement et leur encadrement durant toute notre formation médicale.

A ma chère et tendre ATEBA ENAMA Jeanne Edith pour son soutien et son amour.

A mes aînés académiques Dr ANDOMO YOUNBI Fabiola et Dr AKONO MVONDO Ladislas, vous qui avez marqué positivement mon séjour en faculté de médecine et ma vision de la profession médicale.

A mes frères d'une autre mère, « l'imagerie médicale » : ALIMA Landry, BETALA Claude, Bryan MBALLA, CHEBOH, ENGOTO Jordan, FINIHANG, SOKING Kevin, AMAYENE Maxime Christian, TIENTCHEU Rolly pour le soutien, l'amitié ; vous avez rendu mon parcours beaucoup plus agréable.

A ma feu sœur, amie et camarade NKOU SIH Inès qui nous a quitté l'année dernier ; tu aurais dû vivre ce moment avec nous. Que ton âme repose en paix !!

A mes camarades de la 45^e promotion.

A ma famille de « ACE » l'âme immortelle du peuple MVELE pour la vie de famille.

Au groupe « JEUNESSE DU MONDE » de l'archidiocèse de Yaoundé, au groupe des Lecteurs de la paroisse saint Michel Archange d'Ekye.

A tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réussite de ce travail je voudrais vous témoigner ici toute ma gratitude.

LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF ET ENSEIGNANT DE LA FMSB

1. PERSONNEL ADMINISTRATIF

Doyen : Pr ZE MINKANDE Jacqueline

Vice- Doyen chargé de la programmation et du suivi des activités académiques : Pr NTSAMA ESSOMBA Claudine Mireille

Vice-Doyen chargé de la Scolarité, des Statistiques et du Suivi des Etudiants : Pr MAH Evelyn MUNGYEH

Vice- Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération : Pr MOUAFO TAMBO Faustin

Chef de la Division des Affaires Académiques, de la Scolarité et de la Recherche : Dr NSEME ETOUCKEY Eric

Chef de la Division des Affaires Administratives et Financières : Mr MEKA Gaston

Coordonnateur Général du Cycle de Spécialisation : Pr ONGOLO ZOGO Pierre

Chef de Service Financier : M. MPACKO NGOSSO Charles Romuald

Chef de Service de l'Administration Générale et du Personnel : Dr SAMBA Odette NGANO ép. TCHOUAWOU

Chef de Service des Diplômes : Mme ASSAKO Anne DOOBA

Chef de Service de la Scolarité et des Statistiques : M. AMBASSA MBASSI Vincent

Chef de Service du Matériel et de la Maintenance : M. NNA Etienne Prosper

Bibliothécaire en Chef par intérim : Mme FROUISSOU née MAME Marie-Claire

Comptable Matières : M. MOUMEMIE NJOUNDIYIMOUN MAZOU

2. COORDONNATEURS DES CYCLES ET RESPONSABLES DES FILIERES

Coordonnateur Filière Médecine Bucco-Dentaire : Pr BENGONDO MESSANGA Charles

Coordonnateur de la Filière Pharmacie : Pr NTSAMA ESSOMBA Claudine

Coordonnateur Filière Internat : Pr ONGOLO ZOGO Pierre

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Anatomie Pathologique : Pr ESSAME OYONO Jean Louis

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Anesthésie Réanimation : Pr OWONO ETOUNDI Paul

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Chirurgie Générale : Pr NGO NONGA Bernadette

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Gynécologie et Obstétrique : Pr MBU ENOW Robinson

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Médecine Interne : Pr NGANDEU Madeleine

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Pédiatrie : Pr MAH Evelyn MUNGYEH

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Biologie Clinique : Pr GONSU Hortense

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Radiologie et Imagerie Médicale : Pr NKO'O AMVENE Samuel

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Santé Publique : Pr TAKOUGANG Innocent

Responsable Pédagogique CESSI : Pr ANKOUANE ANDOULO Firmin

DIRECTEURS HONORAIRES DU CUSS

Pr MONEKOSSO Gottlieb (1969-1978)

Pr EBEN MOUSSI Emmanuel (1978-1983)

Pr NGU LIFANJI Jacob (1983-1985)

Pr CARTERET Pierre (1985-1993)

DOYENS HONORAIRES DE LA FMSB

Pr SOSSO Maurice Aurélien (1993-1999)

Pr NDUMBE Peter (1999-2006)

Pr TETANYE EKOE Bonaventure (2006-2012)

Pr EBANA MVOGO Côte (2012-2015)

3. PERSONNEL ENSEIGNANT

N°	NOMS ET PRENOMS	GRADE	DISCIPLINE
DEPARTEMENT DE CHIRURGIE ET SPECIALITES			
1.	ESSOMBA Arthur (CD)	P	Chirurgie Générale
2.	ANGWAFO III Fru	P	Chirurgie Urologique
3.	DJIENTCHEU Vincent de Paul	P	Neurochirurgie
4.	MOUAFO TAMBO Faustin	P	Chirurgie Pédiatrique
5.	NGO NONGA Bernadette	P	Chirurgie Générale
6.	NGOWE NGOWE Marcellin	P	Chirurgie Générale
7.	SOSSO Maurice Aurelien	P	Chirurgie Generale
8.	ZE MINKANDE Jacqueline	P	Anesthésie-Réanimation

9.	FARIKOU Ibrahima	MCA	Chirurgie Orthopédique
10.	HANDY EONE Daniel	MCA	Chirurgie Orthopédique
11.	ONDOBO ANDZE Gervais	MCA	Chirurgie Pédiatrique
12.	OWONO ETOUNDI Paul	MCA	Anesthésie-Réanimation
13.	BEYIHA Gérard	MC	Anesthésie-Réanimation
14.	ESIENE Agnès	MC	Anesthésie-Réanimation
15.	EYENGA Victor Claude	MC	Chirurgie/Neurochirurgie
16.	FOUDA Pierre	MC	Chirurgie Urologie
17.	PISOH Christopher	MC	Chirurgie Générale
18.	BANG GUY Aristide	MA	Chirurgie Générale
19.	BENGONO BENGONO Roddy Stéphan	MA	Anesthésie-Réanimation
20.	JEMEA Bonaventure	MA	Anesthésie-Réanimation
21.	NGO YAMBEN Marie Ange	MA	Chirurgie Orthopédique
22.	AHANDA ASSIGA	CC	Chirurgie Generale
23.	AMENGLÉ Albert Ludovic	CC	Anesthésie-Réanimation
24.	BWELE Georges	CC	Chirurgie Générale
25.	GUIFO Marc Leroy	CC	Chirurgie Générale
26.	TSIAGADIGI Jean Gustave	CC	Chirurgie Orthopédique
27.	BIWOLE BIWOLE Daniel Claude Patrick	AS	Chirurgie Générale
28.	FONKOUÉ Loïc	AS	Chirurgie Orthopédique
29.	MBOUCHE Landry Oriole	AS	Chirurgie Urologie
30.	NDIKONTAR KWANJI Raymond	AS	Anesthésie Réanimation
31.	NYANIT BOB DORCAS	AS	Chirurgie Pédiatrique
32.	SAVOM Eric Patrick	AS	Chirurgie Générale

DEPARTEMENT DE MEDECINE INTERNE ET SPECIALITES

33.	NJOYA OUDOU (CD)	P	Médecine Interne/Gastro-Entérologie
34.	AFANE ZE Emmanuel	P	Médecine Interne/Pneumologie
35.	ASHUNTANTANG Gloria Enow	P	Médecine Interne/Néphrologie
36.	BIWOLE SIDA Magloire	P	Médecine Interne/ Hépatogastro-Entéro.
37.	KINGUE Samuel	P	Médecine Interne/Cardiologie
38.	MBANYA Jean Claude	P	Médecine Interne/Endocrinologie

39.	NDJITTOYAP NDAM Elie Claude	P	Médecine Interne/ Hépatogastro-Entéro.
40.	NDOM Paul	P	Médecine Interne/Oncologie
41.	NJAMNSHI Alfred K.	P	Médecine Interne/Neurologie
42.	NOUEDOUI Christophe	P	Médecine Interne/Endocrinologie
43.	SINGWE Madeleine épouse NGANDEU	P	Médecine Interne/Rhumatologie
44.	SOBNGWI Eugène	P	Médecine Interne/Endocrinologie
45.	ANKOUANE ANDOULO	MCA	Médecine Interne/ Hépatogastro-Entéro.
46.	KAZE FOLEFACK François	MCA	Médecine Interne/Néphrologie
47.	KOUOTOU Emmanuel Armand	MCA	Médecine Interne/Dermatologie
48.	MENANGA Alain Patrick	MCA	Médecine Interne/Cardiologie
49.	YONE PEFURA	MCA	Médecine Interne/Pneumologie
50.	BISSEK Anne Cécile	MC	Médecine Interne/Dermatologie
51.	KUATE TEGUEU Calixte	MC	Médecine Interne/Neurologie
52.	BOOMBHI Jérôme	MA	Médecine Interne/Cardiologie
53.	FOUDA MENYE Hermine Danielle	MA	Médecine Interne/Néphrologie
54.	HAMADOU BA	MA	Médecine Interne/Cardiologie
55.	KOWO Mathurin Pierre	MA	Médecine Interne/Hépatogastro-Entérologie
56.	KUATE née MFEUKEU KWA Liliane Claudine	MA	Médecine Interne/Cardiologie
57.	NDONGO AMOUGOU Sylvie	MA	Médecine Interne/Cardiologie
58.	NGANOU Chris Nadège	MA	Médecine Interne/Cardiologie
59.	ETOUNDI MBALLA Alain	CC	Médecine Interne/Pneumologie
60.	KAMGA OLEN Jean Pierre Olivier	CC	Médecine Interne/Psychiatrie
61.	NTONE ENYIME Félicien	CC	Médecine Interne/Psychiatrie
62.	ZE Jean Jacques	CC	Médecine Interne/Pneumologie
63.	ATENGUENA OBALEMBA Etienne	AS	Médecine interne/Oncologie
64.	FOJO TALONGONG Baudelaire	AS	Médecine Interne/Rhumatologie
65.	MASSONGO MASSONGO	AS	Médecine Interne/Pneumologie
66.	MBONDA CHIMI Paul Cédric	AS	Médecine Interne/Neurologie

67.	NDJITTOYAP NDAM Antonin Wilson	AS	Médecine Interne/Hépto Gastro-Entéro.
68.	OLEMBE MAGA Helene Josiane	AS	Médecine Interne/Psychiatrie
69.	OWONA NGADEBE Amalia Ariane	AS	Médecine Interne/Cardiologie

DEPARTEMENT D'IMAGERIE MEDICALE ET RADIOLOGIE

70.	ZEH Odile Fernande (CD)	P	Radiologie/Imagerie Médicale
71.	GONSU Joseph	P	Radiologie/Imagerie Médicale
72.	GUEGANG GOUJOU. E.	P	Imagerie Médicale/Neuroradiologie
73.	MOIFO Boniface	P	Radiologie/Imagerie Médicale
74.	MOUELLE SONE	P	Radiothérapie
75.	NKO'O AMVENE Samuel	P	Radiologie/Imagerie Médicale
76.	ONGOLO ZOGO Pierre	MCA	Radiologie/Imagerie Médicale
77.	MBEDE Maggy	AS	Radiologie/Imagerie Médicale
78.	MEKA 'H MAPENYA Ruth Rosine	AS	Radiothérapie

DEPARTEMENT DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

79.	KASIA Jean Marie (CD)	P	Gynécologie Obstétrique
80.	FOUMANE Pascal	P	Gynécologie Obstétrique
81.	MBOUDOU Émile	P	Gynécologie Obstétrique
82.	MBU ENOW Robinson	P	Gynécologie Obstétrique
83.	KEMFANG NGOWA J.D.	MCA	Gynécologie Obstétrique
84.	TEBEU Pierre Marie	MCA	Gynécologie Obstétrique
85.	DOHBIT Julius SAMA	MC	Gynécologie Obstétrique
86.	MVE KOH Valère Salomon	MC	Gynécologie Obstétrique
87.	NKWABONG Elie	MC	Gynécologie Obstétrique
88.	BELINGA Etienne	MA	Gynécologie Obstétrique
89.	ESSIBEN Félix	MA	Gynécologie Obstétrique
90.	FOUEDJIO Jeanne H.	MA	Gynécologie Obstétrique
91.	NGO UM Esther Juliette épouse MEKA	MA	Gynécologie Obstétrique
92.	NOA NDOUA Claude Cyrille	MA	Gynécologie Obstétrique
93.	METOGO NTSAMA Junie Annick	AS	Gynécologie Obstétrique

DEPARTEMENT D'OPHTALMOLOGIE, D'ORL ET DE STOMATOLOGIE

94.	DJOMOU François (CD)	MC	ORL
95.	BELLA Assumpta Lucienne	P	Ophthalmologie
96.	EBANA MVOGO Côme	P	Ophthalmologie
97.	NDJOLO Alexis	P	ORL(Retraite)
98.	NJOCK Richard	P	ORL
99.	OMGBWA EBALE André	P	Ophthalmologie
100.	KAGMENI Gilles	MCA	Ophthalmologie
101.	ELLONG Augustin	MC	Ophthalmologie
102.	ÉPÉE Émilienne	MC	Ophthalmologie
103.	BILLONG Yannick	MA	Ophthalmologie
104.	DOHVOMA Andin Viola	MA	Ophthalmologie
105.	EBANA MVOGO Stève Robert	MA	Ophthalmologie
106.	KOKI Godefroy	MA	Ophthalmologie
107.	NGABA Olive	CC	ORL
108.	ANDJOCK NKOOU Yves Christian	AS	ORL
109.	ASMAOU BOUBA Dalil	AS	ORL
110.	BOLA SIAFA Antoine	AS	ORL
111.	MVILONGO TSIMI Epse BENGONO	AS	Ophthalmologie

DEPARTEMENT DE PEDIATRIE

112.	MONEBENIMP Francisca (CD)	P	Pédiatrie
113.	ABENA OBAMA Marie Thérèse	P	Pédiatrie
114.	CHIABI Andreas	P	Pédiatrie
115.	KOKI NDOMBO Paul	P	Pédiatrie
116.	CHELO David	MCA	Pédiatrie
117.	NGUEFACK épouse DONGMO Félicité	MCA	Pédiatrie
118.	NGUEFACK Séraphin	MCA	Pédiatrie
119.	MAH Evelyn	MC	Pédiatrie
120.	MBASSI AWA	MC	Pédiatrie
121.	ONGOTSOYI Angèle H.	MC	Pédiatrie
	KALLA Ginette Claude épouse MBOPI	MA	Pédiatrie
122.	KEOU		
123.	NGO UM KINJEL Suzanne épse SAP	MA	Pédiatrie
124.	NOUBI N. épouse KAMGAING M.	CC	Pédiatrie

125. MEKONE NKWELLE Isabelle AS Pédiatrie

**DEPARTEMENT DE MICROBIOLOGIE, PARASITOLOGIE, HEMATOLOGIE ET
MALADIES INFECTIEUSES**

126. **MBOPI KEOU François-Xavier (CD)** P Bactériologie/ Virologie
 127. ADIOGO Dieudonné P Microbiologie/Virologie
 128. GONSU née KAMGA Hortense P Bactériologie
 129. LUMA Henry P Bactériologie/ Virologie
 130. MBANYA Dora P Hématologie
 131. NKOA Thérèse MC Microbiologie /Hématologie
 132. OKOMO ASSOUMOU Marie C. MC Bactériologie/ Virologie
 133. TAYOU TAGNY Claude MC Microbiologie/Hématologie
 134. TOUKAM Michel MC Microbiologie
 135. CHETCHA CHEMEGNI Bernard MA Microbiologie/Hématologie
 136. KINGE Thomson Njie CC Maladies Infectieuses
 137. LYONGA Emilia ENJEMA CC Microbiologie Médicale
 NDOUMBA NKENGUE Annick épouse CC Hématologie
 138. MINTYA
 139. VOUNDI VOUNDI Esther CC Virologie
 140. BEYELA Frédérique AS Maladies Infectieuses
 141. ESSOMBA René Ghislain AS Immunologie
 142. NGANDO Laure Epse MOUDOUTE AS Parasitologie

DEPARTEMENT DE SANTE PUBLIQUE

143. **KAMGNO Joseph (CD)** P Santé Publique /Epidémiologie
 P Santé Publique/Anthropologie
 144. ESSI Marie Josée Médicale
 145. NGUEFACK TSAGUE MC Santé Publique /Biostatistique
 146. TAKOUGANG Innocent MC Santé Publique
 147. TANYA née NGUTI K. A. MC Nutrition
 MA Informatique Médicale/Santé
 148. BEDIANG Georges Wylfred Publique
 149. BILLONG Serges Clotaire CC Santé Publique
 150. KEMBE ASSAH Félix CC Epidémiologie
 151. KWEDI JIPPE Anne Sylvie CC Epidémiologie

152.	NJOUMEMI ZAKARIAOU	CC	Santé Publique/Economie de la Santé
153.	MOSSUS Tatiana née ETOUNDOU AKONO	AS	Santé Publique/Promotion de la Santé

DEPARTEMENT DES SCIENCES MORPHOLOGIQUES-ANATOMIE PATHOLOGIQUE

154.	SANDO Zacharie (CD)	P	Anatomie Pathologie
155.	ESSAME OYONO	P	Anatomie Pathologie
156.	FEWOU Amadou	P	Anatomie Pathologie
157.	MENDIMI NKODO Joseph	MC	Anatomie Pathologie
158.	AKABA Désiré	CC	Anatomie Humaine
159.	BISSOU MAHOP	CC	Médecine de Sport
160.	KABEYENE OKONO Angèle	CC	Histologie/Embryologie
161.	NSEME Eric	CC	Médecine légale
162.	NGONGANG Gilbert Frank Olivier	AS	Médecine légale

DEPARTEMENT DE BIOCHIMIE

163.	NDONGO EMBOLA épouse TORIMIRO Judith (CD)	MC	Physiologie/Biologie Moléculaire
164.	MBACHAM Wilfried	P	Biochimie
165.	AMA MOOR Vicky Joceline	MCA	Biologie Clinique/Biochimie
166.	PIEME Constant Anatole	MC	Biochimie
167.	ADIOGO Andrea	AS	Biologie médicale
168.	BONGHAM BERINYUI	AS	Biochimie

DEPARTEMENT DE PHYSIOLOGIE

169.	ETOUNDI NGOA Laurent Serges (CD)	P	Physiologie
170.	ASSOMO NDEMBA Peguy Brice	CC	Physiologie
171.	AZABJI KENFACK Marcel	CC	Physiologie
172.	DZUDIE TAMDJIA Anastase	CC	Physiologie
173.	EBELLA DALLE Ernest Remy Herve	AS	Physiologie

DEPARTEMENT DE PHARMACOLOGIE ET DE MEDECINE TRADITIONNELLE

174.	NGONO MBALLA Rose ABONDO (CD)	CC	Pharmaco-thérapeutique africaine
175.	NGADJUI CHALEU Bonaventure	P	Pharmacie/Phytochimie
176.	NDIKUM Valentine	CC	Pharmacologie
177.	BAYAGA Hervé Narcisse	AS	Pharmacie

178.	NYANGONO NDONGO Martin	AS	Pharmacie
179.	ONDOUA NGUELE Marc Olivier	AS	Pharmacologie

**DEPARTEMENT DE CHIRURGIE BUCCALE, MAXILLO-FACIALE ET
PARODONTOLOGIE**

180.	BENGONDO MESSANGA Charles (CD)	P	Stomatologie
181.	MINDJA EKO David	CC	ORL/Chirurgie Maxillo-Faciale
182.	NOKAM TAGUEMNE M.E.	CC	Médecine Dentaire
183.	BITHA BEYIDI Thècle Rose Claire	AS	Chirurgie Maxillo Faciale
184.	EDOUMA BOHIMBO Jacques Gerald	AS	Stomatologie/Chirurgie
185.	GAMGNE GUIADEM C.M	AS	Chirurgie Dentaire
	LOWE NANTCHOUANG Jacqueline	AS	Odontologie Pédiatrique
186.	Michèle épouse ABISSEGUE		
187.	MBEDE NGA MVONDO Rose	AS	Médecine Dentaire
188.	Reine BILONG MOUTAPAM Pamela	AS	Médecine Dentaire

DEPARTEMENT DE PHARMACOGNOSIE ET CHIMIE PHARMACEUTIQUE

189.	NTSAMA ESSOMBA Claudine (CD)	P	Pharmacognosie /Chimie pharmaceutique
190.	GUEDJE Nicole Marie	MC	Ethnopharmacologie/Biologie végétale
191.	NGAMENI Barthélémy	MC	Phytochimie/ Chimie Organique
192.	NGOUPAYO Joseph	MC	Phytochimie/Chimie Générale

DEPARTEMENT DE PHARMACOTOXICOLOGIE ET PHARMACOCINETIQUE

193.	NGUIDJOE Evrard Marcel (CD)	CC	Pharmacologie
194.	FOKUNANG Charles	P	Biologie Moléculaire
195.	TEMBE Estella épouse FOKUNANG	MC	Pharmacologie Clinique
196.	TABI OMGBA	CC	Pharmacie

**DEPARTEMENT DE PHARMACIE GALENIQUE ET LEGISLATION
PHARMACEUTIQUE**

197.	NNANGA NGA Emmanuel (CD)	MC	Pharmacie Galénique
	MBOLE Jeanne Mauricette épouse	CC	Management de la qualité, Contrôle qualité des produits de santé et des aliments
198.	MVONDO M.		
199.	SOPPO LOBE Charlotte Vanessa	CC	Contrôle qualité médicaments

P = Professeur

MCA = Maître de Conférences Agrégé

MC = Maître de Conférences

MA = Maître Assistant

CC = Chargé de Cours

AS = Assistant

SERMENT D'HIPPOCRATE

Je prends l'engagement solennel de consacrer ma vie au service de l'humanité ;

Je témoignerai à mes maîtres le respect et la reconnaissance qui leur sont dus ;

J'exercerai ma profession avec conscience et dignité ;

Je considérerai la santé de mon patient comme mon premier souci ;

Je respecterai les secrets qui me seront confiés, même après la mort du patient ;

Je maintiendrai, dans toute la mesure de mes moyens, l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale ;

Mes collègues seront mes sœurs et mes frères ;

Je ne permettrai pas que des considérations d'âge, de maladie ou d'infirmité, de croyance, d'origine ethnique, de sexe, de nationalité, d'affiliation politique, de race, d'inclinaison sexuelle, de statut social ou tout autre critère s'interposent entre mon

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Stades cliniques de l'encéphalopathie hépatique [27].....	42
Tableau II : Score pronostic de Child Pugh [30].	44
Tableau III :Catégorisation de l'évaluation globale	55
Tableau IV : Données socio démographiques	60
Tableau V : Présentation clinique du malade.....	61
Tableau VI : Pronostic et étiologie de la pathologie.....	62
Tableau VII : Distribution des connaissances justes sur la décompensation cirrhotique	63
Tableau VIII : Représentation de la Décompensation cirrhotique	65
Tableau IX : Distribution des pratiques préventives et curatives	67
Tableau X : Répartition des motifs de recours non médical	68
Tableau XI : Perception des participants en fonction du profil socio démographique.....	70

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Signes d'insuffisance hépatocellulaire	39
Figure 2 : Aspect des varices œsophagiennes en endoscopie	40
Figure 3 : Varices œsophagiennes hémorragiques	40
Figure 4 : Décompensation ascitique d'une cirrhose	41
Figure 5 : Ictère conjonctivale	43
Figure 6 : Carcinome hépatocellulaire.	43
Figure 7 : Recrutement des patients et/ou garde malade.	58
Figure 8 : Recrutement des dossiers médicaux	58
Figure 9 : répartition des Hôpitaux de recrutement.	59
Figure 10 : Distribution des comorbidités dans la population	62
Figure 11 : Distribution du niveau de connaissances.	64
Figure 12 : Distribution de la qualité d'attitudes globale.	66
Figure 13 : Distribution de la Qualité des pratiques	68
Figure 14 : Distribution de la Qualité des perceptions globales.	69

ABREVIATIONS, ACRONYMES ET SIGLES

ADH: Hormone anti diurétique

AEG: Altération de l'état général

AFP: Alpha foeto protéine

AINS: Anti inflammatoire non stéroïdien

ALAT: Alanine amino transférase

ASAT: Aspartate amino transférase

AVK: Anti-vitamine K

CAP : Connaissances Attitudes Pratiques

CCMH: Concentration Corpusculaire moyenne en Hémoglobine

CHC: Carcinome Hépatocellulaire

CVC: Circulation veineuse collatérale

EH: Encéphalopathie hépatique

HTA: Hypertension Artérielle

HTAP: Hypertension Artérielle Pulmonaire

HTP: Hypertension Portale

IHC: Insuffisance Hépatocellulaire

ILA: Infection du liquide d'ascite

MC: Medio-claviculaire

OMI: Œdème des membres inférieurs

ORL: Oto-Rhino-Laryngologie

PBH: Ponction biopsie hépatique

PNN: Polynucléaire neutrophile

SHR: Syndrome hépatorenal

SRAA: Système rénine Angiotensine Aldostérone

TDM: Tomodensitométrie

TIPS: Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt

TP: Taux de prothrombine

UI/L: Unité internationale/Litre

VCI: Veine cave inférieure

VGM: Volume globulaire moyen

VHB: Virus de l'hépatite B

VHC: Virus de l'hépatite C

VHD: Virus de l'hépatite D

VIH: Virus de l'immuno-déficience-humain

VO: Varice Œsophagienne

RESUME

Contexte : Avoir des recours aux soins précoces et appropriés en cas de cirrhose, est un challenge dans notre contexte. Malgré les nombreuses campagnes de sensibilisations faites, le retard dans la prise en charge médicale demeure. Le constat sur l'évolution des malades suggère que : les patients porteurs de cirrhose disparaissent du circuit de suivi hospitalier pendant la phase asymptomatique, avec des recours aux soins divers. Lorsque surviennent la décompensation, le retour à l'hôpital est souvent accompagné d'appréhension. Ces dernières sont dues aux manifestations effrayantes, stigmatisantes de sa pathologie dans la plupart des cas. Pour améliorer cet état des choses, le malade et son entourage devraient avoir une bonne perception de la maladie.

Objectif : Evaluer la perception de la décompensation cirrhotique par les patients et leur garde-malade.

Méthodologie : il s'est agi d'une étude CAP (Connaissances Attitudes Pratiques) réalisée dans 07 hôpitaux dont 3 en région urbaine et 4 en région semi-urbaine sur une durée de 07 mois. Les Participants ayant donné leur consentement étaient soumis à un questionnaire administré de 43 questions autour des 5 items de la problématique. L'analyse de données s'est faite à l'aide du logiciel SPSS 20.0. Le lien entre les variables a été évalué à l'aide du test de khi2 avec une valeur $p < 0,05$ considérée comme significative.

RESULTATS : Au total, 100 individus ont été colligés, soit 18 en région semi-urbaine et 82 en région urbaine. La tranche d'âge de 30 à 45 ans était la plus représentée (33%) avec une moyenne d'âge de 51,5ans et un sex-ratio de 0,61. Le niveau d'instruction secondaire était le plus retrouvé (39,0%).

Cliniquement, la prévalence hospitalière de la cirrhose du foie était de 6,3%. Le principal motif de consultation était le ballonnement abdominal (68%) ; 47,92% des patients présentaient un syndrome d'hypertension portale ; et le syndrome d'insuffisance hépatocellulaire était présent chez 20,14% de malades. On notait que la majorité des patients (72%) présentait une ascite et une altération de l'état général. L'hépatite C était l'étiologie la plus retrouvée de cirrhose.

S'agissant des connaissances sur la pathologie cirrhotique, 47% des participants désignaient la pathologie par le terme « cirrhose ». En ce qui concerne les manifestations de la maladie, au moins une réponse exacte était donnée par tous les participants. 91% des participants

prévoient une fin funeste précoce au vu de l'état clinique lié à la maladie ; malgré tout, le recours pour la prise en charge était hospitalier dans la plus part des cas (98%). La principale source d'information était le personnel médical (72%). Au final, le niveau de connaissances globales était moyen chez 54% des participants et insuffisant dans 46% des cas. Et ce niveau corrélait de façon significative avec le score pronostic ; on avait une amélioration du niveau de connaissance avec la gravité de la maladie.

Au niveau des Attitudes, les croyances négatives étaient prédominantes sur les entités d'identité (63%), de durée de la maladie (84%) ; ainsi que les conséquences (52%) et le control personnel (69%). On a pu objectiver des détresses émotionnelles chez 50% des participants avec des humeurs dépressives, de l'anxiété, et la peur. Les causes étaient réparties en facteurs déclencheurs (53%) et en facteurs d'entretien de la maladie (39,33%) avec des considérations parfois magico-culturelles. En somme, la qualité des attitudes globales était répartie en néfaste (2%), erronée (50%), approximative (38%), juste (10%). Et cette qualité corrélait de façon significative avec le score pronostic ; on avait une amélioration de la qualité des attitudes en fonction de la gravité de la maladie.

Concernant les pratiques, la violence et la frayeur de certaines complications suscitaient la crainte. 72% des participants avaient un recours médical, et 73% des participants suivaient uniquement un traitement médical. Dans la maladie, l'assistance familiale multiforme était présente chez 51,8% de participants. L'éviction de l'alcool a été citée par la moitié de la population comme moyen de prévention ainsi que le régime hyposodé. L'idée d'un recours non médical aux soins de santé était influencée par l'entourage (54%), la nature des soins (85%), et des raisons personnelles (18%). En somme, les pratiques en ce qui concerne la prise en charge et la prévention de la cirrhose du foie étaient néfaste (3%), inadéquate (58%) et adéquate (39%). Et ces pratiques s'amélioraient avec l'évolution du score pronostic.

La perception globale des patients porteurs de cirrhose et leur garde malade était moyenne (67%) et insuffisante (33%). Aussi ces perceptions s'amélioraient avec le score pronostic.

Conclusion : La perception globale des patients porteurs de cirrhose et leur garde malade était moyenne (67%) et insuffisante (33%). Bien que le score pronostic des patients s'aggrave, la perception s'améliorait ; ceci suggère un rehaussement des perceptions en fonction du niveau d'information. Aussi, il apparait nécessaire de mettre sur pied des programmes d'éducation précoce des patients sur la cirrhose en générale et sur la décompensation cirrhotique en particulier.

Mots clés : perception, décompensation cirrhotique, recours aux soins, Yaoundé.

ABSTRACT

Context : Having recourse to early and appropriate care in the event of cirrhosis is a challenge in our context. Despite the many awareness campaigns carried out, the delay in medical care remains. The findings on the development of patients suggest that: patients with cirrhosis disappear from the hospital monitoring circuit during the asymptomatic phase, with recourse to various care. When decompensation occurs, returning to the hospital is often accompanied by apprehension. The latter are due to the frightening manifestations, stigmatizing of its pathology in most cases.

To improve this state of affairs, the patient and his entourage should have a good perception of the disease.

Objective: To assess the perception of cirrhotic decompensation by patients and their caregivers.

Methodology: This was a CAP (Knowledge and Practical Attitudes) study carried out in 07 hospitals, including 3 in urban areas and 4 in semi-urban areas over a period of 07 months. Participants who gave their consent were subjected to a questionnaire administered with 43 questions around the 5 items of the problem. Data analysis was performed using SPSS 20.0 software. The link between the variables was assessed using the chi-square test with a $p < 0.05$ value considered significant.

RESULTS: A total of 100 individuals were collected, 18 in semi-urban area and 82 in urban area. The 30 to 45 age group was the most represented (33%) with an average age of 51.5 years and a sex ratio of 0.61. Secondary education was the most common (39.0%).

Clinically, the hospital prevalence of cirrhosis of the liver was 6.3%. The main reason for consultation was abdominal bloating (68%); 47.92% of patients presented with portal hypertension syndrome; and hepatocellular insufficiency syndrome was present in 20.14% of patients. It was noted that the majority of patients (72%) presented with ascites and altered general condition. Hepatitis C was the most common etiology of cirrhosis.

When it comes to knowledge about cirrhotic pathology, 47% of participants referred to the pathology as "cirrhosis". Regarding the manifestations of the disease, at least one correct answer was given by all participants. 91% of participants expected an early fatal end given the clinical

status of the disease; in spite of everything, the recourse for the assumption of responsibility was hospital in the majority of the cases (98%). The main source of information was medical staff (72%). In the end, the level of overall knowledge was average in 54% of participants and insufficient in 46% of cases. And this level correlated significantly with the prognostic score; we had an improvement in the level of knowledge with the severity of the disease. At the level of Attitudes, negative beliefs were predominant on identity entities (63%), illness duration (84%); as well as the consequences (52%) and personal control (69%). Emotional distress was found in 50% of participants with depressive moods, anxiety, and fear. The causes were divided into trigger factors (53%) and disease maintenance factors (39.33%) with sometimes magico-cultural considerations. In short, the quality of overall attitudes was classified as negative (2%), erroneous (50%), approximate (38%), correct (10%). And this quality correlated significantly with the prognostic score; there was an improvement in the quality of attitudes depending on the severity of the disease. Concerning the practices, violence and fear of certain complications aroused fear. 72% of the participants had a medical remedy, and 73% of the participants were only following medical treatment. In the disease, multifaceted family assistance was present in 51.8% of participants. Avoiding alcohol was cited by half of the population as a preventive measure, along with a low sodium diet. The idea of non-medical use of health care was influenced by those around them (54%), the nature of the care (85%), and personal reasons (18%). In sum, the practices regarding the management and prevention of cirrhosis of the liver were harmful (3%), inadequate (58%) and adequate (39%). And these practices improved with the evolution of the prognostic score.

The overall perception of patients with cirrhosis and their care was average (67%) and insufficient (33%). Also these perceptions improved with the prognostic score.

Conclusion: The overall perception of patients with cirrhosis and their sick care was average (67%) and insufficient (33%). Although the patients' prognosis score worsened, perception improved; this suggests an enhancement of perceptions depending on the level of information. Also, it appears necessary to set up early education programs for patients on cirrhosis in general and on cirrhotic decompensation in particular.

Keywords: perception, cirrhotic decompensation, recourse to treatment, Yaoundé.

INTRODUCTION

La décompensation cirrhotique est définie comme l'ensemble des complications témoignant de l'incapacité d'un foie cirrhotique à assurer ses fonctions.

La cirrhose quant à elle est un processus diffus caractérisé par une fibrose mutilante disséminée et une altération de l'architecture du foie. Histologiquement, elle est vue comme un processus associant une fibrose et des nodules de régénération [1]. C'est le stade terminal des grandes variétés des maladies chroniques du foie indépendamment de l'étiologie. On dit que la cirrhose est décompensée quand survient une complication mécanique et/ou pathophysiologique liée à cette évolution hépatique: ascite, rupture de varices œsophagiennes, encéphalopathie hépatique etc. La cirrhose est une maladie irréversible, elle est peu ou pas symptomatique au début. La prévalence de la cirrhose dans la population camerounaise n'est pas connue malgré le problème de santé publique qu'elle représente. On estime qu'une cirrhose sur trois passe inaperçue, du fait qu'elle est cliniquement latente. Néanmoins, peu de données sont disponibles en ce qui concerne l'incidence ou la fréquence des décompensations hépatiques dans la plupart des pays. Par ailleurs, la cirrhose du foie dans nos régions est déterminée par plusieurs étiologies au rang desquelles l'infection chronique à virus de l'hépatite B à 54,50% suivie de l'éthylisme chronique à 34%, et par l'influence de certains cofacteurs que sont l'infection à VIH et la sous-alimentation nécessitant la mise en place de mesures préventives efficaces [2]. Dans cette logique, il est compréhensible que plus de la moitié (51,11%) des patients aient désigné en premier lieu les virus de l'hépatite B et C comme causes possibles de la cirrhose lors d'une étude menée au Cameroun en 2019[3]. On peut donc déduire que la cirrhose est une maladie fréquente dans notre pays en raison de la prévalence élevée des hépatites virales chroniques. Dans la majorité des cas, le pronostic d'une décompensation chez le cirrhotique reste sévère: en 2001, l'OMS estime que 37 000 personnes sont décédées de suite de complications de cirrhose en Afrique [4].

Le constat fait sur l'évolution des malades suggère que : les patients porteurs de cirrhose disparaissent du circuit de suivi hospitalier pendant la phase asymptomatique, avec des recours aux soins divers. Lorsque surviennent les complications, le retour à l'hôpital est souvent accompagné d'appréhension. Ces représentations sont dues aux manifestations effrayantes, stigmatisantes de sa pathologie dans la plupart des cas. Des chercheurs Australiens ont montré en Août 2017 que : plusieurs patients ayant des pathologies chroniques ne possédaient pas la connaissance et les aptitudes, nécessaires pour avoir accès et interpréter correctement les informations qui concernent leur état de santé [5].

La certitude de la prise en charge efficace de la maladie reste préoccupante, quand on considère le volet psychologique du patient et le regard de la communauté. En Afrique en général et au

Cameroun en particulier, la perception des signes clinique de la cirrhose décompensée et l'interprétation qui en est tirée font recours à des explications magico culturelles diverses qui ne facilitent pas la prise en charge.

Au vu de ce qui précède, l'objectif de la présente étude est de décrire la perception de la décompensation cirrhotique et d'en déduire l'interprétation que celle-ci suscite chez le patient cirrhotique et son garde-malade. Ceci dans un intérêt thérapeutique premièrement avec des recours aux soins plus appropriés, ensuite dans un intérêt économique mais surtout social pour un meilleur vécu et une meilleure acceptation de sa situation par le patient et son garde-malade. Il sera question de déterminer l'interprétation de la décompensation cirrhotique chez les patients atteints de cirrhose et leur entourage, en tant qu'elle détermine les itinéraires thérapeutiques.

Chapitre I :
PROBLEMATIQUE

I- JUSTIFICATION

La décompensation cirrhotique est perçue comme une fatalité, pour plusieurs raisons en rapport avec des facteurs divers en l'occurrence : la tradition, l'environnement ou l'éducation. Cette perception a un impact sur le suivi des patients et le choix du recours aux soins.

II- QUESTION DE RECHERCHE

Quelle est la perception des patients et/ou leur garde-malade par rapport à la décompensation cirrhotique.

III- HYPOTHESE

La décompensation cirrhotique, de par le mal être qu'il entraîne et les déformations physiques qu'elle cause est perçue comme un châtiment, une fatalité, comme la mort par le patient et son entourage ; entraînant une interprétation erronée et un retard dans la prise en charge.

IV-OBJECTIFS

a) Objectif général

Evaluer la perception de la décompensation cirrhotique par les patients et leur garde-malade.

b) Objectifs spécifiques

- Evaluer les connaissances des patients et/ou leur garde-malade sur la décompensation cirrhotique ;
- Identifier leurs attitudes vis-à-vis de la décompensation cirrhotique ;
- Décrire leurs pratiques de prise en charge de ces complications.

V- INTERET DE LA RECHERCHE

L'intérêt scientifique de cette recherche est d'établir le profil de représentations des décompensations cirrhotiques dans notre contexte; du fait des croyances, des convictions et des religions qui nous sont propres.

VI-CADRE THEORIQUE

Le présent travail est une étude de médecine interne dans la spécialité d'hépatogastroentérologie; il entre dans la recherche en vue de l'amélioration de la prise en charge et de recours aux soins grâce à la compréhension de la décompensation cirrhotique vue par le patient et son

entourage. Il embrasse donc fièrement la santé publique par la portée anthropologique majeure qu'il revêt.

VII- LISTE DES VARIABLES

1. **Sociodémographique** : âge, sexe, niveau d'instruction, profession, religion, lieu de résidence, durée de la maladie.
2. **Epidémio clinique** : motif de consultation, signes cliniques, étiologies, complications, score pronostic.
3. **Connaissances** :
 - Pathologie : Dénomination, manifestations, complications.
 - Prise en charge : curabilité, offres thérapeutiques, mode de vie.
4. **Attitudes** :
 - **Représentations cognitive** : identité, durée, conséquences, control personnel.
 - **Représentation émotionnelle** : cohérence, attente d'efficacité du traitement.
 - **Causes** : facteurs de risques, acquisitions psychologiques passives, responsabilité d'autrui, prise de risque du sujet, causes médicales, chance et immunité.
5. **Pratiques** :
 - Prévention : Mesures préventives, facteurs de décompensation, autres paramètres.
 - Prise en charge : Itinéraire thérapeutique, suivi du traitement, obstacles au traitement.
6. **Recommandations** : ministère de la santé, institutions hospitalières, chercheurs.

VIII- DEFINITIONS OPERATIONNELLES

Attente d'efficacité du traitement : Croyances concernant l'efficacité du traitement pour améliorer la condition de santé actuelle ou contrôler les symptômes qui y sont associés.

Attitudes : sont un ensemble complexe formé par les perceptions, les croyances, les représentations, et les motivations face à un phénomène [6].

Cohérence : Croyance de la personne qui considère (ou non) avoir une compréhension logique et satisfaisante, selon elle, de sa condition de santé actuelle.

Connaissances : Ensemble des informations acquises par des personnes sur une question de santé donnée. Elles permettent à chaque personne de cerner son niveau de vulnérabilité face à cette question [6].

Control personnel : Il s'agit de l'avis du patient concernant la possibilité de contrôler ou de guérir la maladie. Ce contrôle peut concerner l'efficacité du traitement proposé ou les actions du sujet lui-même sur sa maladie.

Décompensations : Rupture de l'équilibre physiologique de la fonction d'un organe.

Entourage : l'ensemble constitué de garde malade et des personnes en contact direct avec le malade et qui par conséquent subissent la maladie sur le plan : économique, social,...

Identité : Elle est basée sur l'étiquette (le nom) de la maladie et les symptômes que le patient y associe. Elle va donc déterminer la perception de la sévérité de la maladie.

Itinéraire thérapeutique : ou parcours de soins est l'ensemble des décisions prises et des actes effectués par le malade au cours de la prise en charge de sa maladie, de sa découverte à sa guérison. Il concerne tous les acteurs de la maladie à savoir les professionnels de la santé et du social, le patient et sa famille.

Observance : est l'assiduité dont un malade fait preuve devant les recommandations du soignant.

Perceptions : Evènement cognitif dans lequel un stimulus ou un objet présent dans l'environnement immédiat d'un individu lui est représenté dans son activité psychologique interne, en principe de façon consciente [6].

Pratiques : sont les actes concrets réalisés par le malade pour faire face au risque de décompensation cirrhotique [6].

Prévention : est l'ensemble des mesures et des pratiques mises en place pour éviter la survenue d'un évènement. Dans le cas de la décompensation cirrhotique, il s'agit d'une prévention tertiaire : elle vise à éviter les complications de la cirrhose et leur récurrence, donc à réduire au maximum les invalidités fonctionnelles consécutives à la maladie.

Représentation émotionnelle : concerne les émotions que le patient ressent face à sa maladie.

Représentations cognitive : L'approche cognitive considère que les personnes construisent des représentations du monde extérieur, internes et personnelles, qui reflètent la compréhension qu'un individu a de ses expériences passées, et qui vont ensuite être utilisées pour interpréter les nouvelles expériences et planifier le comportement de réponse de l'individu.

Responsabilité : Nécessité morale de remplir un devoir, un engagement.

Responsabilité d'autrui : la part d'implication d'une tierce personne dans une situation.

Sources : Origine d'une information.

Stigmatisation : Est un phénomène basé sur la discrimination d'un individu par un groupe majoritaire.

Chapitre II :
REVUE DE LA LITTERATURE

I.RAPPEL DES CONNAISSANCES

La cirrhose est la conséquence d'une agression chronique du foie. Elle est histologiquement définie comme étant un processus diffus de la glande hépatique associant une fibrose et des nodules de régénération [8]. L'incidence annuelle de la cirrhose dans le monde varie de 1,3 à 5,9 %. En France la prévalence de la cirrhose est de 1500 à 2500 cas par million d'habitants avec une incidence annuelle de 150 à 200 cas par million d'habitants. Sur cette population environ 100 mille malades sont symptomatiques [9]. La prévalence des cirrhoses en Afrique de l'Ouest est variable : au Burkina Faso celle hospitalière était de 5,9 % à Ouagadougou en 2002 [10] et de 2,07 % à Bobo-Dioulasso en 1997 [11]. Elle était de 4,05 % au Mali en 2002 [12].

Les étiologies de la cirrhose du foie sont nombreuses et variées selon les régions du globe. En Europe l'alcoolisme est la première cause. En Afrique au sud du Sahara elles sont dominées par les hépatites virales chroniques B et C [09-14]. La décompensation cirrhotique désigne l'ensemble des complications témoignant de l'incapacité d'un foie cirrhotique à assurer ses fonctions. Elle survient par évolution naturelle de la plupart des maladies chroniques du foie, après une période variable de latence de la dite cirrhose. Peu de données sont disponibles en ce qui concerne l'incidence ou la fréquence des décompensations hépatiques.

1- Rappels

1) Rappels anatomiques

Le foie est la plus volumineuse des glandes annexes du tube digestif. Il est doté de fonctions métaboliques complexes et indispensables à la vie qui sont: la détoxification des produits de déchets métaboliques, le métabolisme du glucose, la biosynthèse des protéines plasmatiques, la synthèse et l'excrétion de la bile. Chez le vivant, il est gorgé de sang et son poids est de l'ordre de 2300 à 2500 g. Ses dimensions chez l'adulte sont d'environ 28 cm de longueur sur 15 cm dans le sens antéro-postérieur et 8 cm d'épaisseur. La surface du foie est lisse. Elle est subdivisée en trois faces : supérieure ou diaphragmatique, inférieure ou viscérale et postérieure. Ces trois faces sont séparées par trois bords : antérieur, postéro-supérieur et postéro-inferieur.

2) Histologie

Le foie apparait sur coupe histologique comme un tissu homogène très richement vascularisé. Le parenchyme hépatique est constitué à 90% de travées unicellulaires d'hépatocytes, séparés les uns des autres par des capillaires sinusoides. La matrice extracellulaire hépatique est constituée de faibles quantités de collagène, de glycoprotéines non collagéniques, de protéoglycanes et de fibres élastiques, synthétisées par les cellules stellaires du foie. Il existe

un mécanisme de régulation qui permet d'obtenir un équilibre entre la production de ces protéines naturelles (fibrogénèse) et leur dégradation (fibrolyse).

La cellule hépatique est incontestablement l'élément cellulaire le plus adaptable de l'organisme. En même temps qu'elle possède des fonctions exocrines et endocrines, elle synthétise et stocke certaines substances, elle en détoxique d'autres, elle en transporte encore d'autres.

3) Rappels physiopathologiques

En cas d'agression chronique du foie, il y a une destruction hépatocytaire et une stimulation des cellules stellaires; ces cellules étoilées stimulées vont être responsables d'une hyperproduction des substances fibrosantes précédentes dépassant les capacités de dégradation. C'est ce déséquilibre entre fibrogénèse et fibrolyse au profit de la fibrogénèse qui aboutit à la formation d'une fibrose extensive. Pour compenser la destruction des hépatocytes, il se produit une régénération des hépatocytes restants, mais du fait de la fibrose, cette régénération des hépatocytes n'aboutit plus à la reconstitution de lobules normaux, mais à la formation d'amas d'hépatocytes ayant perdu leurs connexions vasculaires et biliaires normales ; c'est à ces amas d'hépatocytes qu'on donne le nom de nodules de régénération. Pour compenser la destruction des hépatocytes, il se produit une régénération des hépatocytes restants, mais du fait de la fibrose, cette régénération des hépatocytes n'aboutit plus à la reconstitution de lobules normaux, mais à la formation d'amas d'hépatocytes ayant perdu leurs connexions vasculaires et biliaires normales ; c'est à ces amas d'hépatocytes qu'on donne le nom de nodules de régénération.

Il résulte de ce bouleversement architectural du foie :

- D'une part une diminution de la masse fonctionnelle hépatique et de la qualité des échanges entre le système vasculaire et les espaces intercellulaires avec comme conséquence une insuffisance hépatocellulaire (IHC)
- D'autre part une hypertension portale (HTP) par bloc intra hépatique en rapport avec la fibrose et les phénomènes vasomoteurs intra hépatiques: diminution de la production intra hépatique de monoxyde d'azote (vasodilatateur) et augmentation de la synthèse intra hépatique d'endothéline (vasoconstricteur)

L'insuffisance hépatocellulaire a pour conséquence une diminution des fonctions de synthèse d'où résultent une hypo prothrombinémie par diminution de la synthèse des facteurs de coagulation par le foie, une baisse de facteur V et une hypo albuminémie ainsi qu'une hypocholestérolémie. Elle entraîne également une diminution des fonctions d'épuration et des fonctions biliaires.

2- Etiologie des cirrhoses

Les cirrhoses ont des causes diverses:

a. Causes infectieuses

Il s'agit du virus de l'hépatite B (VHB) associé ou non au virus de l'hépatite D (VHD) et du virus de l'hépatite C (VHC). Le VHB est la première cause dans les zones d'endémie.

b. Causes toxiques

- Alcoolique :

Les principaux éléments orientant vers une origine alcoolique chez un malade atteint d'une cirrhose sont l'existence d'une intoxication chronique, actuelle ou ancienne et l'absence d'autres causes. Les signes cliniques liés à l'alcoolisme sont : pituites matinales, tremblement des extrémités, maladie de Dupuytren, hypertrophie parotidienne, polynévrite, anorexie, varicosité des pommettes, délire, encéphalopathie carencielle. Biologiquement, le syndrome inflammatoire avec augmentation des IgA, GGT, ASAT >ALAT, anémie macrocytaire mais surtout une augmentation des leucocytes. Histologiquement, la cirrhose est de type micronodulaire, avec foyers d'hépatite alcoolique aiguë, stéatose hépatocytaire, et corps de Mallory.

- Médicamenteuse :

C'est une hépatite médicamenteuse chronique secondaire à la prise prolongée de certains médicaments hépatotoxiques modernes ou traditionnels.

c. Causes métaboliques

- Hémochromatose génétique et surcharge secondaire en fer :

Ce diagnostic est évoqué sur la base du terrain, les pathologies associées à la cirrhose (diabète, hypogonadisme, cardiopathie, mélanodermie, arthropathies), l'élévation du fer sérique, du coefficient de saturation de la sidérophiline et de la ferritine, la tomodensitométrie (TDM), les lésions histologiques (surcharge ferrique diffuse et importante dans les hépatocytes et les cellules de Kupffer) et la recherche de mutation génétique.

- Maladie de Wilson :

C'est une maladie génétique très rare transmise sur le mode autosomique récessif, liée à une accumulation de cuivre dans l'organisme (particulièrement le foie, le système nerveux central et l'œil). Les arguments en sa faveur sont le terrain, la dyskinésie d'attitude, l'anémie hémolytique aiguë, l'anneau de Kayser-Fleisher cornéen, la diminution du taux sérique de céruloplasmine, l'augmentation de la cuprémie et de la cuprurie, et l'augmentation du cuivre hépatique à l'histologie.

- Déficit en Alpha 1 antitrypsine.

- Stéatohépatite non alcoolique (NASH).
- Collagénose de type IV, galactosémie, tyrosinémie.

d. Causes biliaires

- Cirrhose biliaire primitive :

Les arguments en faveur sont le terrain (femme de plus de 40 ans), les manifestations extra-hépatiques auto-immunes, une cholestase clinique ou biologique, l'augmentation importante des IgM, et surtout la présence à un titre élevé d'anticorps anti-mitochondries (de type M2) présent dans 90% des cas et/ou d'anticorps anti-enveloppe nucléaire (anti-P 200) présent dans 25 % des cas.

- Cirrhose biliaire secondaire :

Il s'agit soit d'un obstacle sur les voies biliaires extra-hépatiques soit d'une cholangite sclérosante primitive.

e. Causes auto-immunes : hépatite auto-immune

Les arguments en faveur de ce diagnostic sont le terrain, l'hypergamma-globulinémie importante, la présence d'auto-anticorps anti-muscle lisse et anti-nucléaire (hépatite auto-immune de type I) ou anti microsomes de foie et de rein anti LKM1 (hépatite auto-immune de type II, plus rare).

f. Causes vasculaires :

- L'insuffisance cardiaque droite
- Syndrome de Budd-Chiari
- Maladies veino-occlusives

g. Cirrhose cryptogénétique

Aucune cause n'est trouvée, la cirrhose est dite « idiopathique » ou cryptogénétique.

3. Diagnostic

La cirrhose du foie se caractérise par des manifestations cliniques, biologiques, endoscopiques et radiographiques d'hypertension portale ou d'insuffisance hépatocellulaire.

- A l'interrogatoire :

A l'anamnèse, nous pouvons avoir un patient avec des antécédents d'hépatite virale ou de consommation régulière et prolongée d'alcool, de médicaments traditionnels, des antécédents familiaux de maladie chronique du foie etc. Il se présentera pour vomissements de sang d'abondance variable (hématémèse), émission de selles noirâtres et poisseuses (méléna), ballonnement abdominal (ascite), œdèmes des membres inférieurs (OMI), coloration jaunâtre de la peau et/ou des yeux ou encore altération de la conscience (encéphalopathie hépatique).

- A l'examen physique :

Le patient cirrhotique est un patient généralement en bon état général. Cependant, en fonction de la gravité des complications et de la sévérité de l'atteinte hépatique, nous pouvons avoir un patient asthénique et amaigri. L'inspection et la palpation révèlent l'existence d'un foie augmenté de taille, dur, à bord inférieur tranchant. Il peut être atrophié dans le cas d'un foie d'alcoolique. L'examen physique permettra aussi d'observer des signes de choc hypovolémique ou de confirmer l'existence de l'ascite, des OMI, de l'ictère ou encore de l'encéphalopathie. Les manifestations cliniques d'insuffisance hépatocellulaire peuvent être l'ictère, les ongles blancs, l'hippocratisme digital, la gynécomastie, les angiomes stellaires, l'érythrose palmaire, l'odeur fruitée caractéristique (le foetor hepaticus)... L'HTP quant à elle se manifeste par l'ascite, les œdèmes, la circulation veineuse collatérale (CVC) et la splénomégalie.



Figure 1 : Signes d'insuffisance hépatocellulaire (Gauche : Hippocratisme digital ; Milieu : Angiomes stellaires ; Droite : Erythrose palmaire) [15].

- Aux examens complémentaires biologiques :

Aucun examen biologique n'est spécifique de la cirrhose décompensée [16]. Cependant, certains témoignent de la sévérité de la décompensation et orientent vers une étiologie. A visée étiologique nous avons, la sérologie Ag HBs et Ac anti HCV pour le dépistage des hépatites virales, le taux de fer sanguin pour éliminer une hémochromatose, le taux de transferrine désialysée pour la consommation chronique d'alcool ; à visée de retentissement la baisse de l'albumine sérique, l'élévation des transaminases, l'augmentation de la bilirubine, la diminution du taux de prothrombine et du facteur V, l'augmentation des gammas GT et des phosphatases alcalines, le taux d'AFP, l'anémie et la thrombopénie sont quelques témoignages de la répercussion biologique de la cirrhose.

- A l'imagerie :

L'échographie abdominale est systématique. Elle renseigne sur la taille du foie, l'aspect de ses contours, son homogénéité, son échogénicité, ainsi que la présence d'un obstacle des voies biliaires ou de signes radiologiques d'hypertension portale ou une ascite infra clinique. Le

scanner abdominal est réalisé lors de suspicion de complication cancéreuse. L'endoscopie digestive haute est indispensable pour la détection des varices œsophagiennes et gastriques signant l'hypertension portale et dont la rupture fréquente est source d'hématémèses et de mélénas.

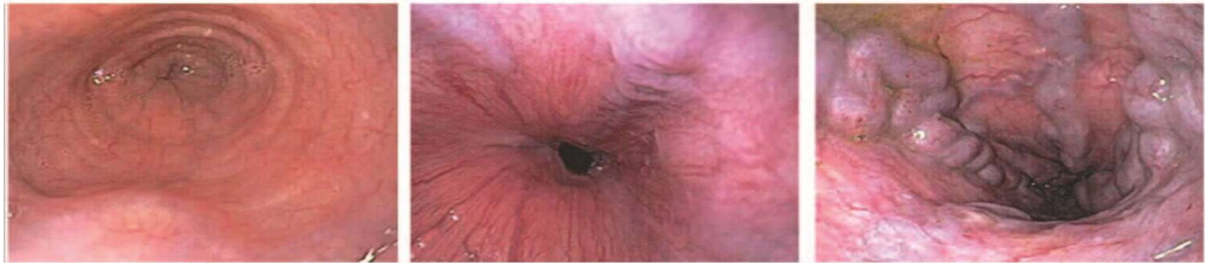


Figure 2 : Aspect des varices œsophagiennes en endoscopie (Gauche : absence de varices ; Milieu : petites varices de grade 1 ; Droite : grosses varices de grade 3) [17].

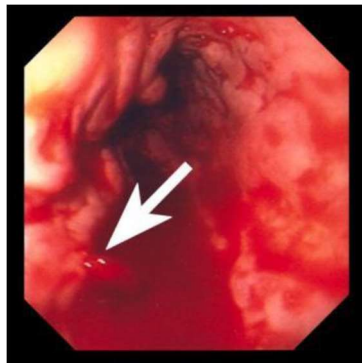


Figure 3 : Varices œsophagiennes hémorragiques [18].

- A la biopsie hépatique :

Elle est indispensable dans le diagnostic de certitude des cirrhoses car renseigne sur les caractéristiques histologiques exactes du foie malade. C'est l'examen de référence car il n'y a pratiquement pas de faux positifs (spécificité du diagnostic histologique de 99%, sensibilité de 80%) [19].

4. Facteurs de décompensation

La cirrhose est longtemps asymptomatique. Son évolution naturelle peut être divisée en deux périodes : non compliquée (compensée) et compliquée (décompensée). La décompensation cirrhotique survient lorsqu'au moins 75% des hépatocytes ne sont plus fonctionnelles d'où la longue période de latence [20]. Certains facteurs accélèrent ce processus. C'est le cas de l'intoxication éthylique aigue qui est un facteur majeur de décompensation. Les co-infections ont aussi un rôle déterminant surtout celle à virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et à

VHC ou VHB. Il y a également le sexe masculin, le surpoids, l'écart au régime sans sel, toute maladie aiguë, la prise de certains médicaments comme les sédatifs, et les infections bactériennes [21].

5. Manifestations de la décompensation

Les complications sont la conséquence de l'HTP, de l'IHC, du développement d'un CHC ou d'une infection. Les infections bactériennes sont des facteurs de décompensation. La probabilité de décompensation d'une cirrhose jusque-là asymptomatique est de 10 % par an.

On distingue plusieurs manifestations que sont :

- **l'hémorragie digestive** : c'est une extériorisation de sang provenant du tube digestif. Elle est surtout due à la rupture de varices œsophagiennes et gastriques. C'est la principale cause de décès dans la cirrhose avec un taux de mortalité de 30 à 50% en l'absence de traitement [20].

- **l'ascite** : c'est la principale complication de la cirrhose du foie [22]. Elle correspond à une accumulation de liquide dans l'abdomen et se développe chez environ 30% des patients atteints de cirrhose [23], conséquence de l'hypertension portale et de l'activation du SRAA. L'hyperaldostéronisme entraîne une réabsorption du sodium et de l'eau au niveau du tube distal du rein. L'HTP localise la rétention hydro sodée dans la cavité péritonéale. Une ascite de grande abondance peut à son tour entraîner : hernie ombilicale, rupture de l'ombilic, Infection du liquide d'ascite [24].



Figure 4 : Décompensation ascitique d'une cirrhose [25].

- **le syndrome hépatorénal** qui est une insuffisance rénale fonctionnelle. Le pronostic du syndrome hépatorénal est mauvais avec une espérance de vie de quelques semaines. Chez un

patient présentant une ascite mais dont la fonction rénale est normale au départ, la probabilité de survenue à 5 ans d'une insuffisance rénale est de 40% [23].

- **les complications pleuropulmonaires** : hydrothorax, hypertension porto pulmonaire, syndrome hépato pulmonaire.

- **l'encéphalopathie hépatique**, complication neuropsychique résultant de l'accumulation cérébrale de toxines normalement filtrées par le foie. L'encéphalopathie est liée à l'insuffisance hépatocellulaire (IHC) et favorisée par le développement d'anastomoses porto systémiques. Elle serait la conséquence de l'effet de substances neurotoxiques produites par l'intestin et normalement détruites par le foie, mais qui échappent à la destruction hépatique du fait de l'IHC ou en empruntant des anastomoses porto-caves. L'encéphalopathie peut être aiguë, provoquée par certains facteurs déclenchant (hémorragie digestive, infections bactériennes, désordres hydroélectriques provoqués par les diurétiques, prises de médicaments sédatifs). L'encéphalopathie peut être chronique liée à une anastomose porto-cave chirurgicale ou une insuffisance hépatocellulaire sévère. Selon une étude danoise menée en 2010 sur des patients cirrhotiques alcooliques, l'encéphalopathie hépatique est la complication la plus grave de la cirrhose avec une mortalité à 1 an à 64% et une mortalité à 5 ans à 85% [26].

Tableau 1 : Stades cliniques de l'encéphalopathie hépatique [27].

Stades	Etat de conscience	Trouble de la personnalité	Trouble neurologique
Infra clinique	Normal	Absent	Altérations neuropsychologiques
Stade 1	Normal/Altération du rythme nyctéméral	Ralentissement psychomoteur	Trouble de coordination et des praxies
Stade 2	Léthargie	Confusion, désorientation modérée, comportement anormal	Astérisis, ataxie
Stade 3	Somnolence mais réveillable		Astérisis, hyperréflexie
Stade 4	Coma non réveillable	Coma	Posture de décérébration

- **les infections bactériennes** (infection du liquide d'ascite, septicémie, infection urinaire, broncho-pneumopathie)

- **l'ictère** par accumulation de la bilirubine dans le sang



Figure 5 : Ictère conjonctivale [28].

- **Le carcinome hépatocellulaire (CHC)** : C'est le 5e cancer le plus fréquent dans le monde. Le CHC survient dans près de 90 % des cas sur un foie cirrhotique. L'incidence de survenue annuelle de CHC sur une cirrhose est de 1 à 5 % et dépend entre autres de l'étiologie de la cirrhose (VHB : 2 à 3 %, VHC : 2 à 8 %, alcool : 2 %, hémochromatose : 5 %) [29].



Figure 6 : Carcinome hépatocellulaire (macroscopie) : tumeur bien limitée hétérogène sur un foie avec cirrhose macronodulaire [29].

Ces complications peuvent s'associer. Elles peuvent aussi être le facteur déclenchant les unes des autres notamment l'hémorragie digestive qui favorise la survenue d'une encéphalopathie, d'une ascite ou d'un ictère.

- **Le Syndrome ACLF (acute-on-chronic liver failure) [16].**

Il correspond à une aggravation brutale et profonde de la fonction hépatique, accompagnée de la défaillance d'un ou plusieurs organes. Il a été défini dans plusieurs études de cohorte notamment l'étude prospective CANONIC menée dans 12 pays d'Europe, 29 centres hospitaliers sur plus de 2000 patients entre Février 2011 et Septembre 2011. Six organes peuvent être concernés : foie, rein, cerveau, système de coagulation, circulation sanguine, respiration, et ce syndrome peut donc inclure l'encéphalopathie hépatique ou l'insuffisance rénale sévère. Par rapport à une simple décompensation, l'ACLF est associée à une inflammation systémique qui pourrait être la cause de défaillance multi viscérale. Le taux de

mortalité dans les 28 jours est très important. Il est de 20% en cas de défaillance d'un organe, de 35% si deux organes sont défaillants et 80-100% si trois organes ou plus cessent de fonctionner. Les personnes qui développent ce syndrome sont plus jeunes et plus souvent atteints de cirrhose alcoolique.

7. Evolution et pronostic

L'évolution naturelle de la cirrhose du foie est la survenue et la recrudescence des complications. La vitesse d'évolution de la maladie et la survenue de ces complications sont imprévisibles. Pour certaines étiologies comme la consommation excessive d'alcool, un arrêt des toxiques peut ralentir ou stopper l'évolution de la fibrose. Il est toujours important de se rappeler qu'en dehors du début de la maladie, la cirrhose est une pathologie irréversible.

Malheureusement, ce n'est généralement qu'à ce stade qu'elle est découverte. Certains facteurs témoignent de la gravité du pronostic : la survenue d'une hémorragie digestive, d'une hépatite alcoolique aiguë, un syndrome hépatorénal, une hyponatrémie inférieure à 125 mmol/l, une septicémie et/ou une infection du liquide d'ascite, un foie atrophique, un carcinome hépatocellulaire. La sévérité de la cirrhose peut être évaluée par les scores pronostiques comme le score Model for End-Stage Liver Disease (MELD) qui est plus spécifique et aide à la sélection des greffés du foie, et le score de Child Pugh.

Tableau II: Score pronostic de Child Pugh [30].

	1 point	2 points	3 points
Ascite	Absente	Modérée	Tendue ou réfractaire aux diurétiques
Bilirubine ($\mu\text{mol/l}$)	< 35	35-50	>50
Albumine (g/l)	> 35	28-35	<28
INR	<1,7	1,7-2,2	>2,2
TP	>50 %	40-50%	< 40%
Encéphalopathie	Absente	Légère à modérée (stade 1-2)	Sévère (stade 3-4)
Le pronostic de la cirrhose est établi en fonction du score total des points : Child-Pugh A (5-6 points) : survie à un an de 100% Child-Pugh B (7-9 points) : survie à un an de 80% Child Pugh C (10-15 points) : survie à un an de 45%			

8. Prise en charge de la cirrhose décompensée

Elle comporte préalablement : un sevrage alcoolique définitif et complet quelle que soit la cause; la proscription des sédatifs, des anticoagulants (AVK), des oestroprogestatifs et tous les autres médicaments hépatotoxiques; la nutrition car la dénutrition est un facteur de mauvais pronostic chez le cirrhotique.

Elle passe aussi par le traitement de la maladie causale et la suppression des facteurs aggravants. En pratique, elle consiste à traiter l'hépatite virale, à stopper la consommation d'alcool, à la corticothérapie dans la cirrhose auto-immune, au traitement chirurgical dans la cirrhose biliaire secondaire, aux saignées en cas d'hémochromatose etc. Les mesures spécifiques dépendent de la complication à laquelle on fait face :

En cas d'hémorragie digestive, le recours médicamenteux à la somatostatine – ocréotide – terlipressine est complété par la ligature endoscopique des varices, la sclérothérapie, l'anastomose radiologique et la transplantation hépatique. En cas de syndrome hépatorénal, les dérivés de la vasopressine (terlipressine) et la noradrénaline sont les seuls traitements pharmacologiques dont l'efficacité a été démontrée. Toutefois, dans la majorité des cas, l'effet bénéfique de la terlipressine est essentiellement transitoire. La transplantation hépatique est le seul traitement durablement efficace [17]. L'encéphalopathie est prise en charge par le lactulose. Pour l'ascite, les diurétiques et le régime désodé sont mondialement utilisés. Si l'ascite est réfractaire, on peut recourir aux paracentèses à grand volume, aux cathéters péritonéaux à demeure et aux shunts intrahépatiques transjugulaires porto systémiques (SITP). Le carcinome hépatocellulaire répond à l'ablation chirurgicale ou la transplantation hépatique. Cette dernière est le moyen thérapeutique de dernière instance lorsque toutes les possibilités moins invasives sont épuisées [25].

La transplantation hépatique reste le seul traitement radical et durable en cas de cirrhose décompensée et sans possibilité d'amélioration des fonctions hépatiques par un traitement spécifique. La transplantation apporte de bons résultats en termes de survie et de qualité de vie. Il s'agit toutefois d'une option contraignante et nécessitant un traitement immunosuppresseur au long cours.

9. Prévention de la décompensation

Au stade de cirrhose décompensée, la prévention est limitée car elle ne consiste qu'en la préservation du peu de fonction hépatocytaire qu'il reste. Pour cela le patient est soumis à des mesures hygiéno-diététiques strictes à savoir l'éviction absolue de l'alcool, des drogues par injection, un régime désodé et pauvre en protéines, ainsi que la pratique d'une activité physique

régulière. A ces mesures s'ajoute la vaccination contre le virus de l'hépatite B pour éviter la co-infection et des échographies régulières pour déceler la moindre évolution cancéreuse. Il doit aussi être attentif lors de la prescription de ses médicaments surtout ceux à effet hépatotoxique, néphrotoxique et psychotrope. En cas d'hypertension portale importante, le malade doit veiller à prendre régulièrement des bêtabloquants non cardiosélectifs (propranolol, nadolol) afin de limiter le risque de survenue d'hémorragie digestive [16].

II. ETAT DES CONNAISSANCES SUR LA QUESTION

Dans le monde en général et au Cameroun en particulier, le niveau d'information actualisée sur la décompensation de la cirrhose hépatique reste faible; malgré les nombreuses recherches menées. Une étude faite dans 187 pays dans le monde en 2004, nous montre que plus d'un million de décès sont rapportés entre 1980 et 2010 de suite de complication de cirrhose du foie à travers le monde [31]. Parmi ces complications, entre 2,5 et 7% sont des carcinomes hépatocellulaires. Ceux-ci ont eux-mêmes été attribués à l'hépatite B à hauteur de 52,3% et à l'hépatite c à hauteur de 25% [32].

Dans ce sens ; en 2007 au Maroc, une étude a été réalisée sur le profil étiologique de la cirrhose. Il en est ressorti que les résultats concernaient 95 patients, 51 femmes et 44 hommes avec un âge moyen de 50 ans. La cirrhose était révélée dans 70% des cas par des complications. Le diagnostic positif était fait sur des signes indirects dans 92,6% des cas. La prise médicamenteuse était retrouvée dans 34 % des cas et l'intoxication éthylique dans 14,7 % des cas. Les étiologies étaient dominées par les hépatites virales (82 %) dont 42 % hépatite virale C, 37% hépatite virale B, 14% hépatite virale post HVB et C et 7% d'association d'hépatites virales avec l'alcoolisme. L'origine auto-immune était retrouvée dans 9% (4 cas de cirrhose biliaire primitive et 2 cas d'hépatite auto-immune), l'origine alcoolique était incriminée dans 4% des cas, les autres étiologies étaient plus rares. L'évolution était marquée par la survenue de complications à type d'hypertension portale (84%), d'hémorragie par rupture de varices œsophagiennes (28%), d'ascite réfractaire (6%) et de carcinome hépatocellulaire (4%). Les cirrhoses post virales étaient les plus pourvoyeuses de complications, 49% avaient présenté une hypertension portale, 42% une hémorragie par rupture de varices et les 4 cas de carcinome hépatocellulaire avaient une cirrhose post hépatique [33].

De même en 2008 à l'Hôpital National de Niamey, une étude portait sur les aspects épidémiologiques, étiologiques, cliniques et thérapeutiques de la cirrhose. La cirrhose a représenté 2,87% de l'ensemble des hospitalisations et 35,79% des hépatopathies chroniques.

L'âge des patients variait de 23 à 83 ans avec une moyenne de $49,44 \pm 14,7$ ans. La tranche d'âge [36-45 ans] a représenté 33,3% de l'échantillon. Le sex-ratio était de 4,7 en faveur des hommes. Les cultivateurs étaient plus représentés, avec 50,8% des cas. Les antécédents les plus fréquemment rencontrés étaient l'ictère et la prise de médicaments traditionnels. L'ascite et l'altération de l'état général étaient pratiquement constantes, retrouvées respectivement chez 96,8% et 87,3% des patients. Une douleur abdominale était présente dans 54% des cas. Une encéphalopathie hépatique a été constatée dans 34,9% des cas. Une hémorragie digestive a été retrouvée dans 55,4% des cas. Sur les 38 patients chez qui la classification de Child-Pugh a été possible, la moitié (19) était classée Child C. La cirrhose post virale B (73,91%) était prédominante [34].

En 2008, à Bamako, une étude insistait sur les aspects évolutifs de la maladie cirrhotique du foie au CHU Gabriel Touré montre que 2,35% des patients reçus dans le service d'HGE en 2 ans étaient cirrhotiques. L'âge moyen des patients était de $41,5 \pm 15,3$ ans. Le sexe ratio était de 1,47 en faveur des hommes. L'ascite était le motif de consultation dans près de la moitié des cas soit 49,1%. Les antécédents d'ictère et d'éthylisme étaient respectivement de 26,3% et 10,5%. La fréquence de l'ascite (70,2%), de l'ictère (54,4%), des scores Child Pugh B (39,2%) et C (51%) chez ces patients traduit le stade avancé de l'affection au moment du diagnostic. La prévalence des VO était de 82,4%, au cours du suivi, l'apparition ou l'aggravation d'une ascite a été la complication la plus retrouvée au cours de l'année soit 67,5% avec $p=0,002$. La mortalité globale a été de 82,5%. Les circonstances de décès étaient principalement le CHC (33,3%), l'hémorragie digestive (27,3%), l'encéphalopathie hépatique (15,2%) [35].

En 2010, à Madagascar, 117 dossiers de patients ont été étudiés. 31 décès ont été enregistrés soit 26,5% de taux de mortalité. 51,6% des patients décédés avaient moins de 50 ans et 48,3% plus de 50 ans. Le sexe ratio était de 1,29 (M/F). Les principaux signes de décompensation rencontrés chez les patients décédés ont été l'ascite (47,5%) et l'ictère (19,3%). La consommation alcoolique a été retrouvée chez 80,6% des patients. 45,1% des patients sont décédés lors de la première décompensation et 19,3% avaient au moins trois décompensations antérieures. 70,9% avaient une cirrhose d'origine éthylique, 9,6% une cirrhose hépatique B, 3,2% une cirrhose hépatique C. Les causes de mortalité étaient par ordre décroissant, les troubles de conscience (51,6%), le choc hypovolémique par hémorragie digestive (25,8%) et le CHC (12,9%). La cause du décès n'était pas connue dans 3,2% des cas [36].

Lors d'une recherche effectuée entre 2012 et 2015 à la clinique Ngaliema au Congo Kinshasa, 0,5% des patients vus en médecine interne étaient des cas de cirrhose. 73% de ces patients étaient des hommes avec un sex ratio H/F de 2,7. L'âge moyen était de 40 ans avec des extrêmes

allant de 30 à 80 ans. Les principales plaintes rencontrées étaient le ballonnement abdominal (80%), l'OMI (66,6%) et l'ictère (56,6%). L'antécédent d'alcoolisme était représenté à 70%. Les principales complications étaient l'ictère (63,3%), l'ascite (50%), l'encéphalopathie hépatique (43,3%) et la dégénérescence maligne (36,6%). Les hépatites virales B et C représentaient 9 cas soit 13,33% pour le HVB et 16,66% pour l'HVC [37].

En 2012 au Burkina Faso, une étude a été réalisée sur les aspects épidémiologiques, cliniques, para cliniques, étiologiques et évolutifs de la cirrhose du foie à Bobo-Dioulasso. Il en est ressorti que la cirrhose a représenté environ 6,5% des hospitalisations et 46,8% de toutes les hépatopathies chroniques enregistrées pendant la période d'étude. L'âge moyen était de $47,5 \pm 15,3$ ans et la tranche d'âge de 36 à 45 ans était la plus représentée. Le sex-ratio était de 2,3 en faveur des hommes. La classe professionnelle la plus représentative était celle des cultivateurs (46%). L'antécédent le plus fréquemment rencontré était la prise de médicaments traditionnels au long cours à 63,22 %. Un antécédent d'ictère a été retrouvé dans 33,3% des cas. Un éthyisme a été noté chez 41,4% des patients. L'altération de l'état général était retrouvée chez 72,6% des patients. Une hémorragie digestive a été constatée dans 21,8 % des cas. Une oligurie a été signalée dans 13,6% des cas. La douleur abdominale retrouvée dans 72,4 % des cas pourrait être liée à une infection du liquide d'ascite ou à une dégénérescence néoplasique de la cirrhose, conforté par une infection du LA chez un quart des patients et un taux d'alpha-foetoprotéine élevé chez 33,3 % des patients. L'ascite a été fréquente et a été retrouvée dans 65,5% des cas. 62,1% des patients présentaient un ictère conjonctival. Une hépatomégalie a été palpée dans 56,3% des cas. Une encéphalopathie hépatique a été enregistrée chez 18,4% des patients [38].

En 2016, une étude camerounaise réalisée à l'Hôpital Général de Douala portait sur les complications et le pronostic des patients cirrhotiques. Il s'agissait d'une étude transversale analytique qui s'étendait du 31 Décembre 2005 au 30 Avril 2015 et incluait les patients cirrhotiques hospitalisés ou traités en externe. En tout, 218 patients cirrhotiques ont été recrutés parmi lesquels 101 avaient une cirrhose décompensée. L'âge moyen était 54,36 ans. L'ascite était le mode de décompensation le plus fréquent avec 90,82% (n=89). L'HTP était la principale complication avec 61,5% (n=62) suivie de l'EH avec 41,58% (n=42). La mortalité était de 26,73% chez les patients ayant une cirrhose décompensée avec une différence significative en comparaison avec les patients ayant une cirrhose compensée ($p < 0,001$) [39].

En 2018 en Algérie, une étude portant sur la cirrhose et ses complications a montré que la cirrhose était plus fréquente chez le sujet âgé (60- 90) (67.49% soit 165 cas) avec une légère Prédominance féminine (sex ratio =1,04). La cirrhose était plus fréquente dans le milieu rural

avec un pourcentage de 51.01% soit 253 cas. L'ictère et la transfusion étaient les antécédents les plus fréquents à l'interrogatoire (35,89 % et 43,75%). L'ascite représentait le premier signe révélateur, retrouvée chez 326 patients. La masse hépatique et l'amaigrissement étaient les motifs de consultation les plus fréquents : 24.07% et 20.37%. Les troubles d'hémostases et l'ictère sont les signes d'insuffisance hépatocellulaire les plus fréquents soit : 42,91 % et 28,17%. Le signe le plus fréquent de l'hypertension portale était la splénomégalie (40.35%) puis venait l'ascite (39.85%). L'Ag HBs était positif chez 3,91% des cas soit 7 patients, les anticorps anti HBC positifs chez 22,35 % des cas soit 40 patients, les anticorps anti HVC positifs chez 18,99% des cas soit 34 patients. L'étiologie était non déterminée dans 62,56% des cas soit chez 416 patients [40].

Ces données sont un rappel à l'ordre quant à l'urgence de sensibilisation des malades sur la gravité de la décompensation. Au Cameroun, la lutte contre l'hépatite virale B et C est une priorité majeure de santé publique et plusieurs démarches ont été initiées en vue de la prévention, du dépistage massif et de la prise en charge de ces maladies : campagnes de dépistage et de vaccination, mise à jour des traitements antiviraux (réduction des effets indésirables, amélioration de la qualité de vie), mobilisation massive du personnel en milieu urbain et rural, amélioration de l'accessibilité aux soins. Cette démarche rencontre encore quelques difficultés du fait des mauvaises habitudes de vie des populations, ainsi que de la lenteur administrative dans la prise et l'exécution des décisions [41, 42,43]. Nous notons également qu'il n'y a pas encore de démarche thérapeutique et préventive précises pour les autres causes plus rares.

Certains des éléments de vie dans la maladie chronique du foie, les complications qui en découlent, le regard de la communauté ainsi que les connaissances reçues conditionnent la perception de la cirrhose par le patient d'où le problème de santé publique qu'il pose. En Mars 2014 aux Etats-Unis, une étude a été effectuée sur les conséquences de la stigmatisation perçue chez les patients atteints de cirrhose. 89% des répondants ont choisi « d'accord » ou « tout à fait d'accord » pour au moins une des 18 questions liées à la stigmatisation, indiquant qu'ils se sentaient stigmatisés dans au moins un aspect de leur vie. Parmi les facteurs associés à une stigmatisation perçue, on citait le plus jeune âge ($p = 0,008$) et l'hépatite C ($p = 0,001$) ou l'alcool ($p = 0,01$) comme étiologie de la maladie du foie. Les patients présentant des niveaux plus élevés de stigmatisation perçue bénéficiaient d'un soutien social moindre ($p < 0,001$), étaient moins susceptibles de consulter un médecin ($p < 0,001$), souffraient davantage de dépression ($p < 0,001$) et avait une pire qualité de vie ($p < 0,001$) [44].

En Février 2017 en Suède, une étude s'est intéressée à la vulnérabilité causée par le fait de vivre avec une cirrhose du foie. L'expérience de la situation de vie du patient a été décrite sous deux aspects: la vulnérabilité et l'impact sur la vie. La vulnérabilité a été exprimée comme une expérience symptomatique, des sentiments de solitude, des idées préconçues, et des limites dans la vie quotidienne. En réfléchissant sur la vie, les patients ont exprimé leur acceptation et leur tristesse. Les soins personnels ont consisté à être responsable en observant les symptômes et les signes, à adhérer au traitement, à la prescription et aux conseils ; et la nécessité de mieux comprendre et de s'informer sur la maladie. Les patients ne comprenaient pas leur diagnostic de cirrhose et ses conséquences. Ils comprenaient que leur espérance de vie était raccourcie et que le traitement médical était à vie. Ils avaient peu d'informations et voulaient en savoir plus. Les malades se sentaient stigmatisés par les professionnels de la santé qui étaient peu expérimentés avec les cirrhotiques [5].

Fort des observations ci-dessus mentionnées, on a recherché une étude publiée en Mai 2005 portant sur les effets d'un programme d'auto-prise en charge sur la qualité de vie des patients cirrhotiques au Centre de l'Hépatite de Téhéran. Il s'agissait d'une étude expérimentale qui consistait à utiliser un questionnaire sur les maladies chroniques du foie pour évaluer le besoin éducationnel de 44 patients cirrhotiques. Un programme éducationnel de 3 mois a été mis en place puis la qualité de vie des patients du groupe test et du groupe témoin a été comparée. Les deux groupes avaient les mêmes caractéristiques sociodémographiques ($p > 0,05$) et leur qualité de vie de base était à peu près le même à la base. Pourtant, la qualité de vie des patients test a significativement augmentée après l'intervention ($p=0,001$), pendant que celle du groupe témoin a baissé [45].

Dans le même sens, le journal de l'Association Canadienne de Gastroentérologie publiait en Juin 2018 un article sur le besoin éducationnel des patients ayant une maladie du foie. Une étude a été réalisée dans un centre tertiaire de prise en charge des maladies du foie et était basée sur un questionnaire ressortant le profil démographique et le niveau de connaissance des patients. 300 patients avaient rempli le questionnaire. La plupart disaient qu'ils étaient plus qu'intéressés pour améliorer leur niveau de connaissance sur leur maladie du foie (84,9%), et désiraient une quantité modérée ou conséquente d'informations (94,6%). Il n'y avait pas de lien direct entre le sexe, l'âge, le niveau éducationnel, le nombre annuel d'admis et l'intérêt des patients à apprendre plus sur leur condition de santé. Il y avait une association significative entre le nombre de consultations médicales et l'envie d'en apprendre plus ($p=0,022$) mais il n'y avait pas de lien entre la durée de leur suivi à la clinique et leur envie d'en apprendre plus. En

somme, les patients avaient montré un grand intérêt à propos d'en apprendre plus sur leur maladie ce qui montrait un besoin d'ajouter plus de programmes éducationnels des malades. En somme, la décompensation cirrhotique est un domaine mal connu dans le contexte du Cameroun. La représentation de cette décompensation par les patients et leur entourage reste hypothétique ; un travail de fond reste à faire dans l'espoir d'améliorer non seulement les choix thérapeutiques des patients mais aussi leurs connaissances sur la maladie.

Chapitre III :
METHODOLOGIE

I. TYPE D'ETUDE

Etude CAP (Connaissances Attitudes Pratiques) transversale à visée analytique.

II. SITE

L'étude a été faite :

En zone urbaine : Dans les 3 hôpitaux suivants : Hôpital Central de Yaoundé, Hôpital Général de Yaoundé, Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé.

En zone semi-rurale : Hôpital de District d'Awae, Hôpital de District d'Esse, Hôpital de District de Mbalmayo, Hôpital de District de Mfou.

III. PERIODE D'ETUDE

La collecte des données s'est faite du 27 Février au 27 Mai 2020. Les patients recrutés étaient ceux ayant été diagnostiqués entre novembre 2019 et Mai 2020.

IV. POPULATION D'ETUDE

1. Population cible

- Patients porteurs de cirrhose avec décompensation
- Gardes malades des patients porteurs de cirrhose décompensée.
- Dossiers des patients avec cirrhose décompensée suivis.

2. Population source

- Patients cible venus consulter dans les hôpitaux suscités pendant la période d'étude ou hospitalisés pendant la même période.
- Gardes malades cible en consultation externe ou en hospitalisation dans les hôpitaux suscités.
- Dossiers médicaux des patients cible reçus entre Novembre 2019 et Mai 2020.

3. Critères d'inclusion

- Patients cirrhotiques avec décompensation.
- Garde malade des patients cirrhotiques décompensés.
- Patients parlant le français ou l'anglais ou ayant un traducteur.
- Dossiers médicaux des patients ayant des signes de décompensation cirrhotique.

4. Critères d'exclusion

- sujet ayant refusé de participer à l'étude ;
- Patients dont le diagnostic de cirrhose a été écarté.

- Patients dont l'état clinique ou psychologique ne permettait pas de réaliser l'entretien.
- Garde malade n'ayant pas suivi l'itinéraire thérapeutique du malade.

5. Echantillon

Il s'agissait d'un échantillonnage aléatoire ou de hasard simple. Avec un niveau de confiance de 95%, une valeur type du niveau de confiance de 1,96 et une marge d'erreur à 5%, basé sur Une prévalence estimée à 2,35% [46], la taille minimum de mon échantillon sera de 35,26 personnes arrondie à 40 personnes selon la formule de Schwartz: $n=t^2 \times p \times (1-p) / m^2$.

Soit n la taille minimale de l'échantillon, t le niveau de confiance, p la prévalence hospitalière de la cirrhose au CHU Gabriel Touré en 2009 [47] et m la marge d'erreur

Application numérique : $n=t^2 \times p \times (1-p) / m^2 = 1,96^2 \times 0,0235 \times 0,9765 / 0,04^2 = 35,26$.

La taille de l'échantillon final était donc de 100 sujets, dont 76 interrogés et 24 dossiers médicaux.

V. OUTILS DE COLLECTE

La collecte s'est faite à l'aide d'un questionnaire en 5 parties préalablement validé par les maîtres et administré par l'investigateur. Chaque entretien durait en moyenne 15 minutes. Ce questionnaire comportait les parties suivantes :

- Les données sociodémographiques : de la question n°1 à la question n°8.
- Les données épidémiologique : de la Fiche technique du malade.
- Les connaissances : de la question n°9 à la question n°19.
- Les attitudes : de la question n°20 à la question n°33.
- Les pratiques : de la question n°34 à la question n°42.
- Les recommandations : question n°43.

VI. PROCEDURE

Le processus de recherche de la présente étude s'est déroulé comme suit :

- Acquisition d'une clairance éthique au sein du comité d'éthique de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I ;
- Acquisition des autorisations de recherche auprès des différents directeurs des hôpitaux sélectionnés ;
- Recensement avec la collaboration des institutions hospitalières sélectionnées, des différents patients ayant une décompensation cirrhotique confirmée et venus en consultation dans ces formations pendant la période d'étude ;

- Explication verbale et écrite aux malades de l'importance et de la pertinence de l'étude afin d'obtenir leur consentement à participer à l'étude ;
- Remplissage par l'investigateur du questionnaire fonction des réponses du sujet interrogé ;
- Education du participant sur la cirrhose et ses décompensations.

VII. ANALYSE DES DONNEES

Les données recueillies auprès des malades ont été retranscrites et analysées à l'aide du logiciel CSPRO version 7.1 et IBM SPSS version 20. Les données quantitatives ont été restituées sous forme de pourcentage. L'évaluation des CAP a été menée en totalisant le nombre de points par réponse de chaque composante.

Chaque réponse exacte valait 4pts, juste 3, moyenne 2, approximative 1 et erronée 0. La grille des cotations des niveaux établis pour les CAP en respectant les catégories, est précisée par le tableau ci-dessous

Tableau III : Catégorisation de l'évaluation globale.

	Catégorie	Cotation
Niveau de connaissances	Faible	<25%
	Insuffisant	[25%-50% [
	Moyen	[50%-75% [
	Bon	>75%
Qualité des Attitudes	Néfaste	<25%
	Erronée	[25%-50% [
	Approximative	[50%-75% [
	Juste	>75%
Qualité des pratiques	Néfaste	<25%
	Inadéquate	[25%-50% [
	Adéquate	>50%
Perceptions globales	Mauvais	<25%
	Insuffisant	<50%
	Moyen	[50%-75% [
	Juste	>75%

Le test de χ^2 a été utilisé pendant l'analyse pour évaluer le seuil de corrélation des données épidémiocliniques et du niveau global de perception de la maladie.

VIII. CONSIDERATIONS ETHIQUES ET ADMINISTRATIVES

Une demande de clairance éthique a été faite au comité d'Ethique de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I. Les données collectées après autorisation du patient ont été tenues secrètes par l'investigateur pour le respect de la confidentialité et n'ont été utilisées que pour les fins de l'étude. Tout patient éligible à la

participation de cette étude était libre de se retirer sans justification préalable. Après validation du protocole par les directeurs, différentes demandes d'autorisation de recherche ont été envoyées aux Directeurs des Hôpitaux sélectionnés. Ce n'est qu'après leur aval que l'échantillonnage a commencé.

Chapitre IV :
RESULTATS

I. Recrutement

La collecte des données était prospective et rétrospective. La prospection des patients dans les hôpitaux, a permis de retrouver une population constituée des patients et/ou leur garde-malade. Ces 2 populations étaient réparties comme suit :

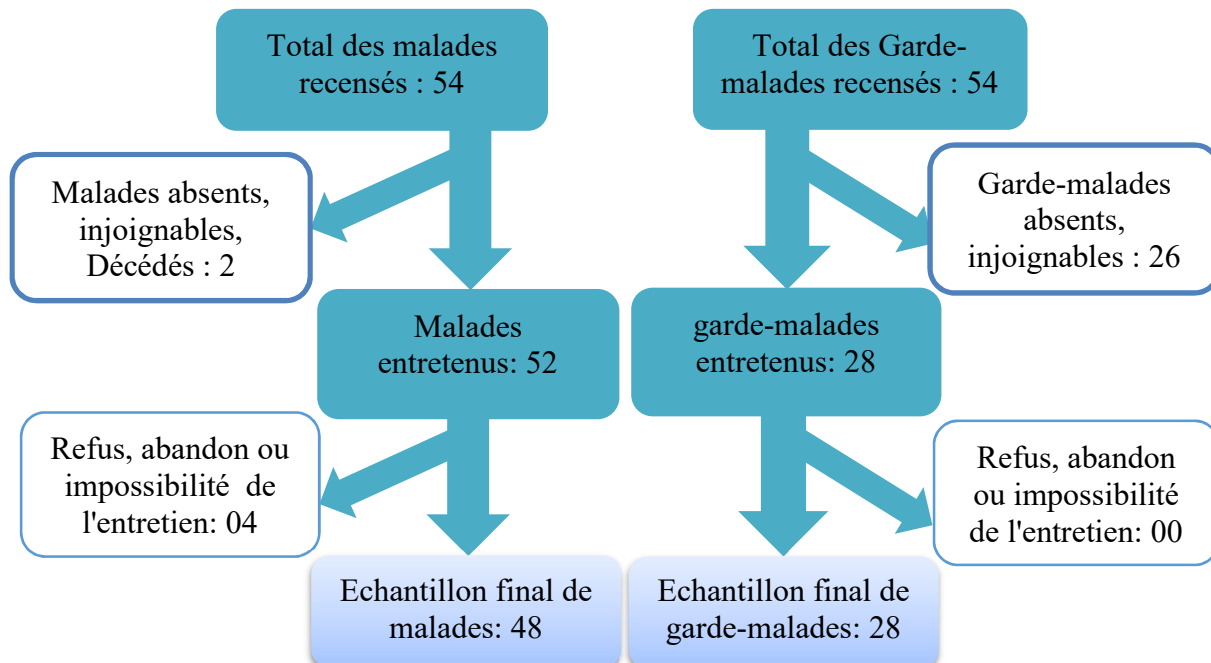


Figure 7: Recrutement des patients et/ou garde malade

Durant la collecte, 27 entretiens ont été enregistrés comprenant le malade et son garde malade. Au total 76 participants en milieu hospitalier avec 63,16% de malades dans cette population. La collecte en rétrospective des données se faisait comme colligé dans la figure 8 ci-dessous:

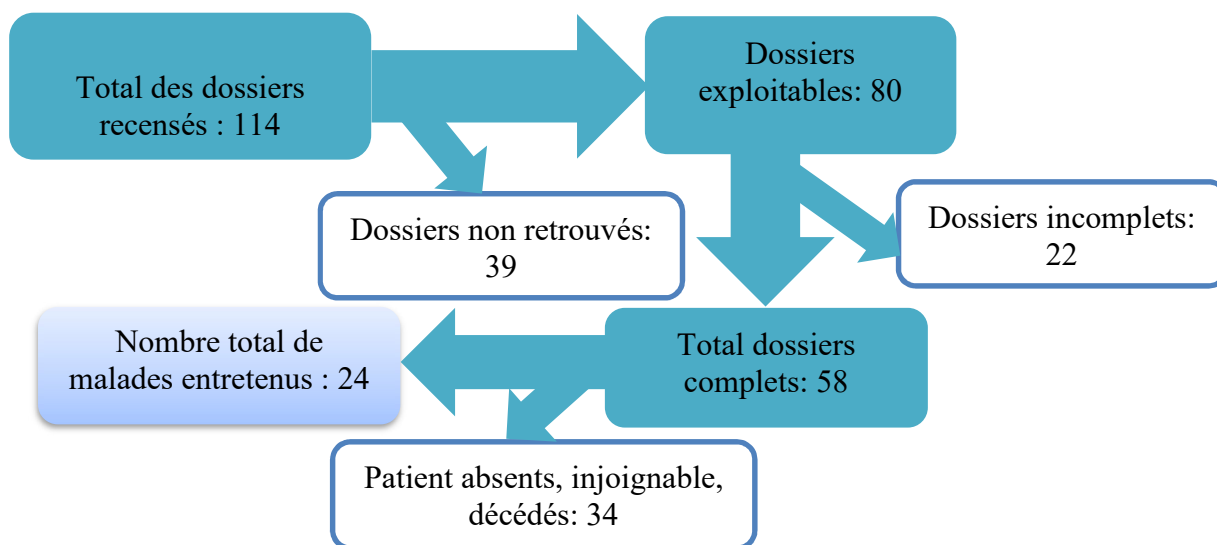


Figure 8: Recrutement des dossiers médicaux

Au total, la population d'étude était de 100 participants soit 76 participants recrutés en prospectif et 24 en rétrospectif.

La distribution de la population selon le lieu de recrutement était la suivante :

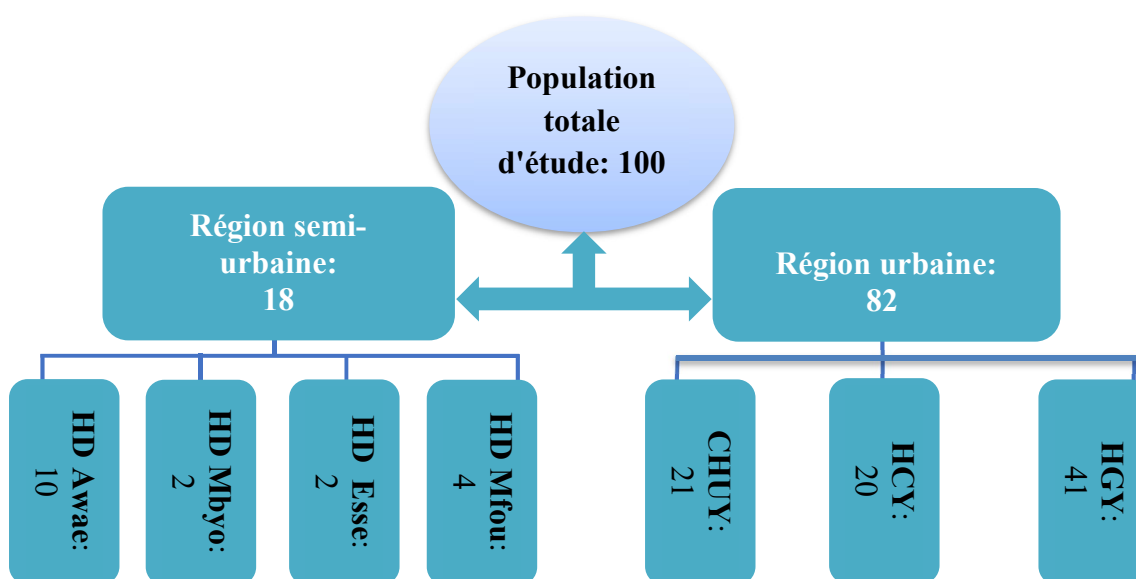


Figure 9: répartition des Hôpitaux de recrutement

La grande majorité des participants à l'étude étaient dans la zone urbaine avec une représentativité de 50% à l'hôpital général de Yaoundé. Concernant la zone semi-rurale, le District de santé d'Awae était le plus représenté avec 55,5% de participants.

Les données sociodémographiques des participants à l'étude (personnes et dossiers) ont été relevées tel qu'il suit :

II. Profil sociodémographiques

L'âge moyen des personnes interrogées était de 51,5ans avec des extrêmes de 18ans et de 85ans, et une prédominance des sujets de plus de 30ans représentant 87,0% de la population générale. Le sexe ratio était de 0,61.

Tableau IV : Données socio démographiques.

Variables		n=100 %(n)
Age	[30-45[33,0(33)
	>60 ans	30,0 (30)
	[45-60[24,0 (24)
	< 30 ans	13,0 (13)
Sexe	Féminin	62,0 (62)
	Masculin	38,0 (38)
Statut matrimonial	Célibataire	35,0 (35)
	Union libre	4,0 (4)
	Marié(e)	49,0 (49)
	Divorcé(é)	1,0 (1)
	Veuf (ve)	11,0 (11)
Religion	Christianisme	93,0 (93)
	Islam	4,0 (4)
	Animisme	3,0(3)
Aire culturelle	Forêt	80,0 (80)
	Grass Fields	17,0 (17)
	Sahel	2,0 (2)
	Savane	1,0 (1)
Niveau d'instruction	Primaire	29,0 (29)
	Secondaire	39,0 (39)
	Supérieur	28,0 (28)
	Sans niveau	4,0 (4)
Profession	Sans emploi	32,0 (32)
	Secteur informel	29,0 (29)
	Secteur public	16,0 (16)
	Retraité (e)	11,0 (11)
	Secteur privé	8,0 (8)
	Elève/Etudiant	4,0 (4)

L'analyse du tableau III ci-dessus nous révèle que population était majoritairement constituée des moins de 45 ans (46%). Les participants en couple étaient les plus représentés (53%) ; 97% des participants étaient croyants et on avait 97% des ressortissants du grand sud dans la population générale. Une remarque faite est que la plupart (36%) des participants n'avaient pas de revenu mensuel fixe.

Par la suite, le profil épidémiologique-clinique des patients a été analysé.

III. Profil épidémiologique clinique

Il a été enregistré 106 cas de cirrhose du foie sur les 1683 malades consultés dans le service d'hépatogastroentérologie de l'HGY pendant notre période d'étude. La prévalence hospitalière de la cirrhose du foie était alors de 6,3%, et les caractéristiques cliniques des patients ont été analysées dans le tableau ci-dessous.

Tableau V : Présentation clinique du malade.

Variables		n=100 % (n)
Motif de consultation	Ballonnement abdominal	68,00(68)
	Amaigrissement	35,00(35)
	Vomissements de sang	30,00(30)
	AEG	25,00(25)
	Perte d'appétit	24,00(24)
	Selles noires	21,00(21)
	Yeux jaunes	20,00(20)
	OMI	17,00(17)
	Douleur abdominale	6,00(6)
	Constipation	4,00(4)
	Gêne respiratoire	4,00(4)
	Autres	10,00(10)
Signes cliniques	Ascite	75,00(75)
	AEG	72,00(72)
	Ictère	52,00(52)
	OMI	43,00(43)
	CVC	12,00(12)
	HPM	11,00(11)
	SPM	8,00(8)
	Autres	15,00(15)

Le trio ballonnement abdominal-amaigrissement-hématémèse justifiait le désir de consulter de 58,38% de malades. Cliniquement 47,92% des patients présentaient un syndrome d'hypertension portale. Aussi chez 20,14% de malades le syndrome d'insuffisance hépatocellulaire était présent. Par contre presque tous les patients (72%) présentaient une ascite et une altération de l'état général.

Les étiologies de la maladie ainsi que les complications identifiées ont été répertoriées dans le tableau V ci-dessous :

Tableau VI : Pronostic et étiologie de la pathologie.

Variables		n=100 % (n)
Etiologie	VHC	39,00(39)
	VHB	25,00(25)
	OH	5,00(5)
	VHC+OH	13,00(13)
	VHB+OH	11,00(11)
	VHB+VHD	3,00(3)
	VHB+VHC	1,00(1)
	Inconnue	3,00(3)
Complications	VO	53,00(53)
	CHC	27,00(27)
	HDH	6,00(6)
	ISLA	2,00(2)
	Encéphalopathie	1,00(1)
Score pronostic	Child C	64,00(64)
	Child B	34,00(34)
	Child A	2,00(2)

Au cours des investigations, le constat fait est que 28% des patients avaient des étiologies mixtes soit par coinfection ou par association à un éthylysme chronique. Dans l'évolution de la pathologie il y avait une tendance vers un syndrome hémorragique chez 59% des patients, et l'espérance de vie à un an était inférieure à 45% avec un Child C dans 64,0% des cas.

Pour les antécédents des patients explorés, Les plus marquants étaient toxicologiques et médicaux. On notait un éthylysme chronique dans 23% des cas; et une plus grande consommation occasionnelle (43%) dans la population totale de patients. Quant aux antécédents médicaux, on avait en occurrence le profil de comorbidités des patients établi comme le relève la figure 10 ci-dessous.

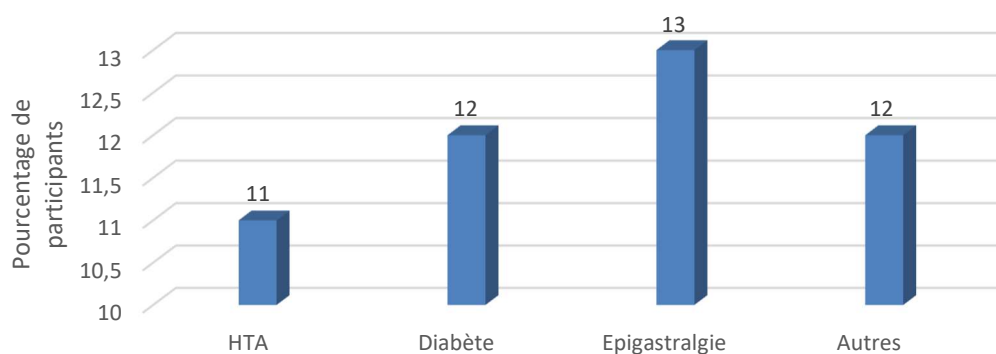


Figure 10: Distribution des comorbidités dans la population

Dans la population totale de patients enregistrés, 23% des malades avaient des comorbidités clairement identifiées tandis que 25% avaient des affections médicales en cours d'investigation. Par la suite, la dimension anthropologique de la maladie a été interrogée. Il s'agissait d'évaluer les connaissances, déterminer les attitudes des participants concernant la décompensation cirrhotique et enfin identifier les pratiques adoptées au quotidien avec la maladie.

IV. Connaissances

Le tableau VI ci-dessous récapitule les données concernant les connaissances globales des Individus sur la cirrhose décompensée.

Tableau VII : Distribution des connaissances justes sur la décompensation cirrhotique.

Variables	n=100 % (n)	
Causes	Hépatite virale	63,0 (63)
	Alcool	54,00(54)
	Médicaments	9,00(9)
	Autres fausses	55,00(55)
Manifestations	Distension abdominal	69,00(69)
	Amaigrissement	52,00(52)
	Ictère	50,00(50)
	Anorexie	50,00(50)
	Hématémèse	46,00(46)
	Mélena	20,00(20)
	Autres vraies	32,00(32)
	Je ne sais pas	17,00(17)
Evolution/ complications	Mort	91,00(91)
	Cancer	21,00(21)
	Autres vraies	31,00(31)
	Je ne sais pas	40,00(40)
Prise en charge	Médicaments	98,00(98)
	Alimentation désodée	3,00(3)
	Je ne sais pas	57,00(57)

Pour nommer la maladie, la plupart (47%) des participants utilisaient la dénomination « cirrhose », une partie non négligeable (24%) de la population parlait « d'hépatite ».

Parlant des causes de la cirrhose, les hépatites virales étaient incriminés dans 63% des cas ; tandis que 54% parlait d'éthylisme chronique. Le mode de transmission de la maladie était mal connu de 62% de participants. La source d'informations la plus exploitées était les professionnels de santé (72%). Cliniquement, la manifestation la plus identifiée de la

décompensation de cirrhose était la distension abdominale (69%). Les idées coïncidaient (98%) sur le recours hospitalier dans la prise en charge. L'évolution possible la plus évoquée de la maladie était la mort (91%).

Aussi, les connaissances ont t-elles été évaluées comme satisfaisantes telles que restituées dans la figure 11 ci-dessous :

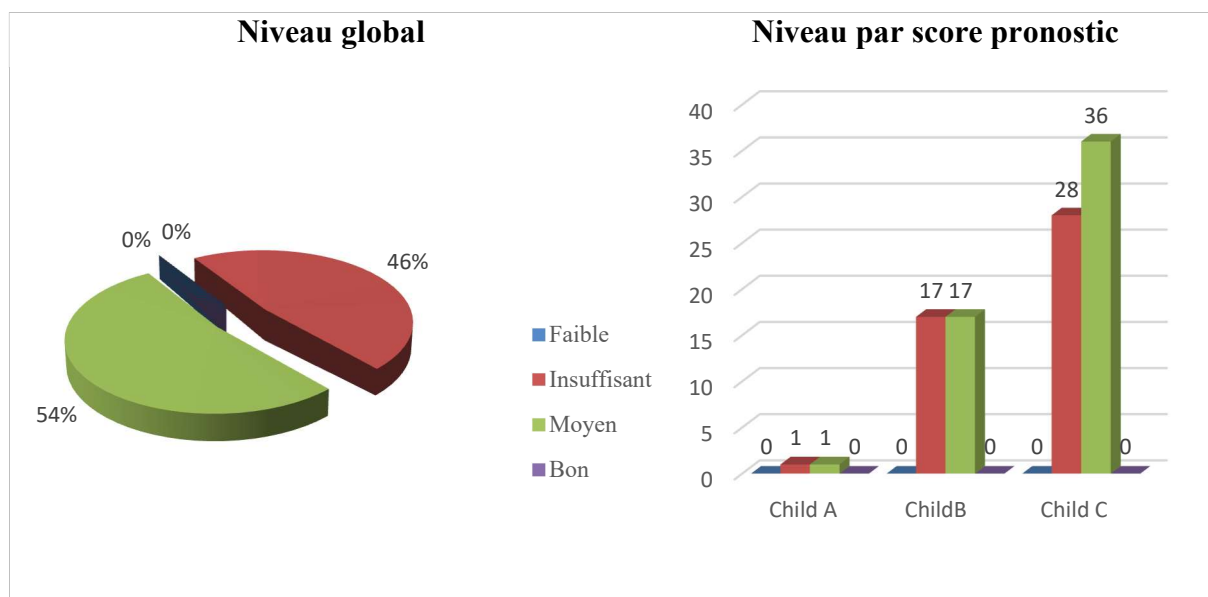


Figure 11: Distribution du niveau de connaissances.

Cette figure 11 nous montre que 54% de participants avaient des niveaux de connaissances satisfaisants. De même, le niveau de connaissance s'améliorait avec la durée et l'évolution de la pathologie.

La description des attitudes des participants s'est faite à travers la présentation des appréhensions, des idées reçues et conçues ainsi que des considérations psycho-sociales suivant le model ci-dessous :

V. Attitudes

La représentation de la décompensation cirrhotique a été faite en prenant comme référentiel : l'IPQ-R (Revised Illness Perception Questionnaire) [48].

Tableau VIII : Représentation de la Décompensation cirrhotique.

Variables	Score	n=100 % (n)
Identité	Faible	37,00(37)
	Moyen	42,00(42)
	Elevé	21,00(21)
Durée	Faible	16,00(16)
	Moyen	4,00(4)
	Elevé	80,00(80)
Conséquences	Faible	48,00(48)
	Moyen	42,00(42)
	Elevé	10,00(10)
Contrôle personnel	Faible	53,00(53)
	Moyen	16,00(16)
	Elevé	31,00(31)
Attentes d'efficacité du traitement	Faible	8,00(8)
	Moyen	12,00(12)
	Elevé	80,00(80)
Cohérence	Faible	40,00(40)
	Moyen	42,00(42)
	Elevé	18,00(18)
Représentation émotionnelle	Faible	37,00(37)
	Moyen	17,00(17)
	Elevé	46,00(46)
Facteurs		
Causes	Facteurs de risque	80,00(80)
	Acquisitions psychologiques passives	26,00(26)
	Responsabilité d'autrui	71,00(71)
	Prise de risque du sujet	37,00(37)
	Causes médicales	42,00(42)
	Chance et immunité	21,00(21)

L'identité de la pathologie : il a été constaté une pluralité de noms donnés à la pathologie et, plusieurs participants (63%) avaient une croyance négative de la maladie liée à sa symptomatologie. Les durées évaluées de la décompensation cirrhotique retrouvaient des croyances négatives reflétant la chronicité et l'aspect cyclique dans 84% des cas. Pour ce qui est des conséquences relatives à la condition de santé vécue les croyances étaient négatives (52%). Le contrôle personnel évalué dans la population d'étude retrouve que 69% des

participants ont des croyances négatives à propos de leur influence sur la maladie. On a pu observer un arrêt/ou refus de prise des médicaments prescrits dans 30% des cas ; ceci du fait de la mauvaise compréhension de l'évolution de la pathologie dans 82% des cas. Les émotions ressenties par rapport à la maladie étaient négatives (50%). Concernant les causes, elles ressortent en facteurs déclencheurs (53%) et en facteurs d'entretien (39,33%).

Les attitudes de la population ont été évaluées et classées qualitativement, en 4 niveaux sur la base de la proportion de réponses correctes :

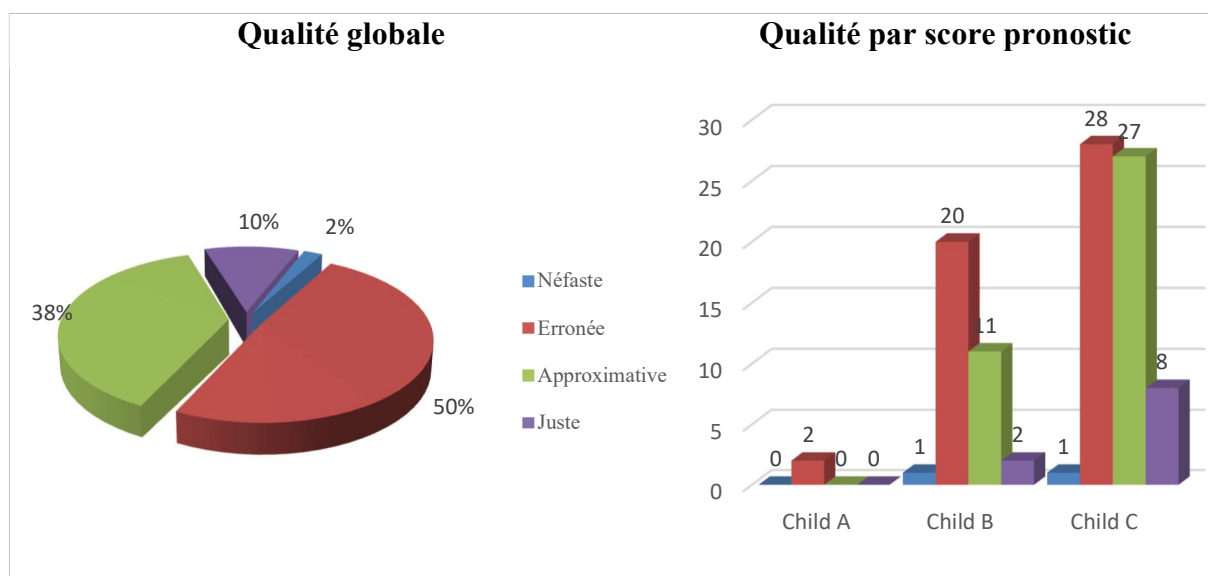


Figure 12: Distribution de la qualité d'attitudes globale.

Une lecture de la figure 12 nous apprend que 52% des participants avaient une qualité d'attitude globale non satisfaisante ; malgré l'amélioration observée de ces attitudes en fonction de la durée et de l'évolution de la maladie.

L'étude des pratiques des participants vis avis de la décompensation cirrhotique a retrouvé les éléments suivants :

VI. Pratiques

Les pratiques concernant la prise en charge de la maladie et la prévention de celle-ci ont aussi été évaluées.

Tableau IX : Distribution des pratiques préventives et curatives.

Variables	n=100 % (n)	
Premiers recours	Consultation médicale	53%(53)
	Automédication	19%(19)
	Pharmacopée traditionnelle	26%(26)
	Religieux	1%(1)
	Autres	1%(1)
Suivi du traitement	Traitement médical Uniquement	73%(73)
	Traitement médical et autres	6%(6)
	Traitement non médical	19%(19)
	Aucun traitement	2%(2)
Respect des consignes/ restrictions	Consignes du médecin uniquement	5%(5)
	Consignes du médecin et autres	92%(92)
	Consignes non médicales	3%(3)
Nature du secours familial	Finances	67%(67)
	Prière	49%(49)
	Soutien psychologique	67%(67)
	Assistance physique	75%(75)
	Autres	3%(3)
Méthodes de prévention des complications	Médicaments	91%(91)
	Régime désodé	57%(57)
	Eviction de l'alcool	50%(50)
	Rapports sexuels protégés	6%(6)
	Activité physique régulière	4%(4)
	Autres	11%(11)
Source d'information	Hôpital	92%(92)
	Guérisseur	8%(8)
	Famille	34%(34)
	Autres	15%(15)

A la lecture des résultats du tableau ci-dessus, il ressort que : dans la recherche d'un premier secours, la plupart des participants (72%) avaient un recours médical. Tandis que les autres, avaient un premier recours non médical. Le suivi du traitement médical unique était majoritaire (73%) ; pour les 27% restant, un traitement parallèle était utilisé. De plus, la grande majorité soit 92% des participants était pour le respect de toutes les restrictions sans distinction. Dans la maladie, l'assistance familiale multiforme était présente chez 51,8% de participants. L'évaluation des sources d'information était satisfaisante dans 48% des cas en moyenne.

A la question de savoir pourquoi certains patients arrêtent de venir à l'hôpital, le résultat dans le tableau IX suivant :

Tableau X : Répartition des motifs de recours non médical.

Variables	n=100 % (n)
Inefficacité du traitement médical	80%(80)
Conseils	49%(49)
Curiosité	15%(15)
Mauvaise qualité de soins médicaux	5%(5)
Escroquerie diverses	5%(5)
Autres	22%(22)

L'idée d'un recours non médical était influencée par l'entourage (54%), la nature des soins (85%), et des raisons personnelles (18%).

Les pratiques globales de la population d'étude ont été évaluées qualitativement et classées selon 3 niveaux, prenant en compte la proportion des réponses correctes comme le restitue la figure 13 ci-dessous.

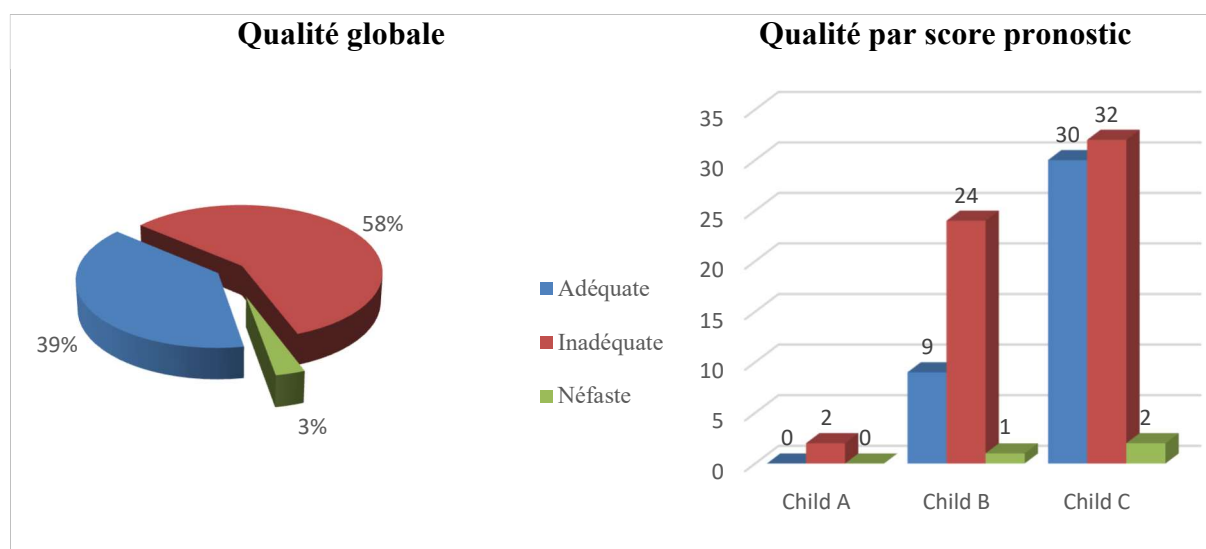


Figure 13: Distribution de la Qualité des pratiques

61% des participants avaient des pratiques non satisfaisantes dans la population générale. Aussi la qualité des pratiques s'améliore avec l'évolution du score pronostic.

Après analyse des matérialisations de connaissances, d'attitudes et de pratique, il a fallu évaluer le niveau général des perceptions de la population.

VII. Perception globale

Dans leur ensemble, la perception globale de décompensation cirrhotique des malades et garde malades de Yaoundé peut être représentée comme suit.

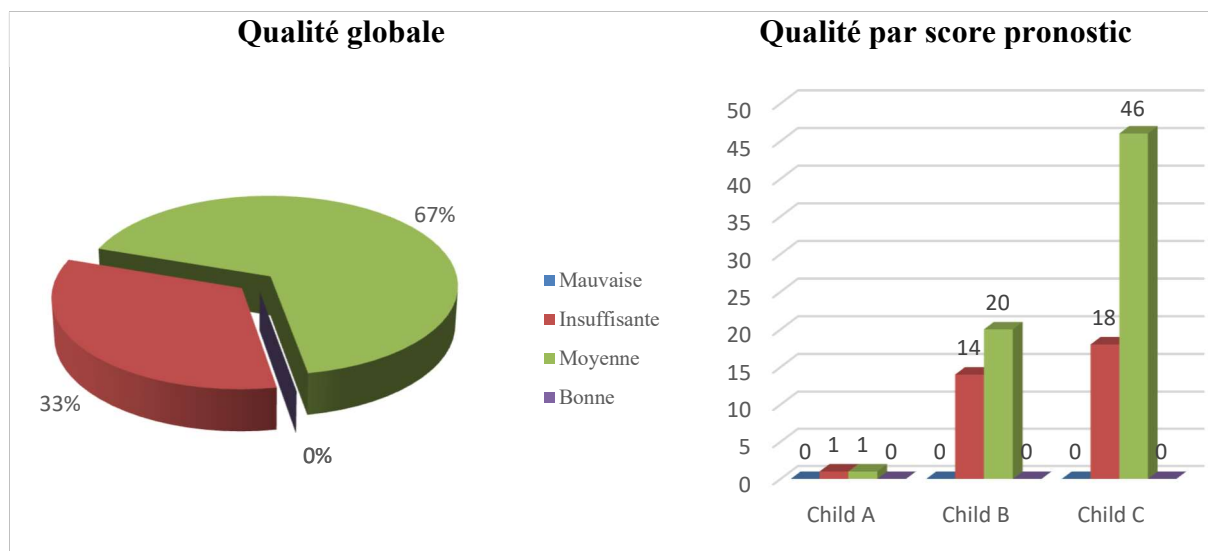


Figure 14: Distribution de la Qualité des perceptions globales.

Il est tiré de la figure 14 que la perception globale de la décompensation cirrhotique dans la population d'étude était satisfaisante ; elle s'améliorait avec le score pronostic.

En corrélant la qualité des perceptions et le profil sociodémographique, on obtient le tableau X ci-dessous :

Tableau XI : Perception des participants en fonction du profil socio démographique.

Variables		Insuffisant n(%)	Moyen n(%)	Valeur de P
Age	[30-45[4(12,12)	29(87,88%)	0,002
	>60 ans	9(30,00%)	21(70,00%)	
	[45-60[14(58,33%)	10(41,67%)	
	< 30 ans	6(46,15%)	7(53,85%)	
Sexe	Féminin	21(33,87%)	41(66,13%)	0,813
	Masculin	12(31,58%)	26(68,42%)	
Statut matrimonial	Célibataire	10(28,57%)	25(71,43%)	0,198
	Union libre	0(0,00%)	4(100%)	
	Marié(e)	21(42,86%)	28(57,14%)	
	Divorcé(é)	0(0,00%)	1(100%)	
	Veuf (ve)	2(18,18%)	9(81,82%)	
Religion	Christianisme	31(33,33%)	62(66,67%)	0,173
	Islam	0(0,00%)	4(100%)	
	Animisme	2(66,67%)	1(33,33%)	
Aire culturelle	Forêt	24(30,00%)	56(70,00%)	0,182
	Grass Fields	8(47,06%)	9(52,94%)	
	Sahel	0(0,00%)	2(100,00%)	
	Savane	1(100,00%)	0(0,00%)	
Niveau d'instruction	Primaire	15(51,72%)	14(48,28%)	0,082
	Secondaire	9(23,08%)	30(76,92%)	
	Supérieur	8(28,57%)	20(71,43%)	
	Sans niveau	1(25,00%)	3(75,00%)	
Profession	Sans emploi	12(37,50%)	20(62,50%)	0,065
	Secteur informel	14(48,28%)	15(51,72%)	
	Secteur public	3(18,75%)	13(81,25%)	
	Retraité (e)	2(18,18%)	9(81,82%)	
	Secteur privé	0(0,00%)	8(100,00%)	
	Elève/Étudiant	2(50,00%)	2(50,00%)	

Le tableau ci-dessus permet d'affirmer qu'il y avait une relation significative entre la qualité des perceptions et l'âge des participants.

Chapitre V :
DISCUSSION

I. LIMITES DE L'ETUDE

Au cours du recrutement, plusieurs difficultés ont été retrouvées :

- La baisse de l'affluence dans les hôpitaux en général, et dans les services d'hépatogastro-entérologie en particulier. La cause était la pandémie à COVID 19.
- Le refus de certains patients d'honorer leur rendez-vous.
- Le manque de registres de consultation et/ou leur défaut de tenue ; et le manque d'information dans les carnets des malades dans certains hôpitaux.
- Le mauvais état de route en particulier celle d'Esse en chantier qui rendait le déploiement difficile.
- Le décès de plusieurs patients suivis.

Le profil socio-sanitaire de la population retenue se présentait comme suit :

II. PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE

1- Paramètres sociodémographiques

Dans le recrutement effectué, les participants de sexe féminin étaient prédominants avec une proportion de 62% et un sex-ratio de 0,61. Ce résultat s'oppose à celui obtenu à Madagascar en 2010 où un sex-ratio de 1,29 a été retrouvé [33]. Ce contraste pourrait s'expliquer par la forte tendance féminine (64,29%) chez les gardes malade. On retrouvait une moyenne d'âge de 51,5ans avec des extrêmes de 18 ans à 85 ans. Ce résultat se rapproche de celui retrouvé en France en 2009 où l'âge moyen était de 52,4 ans. Par contre, il est supérieur au résultat obtenu en 2008 au Mali qui retrouvait un âge moyen de $41,5 \pm 15,3$ ans [51]. Cette différence pourrait se justifier par la différence importante des âges extrêmes dans les deux études ; au Mali ils étaient de 12 à 72ans. On a observé que la tranche d'âge de 30 à 45 ans était la plus représentée avec une proportion de 33% de la population. Ce qui s'oppose au résultat obtenu en Algérie en 2018, où la tranche de 60 à 90 ans était prédominante [47]. Cette différence pourrait s'expliquer par la prise en compte dans la présente étude de garde malade qui, pour la plus part avait un âge compris entre 30 et 45 ans.

La prévalence de la cirrhose dans les hôpitaux retrouvait :

2- Prévalence

Durant la période de recrutement, il a été répertorié 106 cas de cirrhose du foie sur les 1683 malades consultés au service d'hépatogastroentérologie de l'HGY. La prévalence hospitalière de la cirrhose du foie était alors de 6,3%. Ce chiffre correspond à celui retrouvé au Burkina Faso en 2012 qui était de 6,5% [49].

3- Paramètres cliniques

Le trio ballonnement abdominal-amaigrissement-hématémèse justifiait le désir de consulter de 58,38% de malades. Cliniquement 47,92% des patients présentaient un syndrome d'hypertension portale ; et le syndrome d'insuffisance hépatocellulaire était présent chez 20,14% de malades. On a noté que la majorité des patients (72%) présentaient une ascite et une altération de l'état général. Une étude réalisée en Algérie en 2017 corrobore ces résultats [53]. De même, Ces résultats sont en accord avec la littérature. La plupart des cirrhoses étant diagnostiquées très tard, il est compréhensible qu'une complication soit le mode révélateur de la maladie. L'AEG inaugural peut s'expliquer par l'état avancé d'insuffisance hépatocellulaire ou l'état très souvent retrouvé de dégénérescence maligne des malades.

Plusieurs patients (28%) avaient des étiologies mixtes soit par coinfection ou par association à un éthylisme chronique. Les hépatites B et C restaient les plus grandes étiologies avec 25% et 39% respectivement dans la population générale ; Ce résultat retrouve celui obtenu en Algérie en 2017 [53].

Dans l'évolution de la pathologie il y avait une tendance vers un syndrome hémorragique chez 59% des patients, et l'espérance de vie à un an était inférieure à 45% avec un Child C dans 64,0% des cas. Ce résultat s'oppose à celui obtenu en Algérie en 2017 où le Child A était prédominant, avec 53,99% de cas dans la population générale [53]. Cette différence pourrait s'expliquer par les critères d'inclusion de la présente étude, qui ne prenait en compte que les malades présentant des signes de décompensation.

Pour les antécédents des patients explorés, Les plus marquants étaient toxicologiques. On notait un éthylisme chronique dans 23% des cas; et une plus grande consommation occasionnelle (43%) dans la population totale de patients. Au Maroc en 2007, l'étude menée retrouvait un alcoolisme chronique chez 14,7[46]. Cette différence pourrait s'expliquer par le manque d'honnêteté des patients dans l'un ou l'autre des cas.

Dans l'étude anthropologique effectuée, l'analyse des connaissances des malades et gardes malades faite était la suivante :

III. CONNAISSANCES

L'évaluation des connaissances dans la présente étude révélait que 47% des participants désignait leur pathologie par le terme « cirrhose ». Cependant, 24% désignaient la pathologie de manière inadéquate par le mot « hépatite ». Cela pourrait s'expliquer par la connotation grave et fataliste que la société camerounaise accorde aux hépatites virales. Parlant des causes de la maladie, les désignées étaient les hépatites virales dans 63% des cas ; suivi de d'éthylisme

chronique dans 54% des cas. Ces résultats corroborent ceux d'une étude réalisée au Cameroun en 2019 qui retrouvait l'hépatite comme cause la plus connue de cirrhose avec une incidence de 71% de cas [3].

En ce qui concerne les manifestations de la maladie, le constat fait est que les participants n'ont désigné que ce qui était directement visible, palpable ou ressenti. Parmi ces manifestations les plus importantes étaient : la distension abdominale (69%), Amaigrissement (52%), Ictère (50%), Anorexie (50%), Hématémèse (46%), Méléna (20%). On comprend donc que les patients identifient leur maladie aux symptômes qui les handicapent le plus. Ces résultats se rapprochent de ceux retrouvés dans une étude au Cameroun en 2019 sur les compétences des patients vis-à-vis de la cirrhose décompensée [3]. Pour ce qui est de l'évolution possible de la maladie, 91% des participants pensaient à une fin funeste précoce au vu de l'état clinique lié à la maladie. Concernant la prise en charge de la maladie, 98% des participants désignaient l'hôpital comme premier recours. La principale source d'information, 72% des participants avaient recours aux professionnels de santé. Ceci pourrait s'expliquer par la difficulté des patients à utiliser les NTIC, l'absence dans notre contexte des groupes d'entraide entre malades et la confiance accordée au corps médical.

S'agissant des connaissances sur la pathologie cirrhotique, 54% de la population avait un niveau satisfaisant. Ces données sont dans la même tendance que ceux retrouvés en 2015 en Australie où 62% de la population avait un bon niveau [41]. La distribution du niveau de connaissance selon le stade de la maladie a révélé que : les patients au stade C représentaient la majorité de ceux ayant des connaissances satisfaisantes soit 56,25% des participants. Ceci s'expliquerait par le fait que les connaissances s'amélioreraient avec la durée et l'évolution de la pathologie.

La discussion des attitudes des participants à travers la présentation des appréhensions, des idées reçues et conçues ainsi que des considérations psycho-sociales constituait la suite de la présentation.

IV. ATTITUDES

Concernant la représentation de la pathologie, les entités évaluées étaient : l'identité de la pathologie, leur durée, les conséquences, le control personnel, la représentation émotionnelle et les causes. Premièrement l'identité de la pathologie, elle ressortait une croyance négative dans la majorité des cas (63%). Ceci du fait de la pluralité des symptômes affectés à cette maladie. Ensuite La représentation de la pathologie prenait en compte : l'aspect chronique (la durée de la maladie) et l'aspect cyclique (récidives). De ce fait, les croyances étaient négatives dans 84% des cas. Ceci pourrait se comprendre au regard des deux aspects suivant : d'abord les

multiples récurrences et rechute de décompensation cirrhotiques ; mais aussi de l'aspect incurable de la cirrhose.

Parlant des représentations liées à l'impact socio-économique de la maladie, 52% des participants avaient des croyances négatives. Ceci pourrait s'expliquer par la symptomatologie bruyante de la cirrhose décompensée, mais aussi par son incidence financière importante. 49% des participants jugeaient la dépense liée à la maladie excessive ; Ce résultat corrobore une étude menée à Yaoundé en 2018 qui évaluait le coût direct de la prise en charge des patients présentant une cirrhose décompensée excessive [54]. Sur le volet social, les conséquences étaient telles que 66% de patients se sentait à l'écart de la société voire rejetés par celle-ci. Ce résultat est supérieur à celui obtenu à Yaoundé en 2019 qui était de 42% [3] ; cette différence pourrait s'expliquer par le pourcentage de patients ayant un stade avancé de la maladie (64%). L'évaluation du contrôle personnel dans la population révèle une croyance négative chez 69% des participants. On a pu observer un arrêt/ou refus de prise des médicaments prescrits dans 30% des cas ; la mauvaise compréhension de l'évolution de la pathologie dans 82% des cas pourrait être une justification.

Les émotions témoignant d'une détresse liée à la maladie étaient négatives dans 50% de cas. Ceci pourrait s'expliquer la vision funeste lié à cette maladie.

Concernant la représentation liée à la cause, 53% des participants l'affectaient aux éléments déclencheurs de la pathologie et 39,33% y voyait un moyen de l'entretenir. Ceci pourrait s'expliquer par l'incompréhension de la maladie liée à la chronicité de la cirrhose, le défaut de traitement curatif dans notre contexte ainsi que les considérations mystiques et traditionnelles. S'agissant des attitudes globales au sujet de la décompensation cirrhotique, 52% d'entre elles en avaient des non satisfaisants. Ces résultats se rapprochent de ceux retrouvés au Cameroun en 2019 qui retrouvait une forte majorité de patients avec des attitudes approximatives [3]. On avait une amélioration observée de ces attitudes en fonction de la durée et de l'évolution de la maladie.

V. PRATIQUES

L'étude des pratiques a montré que les malades sont en majorité fidèles au traitement institué par le médecin. C'est ainsi que, dans la recherche d'un premier secours, 72% participants avaient un recours médical. Ceci pourrait s'expliquer par la crainte que suscitent la violence et la frayeur de certaines complications. 73% des participants suivaient uniquement un traitement médical. Ceci pourrait se justifier par le perfectionnement des molécules utilisées au cours des dernières années qui a optimisé le processus de guérison et diminué sensiblement les

complications. Néanmoins, il est possible que certains patients aient caché l'existence d'une autre méthode de prise en charge notamment les remèdes traditionnels et les guérisseurs à cause du contexte de l'entretien.

Dans la maladie, l'assistance familiale multiforme était présente chez 51,8% de participants. Il s'agissait surtout d'aide financière et d'assistance physique. Cela peut être dû à la mobilisation caractéristique des familles camerounaises lors des situations de maladie grave ; surtout qu'une cirrhose décompensée peut vite se montrer invalidante avec un arrêt des activités professionnelles du malade.

La prévention des complications est une notion mal intégrée car les malades restent marqués par les symptômes personnels qui les ont emmenés à l'hôpital et leur éviction directe, mais aussi par les pratiques visibles qui ont soulagé leur malaise. Ainsi, à part les médicaments et le régime désodé, la plupart n'applique pas autre chose, sauf sous somation directe du médecin. L'éviction de l'alcool a été citée par la moitié de la population; cependant nous pensons que de nombreux malades ont sous-estimé leur consommation d'alcool par peur du jugement ou de réprimandes éventuelles.

Les sources d'information étaient jugées satisfaisantes dans 48% des cas en moyenne. L'idée d'un recours non médical aux soins de santé était influencée par l'entourage (54%), la nature des soins (85%), et des raisons personnelles (18%).

En somme, les pratiques en ce qui concerne la prise en charge et la prévention de la cirrhose du foie sont non satisfaisantes dans la population générale. Ce résultat s'oppose à celui de l'étude de 2019 au Cameroun sur les compétences des patients vis-à-vis de la cirrhose décompensée où, la qualité des pratiques évaluée était adéquate [3]. Cette différence pourrait s'expliquer par l'inclusion dans la présente étude des gardes malades dans la population. Aussi en distribuant la qualité des pratiques en fonction du score pronostic, on constate que : la qualité des pratiques s'améliore avec l'évolution du score pronostic. Ceci est compréhensible car devant la peur et l'incompréhension que provoque la survenue des complications, ainsi que l'inconfort personnel et communautaire qu'elles entraînent, il est normal que les malades essayent de faire au mieux pour éviter les récives.

VI. PERCEPTION GLOBALE

La perception globale des patients porteurs de cirrhose et leur garde malade était moyenne. En effet, les pratiques étaient satisfaisantes dans 42% des cas, et les connaissances étaient

moyennes chez la plupart des participants (54%). Ce sont surtout les attitudes erronées (50%) qui tiraient cette qualité vers le bas. En effet, la forte stigmatisation des malades dans notre contexte est un frein non négligeable aux capacités personnelles d'un malade à se prendre en charge. Trop de personnes assimilent la cirrhose du foie à une vulgaire hépatite virale. Ceci étant, ces malades sont très souvent réduits à deux caractères : une sexualité douteuse et la contagiosité. Il y a également le manque d'approche rationnelle de la maladie qui ralentit le processus d'adaptation des malades et leurs proches. Le constat fait est que la qualité de perception s'améliorait avec le score pronostic. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les patients aux pronostics avancés ont reçu une plus grande éducation liée à leur pathologie, car étant plus longtemps exposés à la maladie. On comprend alors que si l'aspect psycho-social de la maladie était plus nourri, la perception globale serait meilleure.

CONCLUSION

L'objectif de ce travail était d'évaluer les perceptions de la décompensation cirrhotique chez patients porteurs de cirrhose et leur garde malade à Yaoundé.

L'hypothèse de recherche initialement formulée à savoir que la représentation fataliste et funeste des patients porteurs de cirrhose et leur entourage était à l'origine des pratiques inadéquates dans leur prise en charge, a été affirmée. En effet, nonobstant un niveau de connaissance satisfaisant l'altération de la qualité des pratiques suivait les mauvaises qualités d'attitudes.

Ainsi, la qualité des attitudes tout comme la qualité des pratiques des patients porteurs de cirrhose et leur entourage était non satisfaisante. Cependant, le niveau des connaissances exactes en matière de cirrhose décompensée était satisfaisant et d'un niveau moyen.

Au terme de ce travail, il ressort que la qualité des perceptions des patients et leur entourage dans la ville de Yaoundé en ce qui concerne la décompensation cirrhotique est moyenne ceci entraînant des pratiques inadéquates dans leur prise en charge médicale (PEC).

RECOMMENDATIONS

A la lumière des résultats de ce travail et des commentaires qui s'en sont dégagés, quelques recommandations peuvent être humblement formulées :

1. Au ministère de la santé publique

- Mettre en place des stratégies pour améliorer la relation entre médecin et patient, afin de vulgariser les bonnes pratiques et raffermir la confiance entre patient et soignant
- Mettre en place des formations continues des professionnels de santé sur le suivi et l'accompagnement psychologique des patients cirrhotiques.
- Mettre sur pied des programmes nationaux de diffusion large des informations vraies sur la cirrhose et les décompensations hépatique.

2. Aux hôpitaux

- Aménager les différentes institutions pour favoriser la participation active du patient dans sa prise en charge.
- Créer des groupes d'échange entre malades cirrhotiques et les faire encadrer par des professionnels de santé.
- Mettre en place les formations continues des soignants sur les nouvelles approches.
- Aménager des plates-formes d'échange facile entre le patient et le professionnel de santé.

3. Aux chercheurs

Compléter les chiffres en étudiant plus spécifiquement le besoin d'accompagnement psychologique vis-à-vis de la cirrhose décompensée chez les patients porteurs de cirrhose.

REFERENCES

1. Buffet C, Pelletier G. Hépatologie. Paris: Masson, 1994 :387.
2. Jean Omer Ouavene, B Koffi, T Mobima, C Bekondji, A Massengue, A Kossi Guenebem. Cirrhoses du foie à l'hôpital de l'amitié de Bangui aspects épidémiologiques, cliniques, échographiques et problèmes de diagnostic. JAIM.2013; vol 5.
3. Andomo Y. Compétences de santé des patients vis-à-vis de la cirrhose décompensée dans la ville de Yaoundé [Thèse de médecine], FMSB-UYI, 2019.
4. Organisation mondiale de la santé. Rapport sur la santé dans le Monde 2002-Réduire les risques et promouvoir une vie saine. Genève: OMS; 2004.
5. Ghamdi S, Shah H. An Educational Needs Assessment for Patients with Liver Disease. Journal of the Canadian Association of Gastroenterology. 2018 Jun; 1(2):54-59.
6. Essi MJ, Njoya O. L'enquête CAP en recherche médicale. Health Sciences and Diseases [en ligne]. 2013 Juin, Vol.14, N°2, [consulté le 01/11/2019]. Consultable à l'URL <https://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/183>.
7. Senon, rédacteur. Anthropologie de la maladie. [en ligne]. Poitiers : Faculté de Médecine, Département de Psychologie Médicale ; 2011 [cité le 26/12/19]. <https://docplayer.fr/57572049-Anthropologie-de-la-maladie.html>.
8. R.Somblé, A.Bougouma, O.Diablo, G.Bonkougou, R.Cissé, L.Sangaré, R.Sia, K.Serme, D.Iboudo. Hépatite B : aspects épidémiologiques, diagnostique, thérapeutique et évolutif au centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou. Journal Africain d'Hépatogastroentérologie. 2010 janvier ; 4(1):3-10.
9. Benhmou J P, Erlinger S. Maladie du foie et des voies biliaires. Paris: Flammarion, 2000: 223.
10. Serme A K, Iboudo D. Cirrhose au centre national Yalgado Ouédraogo. Med Afr Noire 2002; 11: 481-486.
11. Ouedraogo J. Place des virus de l'hépatite b et c dans les cirrhoses et les cancers primitifs du foie en milieu hospitalier à Bobo-Dioulasso. Thèse Méd, Ouagadougou, 1997.
12. Maiga, M Y, Dembele M, Maiga I, Sanago B, Traore H A Etude de l'AgHBs et l'Ac anti VHC au cours des hépatopathies chroniques. Bull Soc Pathol Exot. 2002; 12(4): 389-392.
13. Benhmou J, Johannes B, Mario R, Juan R, Neil M. Hépatologie clinique Paris: Flammarion, 1993.
14. Tsega E, Hansson B G. Hepatitis C virus infection and chronic liver disease in Ethiopia where hepatitis B infection is hyper endemic. Trans R Soc Trop Med Hyg. 1995; 89(2): 171-174.

15. Université Médicale Virtuelle Francophone. [page consultée le 14/03/2019]. Sémiologie appareil digestif, [en ligne]. Consultable à l'URL http://campus.cerimes.fr/semiologie/enseignement/esemio2/site/html/9_6.html.
16. Lamare L. Cirrhose et complications. La coll hip HGE. 11 Fév. 2005 ; 11(228) : 1-13.
17. Université Médicale Virtuelle Francophone. [page consultée le 10/11/2019]. Item 228 : Cirrhose et complications [en ligne]. Consultable à l'URL <http://www.campus.cerimes.fr/hepato-gastroenterologie/enseignement/item228/site/html/>.
18. Le manuel MSD [en ligne]. New York (USA) : Le manuel MSD ; 2018. [Image], Varices œsophagiennes hémorragiques ; [modifié le 02/01/2018, cité le 25/03/2020] ; [environ 1 écran].<https://www.msmanuals.com/fr/professional/troublesgastrointestinaux/h%C3%A9morrhagie-gastro-intestinale/varices>.
19. Université Médicale Virtuelle Francophone. [page consultée le 10/11/2019]. Item 276 : Cirrhose et complications [en ligne]. Consultable sur l'URL :http://campus.cerimes.fr/anatomiepathologique/enseignement/anapath_16/site/html/3.html.
20. l'Hénaff M. Conséquences et complications de la cirrhose. Groupe SOS solidarité ARCAT[en ligne] 2015.
21. Thabut D. la cirrhose et ses complications. Forum SOS hépatites. 2016.
22. Runyon BA. American Association for the study of liver diseases practice guideline management revised of adult patients with ascites due to cirrhosis. Hépatology. 2013 ; 57 :1651-3.
23. Ledinghen V. Traitement du syndrome hépatorénal. Gastro enterol Clin Biol. 2004; 28: B 130-B137.
24. Caroli J, Ribet A, Paraf A. Précis des maladies du foie, du pancréas et des voies biliaires. Paris: Masson, 1975: 639.
25. Gex L, Bernard C, Spahr L. Scores en hépatologie : Child-Pugh, MELD et Maddrey. Rev Med Suisse. 2010 ; 6 : 1803-1808.

26. Saskia D, Spahr L. Encéphalopathie hépatique chez le patient atteint de cirrhose : nouveautés et recommandations pratiques. *Rev Med Suisse*. 2010 ; 6 : 1667-71.
27. Université Médicale Virtuelle Francophone. [page consultée le 04/11/2018]. Item 301 (ex item 151) – Tumeurs du foie primitives et secondaires [en ligne]. <http://www.campus.cerimes.fr/hepato-gastro-enterologie/enseignement/item301/site/html>.
28. Zarski JP. [page consultée le 02/11/2019]. Cirrhoses et étiologies des cirrhoses (228). Corpus Médical–Faculté de Médecine de Grenoble. [En ligne]. <https://www-sante.ujfgrenoble.fr/SANTE/corpus/disciplines/hepgastro/hepato/228/leconimprim.pdf>.
29. Moreau R. Réponses inflammatoires et stress dans les maladies chroniques du foie (unité Inserm 1149). Centre de recherche sur l'inflammation [en ligne]. <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/cirrhose>.
30. Rehm J, Shield K. Global alcohol-attributable deaths from cancer, liver cirrhosis, and injury in 2010. *Alcohol Res*. 2014 ; 35(2) : 174-183.
31. Ali A, Alan D, Saied S. Liver cirrhosis mortality in 187 countries between 1980 and 2010: a systematic analysis. *BMC Med*, 2014; 12:145.
32. Montalto G, Cervello M, Giannitrapani L. Epidemiology, risk factors and natural history of hepatocellular carcinoma. *Annals of New York Academy of sciences*. 2006; 963(1).
33. Razafimahefa SH, Rabenjanahary TH, Rakotoarivelo RA et al. Les causes de mortalité dans une population de patients cirrhotiques malgaches. *Med Trop*. 2010 ; 70 : 163-5.
34. Touré S. Aspects épidémiologiques, étiologiques, cliniques et thérapeutiques de la cirrhose à l'Hôpital National de Niamey [Thèse]. Bamako : Université de Bamako ; 2008. 90 p.
35. Mulumba. Profil épidémioclinique de la cirrhose à la clinique Ngaliema [Thèse]. Kinshasa : Université Technologique Bel Campus ; 2015. 66 p.
36. Noah D, Bagnaka S, Ankouane Andoulo F, Bilounga J, Namme H. Complications and prognosis of cirrhotic patients at the Douala General Hospital in Cameroon. *Journal of Applied Medical Sciences*. 2016, 5(1) : 43-52.

37. Mairamou H, Njoya O, Kowo M et al. Traitement de l'hépatite C de génotype 1 par les antiviraux d'action directe au Cameroun : résultats préliminaires. *Health Sciences Diseases*. 2018 ; 19 Suppl 3.
38. Sawadogo W. Etude des aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques, étiologiques et évolutifs de la cirrhose du foie dans le département de médecine du CHUSS de Bobo-Dioulasso: à propos de 87 cas [Thèse]. Ouagadougou : Université de Ouagadougou ; 2012. 150 p.
39. Essi MJ, Montié M, Njoya O. Compétences de santé vis-à-vis de l'hépatite virale B dans les camps de réfugiés au Cameroun. *Health Sciences and Diseases*. 2018 ; 19 (3).
40. Cherrad M. Cirrhose et complications [Thèse de médecine]. Université Abou Bekr Belkaid ; 2018. 114 p.
41. Njoya O, Nko'o A, Essi MJ. Hépatites virales au Cameroun, changer de paradigme. *Health Sciences and Diseases*. Oct 2018 ; 19 (3).
42. Zandi M, Mohsen AH, Robabeh M, Nejhad AK, Seyed MA. Effects of a self-care program on quality of life of cirrhotic patients referring to Téhéran Hepatitis Center. *Health Qual Life Outcomes*. 2005 ; 3: 35.
43. Volk ML, Fisher N, Fontana RJ. Patient knowledge about disease self-management in cirrhosis. *Am J Gastroenterol*. 2013 Mar ; 108 (3) : 302-5.
44. Goldsworthy M, Fateen W, Thygesen H, Aldersley M, Rowe I, Jones R. Patient understanding of liver cirrhosis and improvement using multimedia education. *Frontline Gastroenterology*. 2017 Jul ; 8 (3) : 214–219.
45. Vaughn-Sandler V, Sherman C, Aronsohn A, Volk ML. Consequences of perceived stigma among patients with cirrhosis. *Dig Dis Sci*. 2014 Mar ; 59 (3) : 681-6.
46. Rhezali M. Profil étiologique de la cirrhose[Thèse de médecine]. Université Cadi Ayyad, 2007.
47. Mulumba. Profil épidémioclinique de la cirrhose à la clinique Ngaliema [Thèse]. Kinshasa : Université Technologique Bel Campus ; 2015. 66 p.

48. Moss-Morris R, Weinman J, Petrie KJ, Horne R, Cameron LD, Buick D. The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health* 2002;17:1-16.
49. Sehonou 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.
50. Ouavene JO, Koffi B, Mobima T, Bekondi C, Massengue A, Kossi A. Cirrhoses du foie à l'Hôpital de l'Amitié de Bangui : aspects épidémiologiques, cliniques, échographiques et problèmes de diagnostic. *Journal Africain d'Imagerie Médicale.* 2013 ; 5 (1).
51. Dicko M. Aspects évolutifs de la maladie cirrhotique : un an de suivi au CHU Gabriel Touré [Thèse] Bamako : Université de Bamako ; 2008. 79 p.
52. Billong S, rédacteur. Concepts et méthodes en éducation pour la santé. Yaoundé : Faculté de Médecine et de Sciences Biomédicales, Département de Santé Publique ; 2004.
53. Polis S, Zang L, Mainali B, Pons R, Pavendranathan G, Zekry A et al. Factors associated with medication adherence in patients living with cirrhosis. *Journal of Clinic Nursing.* 2016 Jan ; 25(1-2) : 204-12.
54. TAYOU T. Evaluation du coût direct de la prise en charge des patients présentant une cirrhose décompensée à Yaoundé[Thèse de médecine]. Université de Yaoundé I, 2018.

ANNEXES

**ANNEXE 1 : CLAIRANCE ETHIQUE DE LA FACULTE DE MEDECINE ET DES
SCIENCES BIOMEDICALES**

ANNEXE 2 : FICHE D'INFORMATION DU PATIENT

LETTRE D'INFORMATION DESTINEE AU PATIENT

Titre de la recherche : Perception de la décompensation cirrhotique chez les patients porteurs de cirrhose à Yaoundé.

Madame, Monsieur,

Je vous propose de participer à une étude de santé publique. Cette lettre d'information vous détaille en quoi elle consiste.

Il vous est simplement demandé l'autorisation de pouvoir vous poser quelques questions sur vos connaissances élémentaires face au problème de cirrhose décompensée. Je vous soumettrai un questionnaire dont les réponses seront étudiées avec le plus grand respect. Hormis ce questionnaire, aucune procédure supplémentaire de diagnostic, de traitement ou de surveillance ne vous sera proposée. Avant que vous n'acceptiez de participer à cette étude, je vous invite à prendre conscience de ses implications afin que vous puissiez prendre une décision en toute connaissance de cause.

Le but de cette recherche est d'évaluer le besoin éducationnel des patients cirrhotiques de la ville de Yaoundé. A travers cette étude et grâce à votre aimable participation, j'espère être capable de démontrer l'intérêt de la mise à niveau des connaissances individuelles des patients souffrant de cirrhose, afin qu'ils deviennent de meilleurs acteurs dans leur prise en charge et l'élaboration de leurs soins.

Si vous participez à cette étude, vous devez savoir qu'elle est mise en œuvre après évaluation par le Comité Régional d'Ethique de la Recherche en Santé Humaine du Centre (CRERSH-Ce) et par le Comité d'Ethique de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I. De plus, votre participation est volontaire et doit rester libre de toute contrainte. Elle nécessite la signature d'un document exprimant votre consentement. Même après l'avoir signé, vous pouvez arrêter de participer en informant l'investigateur. Les données recueillies à cette occasion sont confidentielles et votre anonymat est garanti lors de la publication des résultats. Vous pouvez toujours contacter l'investigateur si vous avez besoin d'informations complémentaires.

Votre participation à l'étude ne durera que le temps d'une seule consultation durant laquelle l'investigateur vous posera des questions sur vos caractéristiques socio sanitaires (âge, sexe, profession, niveau de revenu, antécédents...), vos connaissances sur la décompensation de la cirrhose du foie, votre perception générale de la maladie et les pratiques usuelles auxquelles vous avez recours face à une manifestation de décompensation.

**ANNEXE 3 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE POUR LA
PARTICIPATION A UNE RECHERCHE DE SANTE PUBLIQUE**

SUJET : PERCEPTION DE LA DECOMPENSATION CIRRHOTIQUE CHEZ LES
PATIENTS PORTEUR DE CIRRHOSE A YAOUNDE

Je soussigné.....

Accepte de participer à l'étude intitulée **perception de la décompensation cirrhotique chez les patients porteur de cirrhose à Yaoundé**. Les objectifs et modalités de l'étude m'ont été clairement expliqués par l'investigateur .J'ai lu et compris la fiche d'information qui m'as été remise .J'ai eu suffisamment de temps pour y réfléchir et en parler avec une personne de mon choix .J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions qui me sont venues à l'esprit et j'ai obtenu des réponses satisfaisantes .J'ai compris que des données me concernant seront récoltées et que l'investigateur se porte garant de la confidentialité de ces données. J'ai bien compris que ma participation à l'étude est volontaire .Je suis libre d'accepte ou de refuser de participer, d'arrêter à tout moment ma participation en cours d'étude. C'est donc librement que j'accepte de me soumettre à la recherche qui m'est proposée.

Annexe 4 : outils de collecte

Étude sur : «**Perception de la décompensation cirrhotique chez les patients porteurs de cirrhose à Yaoundé**»

Questionnaire

Date : _ / _ /2020

Nom de l'hôpital : _

Fiche N° : _

1. Profil sociodémographiques

	Questions	Réponses
1	Age : 1= Moins de 30 ans 2= [30-45[3= [45-60[4= 60 ans et plus	<input type="checkbox"/>
2	Sexe : 1= Féminin 2=Masculin	<input type="checkbox"/>
3	Statut matrimonial : 1=Célibataire 2=Marié(e) 3=Divorcé(e) 4=Veuf (veuve) 5=Union libre	<input type="checkbox"/>
4	Profession : 1= Sans emploi 2= Elève/Étudiant(e) 3= Secteur public 4= Secteur privé 5= Secteur informel 6= Retraité(e)	<input type="checkbox"/>
5	Niveau d'étude : 1=Aucun 2=Primaire 3=Secondaire 4=Universitaire	<input type="checkbox"/>
6	Religion : 1=Chrétienne 2=musulmane 3=Autres _____	<input type="checkbox"/>
7	Aire culturelle : 1=Côte 2= Forêt 3= Grass Fields 4= Sahel 5= Savane 6= Autres _____	<input type="checkbox"/>
8	Lieu de résidence : 1=localité 2= Yaoundé 3=autres _____	<input type="checkbox"/>

2. Connaissances

9	Quel nom donnez-vous à cette maladie ?	<input type="checkbox"/>
10	Qu'est-ce qui peut donner à quelqu'un la cirrhose ? 1= Alcool 2=Hépatite 3= Médicaments 4= Infections 5= Surpoids 6= Régime salé 7= Je ne sais pas 9= sorcellerie 8=Autre _____	<input type="checkbox"/>
11	A quoi peut-on la reconnaître ? 1=Gros ventre 2=Yeux/corps jaune(s) 3=Vomissements de sang 4= Selles noires 5= Coma 6= Changement de comportement 7= Amaigrissement 8=Perte d'appétit 9= Convulsions 10= Je ne sais pas 11= Autre _____	<input type="checkbox"/>
12	Qu'est-ce qui peut arriver si on ne soigne pas ? 1= Mort 2= Coma 3= Anémie 4= Insuffisance rénale 5= Problèmes pulmonaires 6= Impuissance/stérilité 7= Cancer 8= Infections 9= Problèmes de digestion 10= Je ne sais pas 11= Autre _____	<input type="checkbox"/>
13	Quels moyens dispose-t-on pour soigner cette maladie ? 1= Médicaments 2= Chirurgie 3= Habitudes sexuelles 4= Alimentation 5= Prière 6= 7= Autre _____	<input type="checkbox"/>
14	Est-ce que vous vous sentez à l'écart de la société à cause de cette maladie ? 1= Oui 2=Non	<input type="checkbox"/>
15	Pensez-vous qu'elle soit contagieuse ? 1= Oui 2= Non 3= Je ne sais pas	<input type="checkbox"/>
16	Croyez-vous qu'elle soit héréditaire ? 1= Oui 2= Non 3= Je ne sais pas	<input type="checkbox"/>
17	D'où tirez-vous vos informations sur la cirrhose ? 1= Professionnel de santé 2= Médias 3= Entourage 4= Autre _____	<input type="checkbox"/>
18	Avez-vous l'expérience d'un autre cas de maladie de ce genre ? 1=Oui 2=Non	<input type="checkbox"/>
19	Comment est la dépense pour votre suivi ? 1= Excessive 2= Supportable 3= Peu coûteuse	<input type="checkbox"/>

3. Attitudes

20	A quoi vous fait penser cette maladie au premier abord ? 1= Malédiction 2= Sorcellerie 3= complications de cirrhose 4= mort 5=autres	<input type="checkbox"/>
21	Que disent les gens sur cette maladie ? ? 1= Malédiction 2= Sorcellerie 3= complications de cirrhose 4= mort 5=autres	<input type="checkbox"/>
22	Avez-vous compris comment on en est arrivé à ce stade de la maladie ?	<input type="checkbox"/>
23	Pensez-vous que cette maladie fait peur ou effraie votre entourage? 1= Oui 2= Non	<input type="checkbox"/>

24	Est-ce que vous pensez qu'on peut guérir de cette maladie ? 1= Oui 2= Non	<input type="checkbox"/>
25	Pensez-vous que la survenue de la décompensation de cirrhose est un évènement naturellement possible de l'évolution ? 1=Oui 2=Non	<input type="checkbox"/>
26	Si Non, quelle peut être la cause ?	
27	Lequel de ces éléments peut aider la médecine moderne de façon significative dans la prise en charge ? 1= Guérisseur 2= Pharmacopée traditionnelle 3= Prière 4= Autre _____ 5= aucun	<input type="checkbox"/>
28	Quelle a été votre réaction au moment de la survenue du premier symptôme ? 1= Positivité 2= Négativité	<input type="checkbox"/>
29	Connaissez-vous quelqu'un qui peut donner cette maladie ? 1=Oui 2= Non	<input type="checkbox"/>
30	Les gens pensent-ils que vous faites bien de venir à l'hôpital ? 1=Oui 2= Non	<input type="checkbox"/>
31	Selon vous qu'est ce qui peut véritablement aider un patient qui est dans cette situation ? 1= Dieu 2= les ancêtres 3=le sorcier 4= le traitement 5=la Mort 6=autres	<input type="checkbox"/>
32	Y a-t-il quelque chose qui vous empêche de vous faire suivre régulièrement ? 0= Rien 1= Charges familiales/professionnelles 2= Manque d'argent 3= Manque de temps 4= Peur 5= Oubli 6=Autre _____	<input type="checkbox"/>
33	Pensez-vous qu'il y ait un effort personnel à faire pour le patient dans l'évolution de sa maladie ?	
34	Pensez-vous que cette maladie vas s'en aller d'aussitot et ne plus revenir?	

4. Pratiques

35	Pensez-vous qu'on peut éviter cette maladie ? 1= Oui 2= Non	<input type="checkbox"/>
36	Quelles sont les raisons qui peuvent vous pousser à changer de méthode de prise en charge ? 0= Aucune 1= Conseil 2= Curiosité 3= Escroquerie 4= Inefficacité 5= Mauvaise qualité des soins 6=Autre _____	<input type="checkbox"/>
37	Qu'avez-vous fait en premier lorsque la maladie s'est manifestée ? 1= Rien 2=Automédication 3= Consultation médicale 4= Pharmacopée traditionnelle 5=Religieux 6= Autre _____	<input type="checkbox"/>

38	Ou cherchez-vous de l'aide quand vous avez des incompréhensions ? 1= Hôpital 2= Guérisseur 3 = famille 4=autres	<input type="checkbox"/>
39	Comment votre famille vous aide-t-elle dans cette maladie ? 1= Finances 2= Prière 3= Soutien psychologique 4= Assistance physique 5= Autre_	<input type="checkbox"/>
40	Que peut-on faire pour ne pas arriver au stade des complications ? 1= Médicaments 2= Arrêter l'alcool 3=Vaccination 4= Sport 5= Rapports sexuels protégés 6= Régime désodé 7=Rien 8= Autre_____	<input type="checkbox"/>
41	Y'a-t-il un traitement en cours en ce moment ? 1= Oui 2=Non	<input type="checkbox"/>
42	Respectez-vous la prescription du médecin ? 1= Oui 2= Non	<input type="checkbox"/>
43	Avez-vous des conseils ou un avis à donner aux populations de Yaoundé sur la cirrhose décompensée ?	

Avez-vous quelque chose à rajouter ? _____

Je vous remercie!

ANNEXE 5 : FICHE TECHNIQUE

Etude sur « Perception de la décompensation cirrhotique des patients porteurs de cirrhose à Yaoundé »

Fiche technique

Date : / /202

N° de fiche

Identification	
Age	1= Moins de 30 ans 2= [30-45[3= [45-60[4= 60 ans et plus
Sexe	1= Féminin 2= Masculin
Profession	1= Sans emploi 2= Elève/Étudiant(e) 3= Secteur public 4= Secteur privé 5= Secteur informel 6= Retraité(e)
Religion	1=Animisme 2= Christianisme 3=Islam
Aire culturelle	1=Côte 2= Forêt 3= Grassfields 4= Sahel 5= Savane
Niveau d'instruction	0= Aucun 1= Ecole coranique 2= Primaire 3= Secondaire 4= Supérieur
Motif de consultation	
Etiologie	
Signes cliniques	
Complications	
Comorbidité(s)	
Consommation d'alcool	
Consommation	Aucune / __ / Occasionnelle / __ / Chronique/ /
Score pronostic de Child Pugh	
Ascite	Absente / __ / Modérée / __ / Tendue ou réfractaire / /
Bilirubine (µmol/l)	<35 / / 35-50 / / >50 / /
Albumine (g/l)	>35 / / 28-35 / / <28 / /
TP	>50% / __ / 40-50% / __ / <40% / __ /
Encéphalopathie	Absente / __ / Légère-modérée / __ / Sévère / /
Score final	A (5-6 points) / __ / B (7-9 points) / __ / C(10-15) points / /

ANNEXE 6 : AUTORISATIONS DE RECHERCHE