Chirurgie et médecine vasculaires dans les pays du Sud.

S'y intéresser n'est pas un choix!

25 septembre 2024

Cassis

JM Davaine, G Ciss, PA Dieng, NF Sow, M Gaye, M Lemierre,

E Ouldsalek, M Gaudry, L Chastaingt, P Lacroix, C Le Hello, W Gandji,

E Cheysson

SORBONNE UNIVERSITÉ

La chaîne de l'espoir

Hôpitaux Universitaires de Marseille | ap·hm

Hôpital européen Georges-Pompidou AP-HP

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

Chirurgie: le parent pauvre

Fonds mondial de lutte contre le VIH- BK- Paludisme, 2002: 5 MM $/ an (https://www.theglobalfund.org/fr/about-the-global-fund/).

Fonds GAVI (vaccin): 37,9 MM $ depuis 2000. (https://focus2030.org/Qui-finance-l-acces-a-la-sante-dans-le-monde.).

« The human and economic consequences of untreated surgical conditions in LMICs are large and for many years have gone unrecognized.»

Global Surgery 2030. Lancet.

Chirurgie: au centre du jeu.

1980-Mexico City

Importance of surgery within primary healthcare

Halfdan Mahler, DG OMS

Déclaration Alma Ata 1978

World Health Organization. Alma-Ata

http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf

2015: 3 textes fondamentaux

Banque mondiale: Disease Control Priorities.

Volume 1:Essential Surgery (3rd edn), World Bank: Washington, 2015; 19–40

OMS résolution 68.15

Renforcer les soins chirurgicaux et anesthésie→ CSU

Lancet: Global Surgery 2030

Evidence and solutions or achieving health, welfare, and economic development.

Lancet 2015; 386: 569–624.

Global surgery: 5 messages clés

The Lancet Commissions

Global Surgery 2030: evidence and solutions for achieving health, welfare, and economic development

John G Meara, Andrew J M Leather*, Lars Hagander*, Blake C Alkire, Nivaldo Alonso, Emmanuel A Ameh, Stephen W Bickler, Lesong Conteh, Anna J Dare, Justine Davies, Eunice Dérivois Mérisier, Shenaaz El-Halabi, Paul E Farmer, Atul Gawande, Rowan Gillies, Sarah L M Greenberg, Caris E Grimes, Russell L Gruen, Edna Adan Ismail, Thaim Buya Kamara, Chris Lavy, Ganbold Lundeg, Nyengo C Mkandawire, Nakul P Raykar, Johanna N Riesel, Edgar Rodas‡, John Rose, Nobhojit Roy, Mark G Shrime, Richard Sullivan, Stéphane Verguet, David Watters, Thomas G Weiser, Iain H Wilson, Gavin Yamey, Winnie Yip*

Global Surgery 2030: evidence and solutions for achieving health, welfare, and economic development

5 billion people do not have access to surgery.
9/10 people in LMICs cannot access basic surgical care

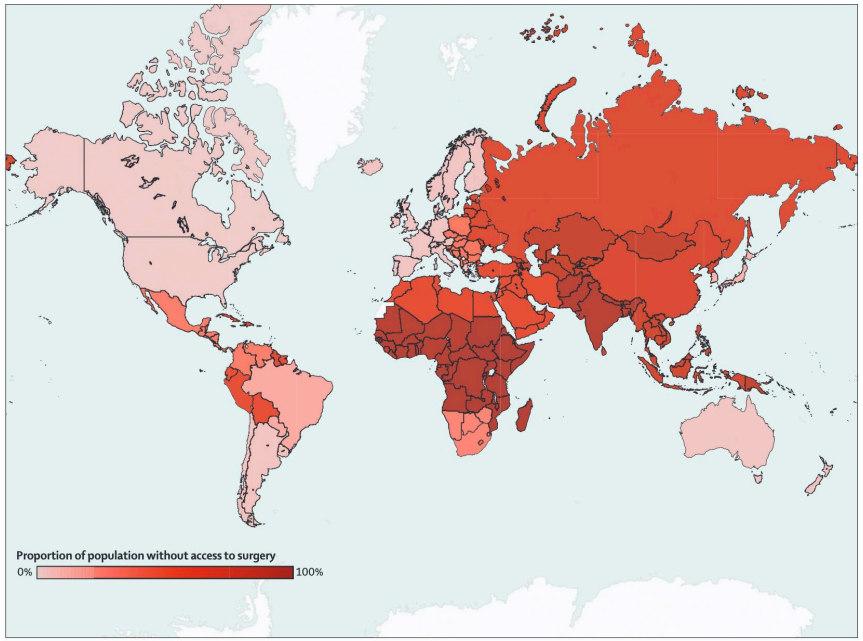


Figure 2: Proportion of the population without access to safe, affordable surgery and anaesthesia by Institute for Health Metrics and Evaluation region (selective tree)[25,29]

Global Surgery 2030: evidence and solutions for achieving health, welfare, and economic development

5 billion people do not have access to surgery.
9/10 people in LMICs cannot access basic surgical care

143 M additional surgical procedures are needed in LMICs each year to save lives.
Of the 313 M procedures undertaken worldwide each year,
only 6% occur in the poorest countries (West and SS Africa).

	Population size of region (millions)	Estimated total need of region		Estimated unmet need* of region	
		Surgical cases (millions)	Cases per 100 000 population	Surgical cases	Cases per 100 000 population
Andean Latin America	53	2·0	3773	0	0
Australasia	26	1·2	4669	0	0
Caribbean	44	2·2	5080	131 050	301
Central Asia	80	3·5	4339	910 432	1136
Central Europe	119	6·6	5515	678 358	570
Central Latin America	231	7·8	3384	0	0
Central sub-Saharan Africa	97	6·0	6255	4 192 980	4343
East Asia	1398	57·8	4136	27 956 507	2000
Eastern Europe	207	10·3	4967	0	0
Eastern sub-Saharan Africa	356	21·9	6145	17 555 748	4935
High-income Asia Pacific	178	9·4	5291	0	0
High-income North America	340	15·8	4647	0	0
North Africa and Middle East	446	19·8	4456	2 115 011	474
Oceania	10	0·4	4501	55 196	555
South Asia	1613	72·9	4520	57 791 550	3582
Southeast Asia	610	25·8	4225	12 480 939	2045
Southern Latin America	60	3·0	4906	0	0
Southern sub-Saharan Africa	70	3·6	5093	291 000	413
Tropical Latin America	202	7·2	3581	0	0
Western Europe	416	22·3	5366	0	0
Western sub-Saharan Africa	336	21·8	6495	18 909 507	5625
Global total	6893	321·3	..	143 068 278	..

Data are from Rose and colleagues[27] based on calculations provided by Weiser and colleagues[7] and Hider and colleagues.[35] *There is a modelling artifact in the regions that seem to have an unmet need of zero. In these regions, countries with higher surgical rates skew the regional unmet need, even though great disparities in unmet need for surgery might still exist. This is why surgical need should be measured at the country or possibly even the sub-national level for large countries to achieve the sensitivity needed to identify true surgical need. As such, this model underestimates the surgical need in all regions owing to this averaging effect.

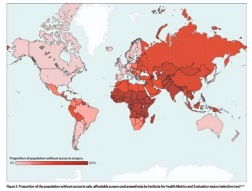
Table 2: **Estimated minimum total need and unmet need for surgery by Global Burden of Disease epidemiological region**

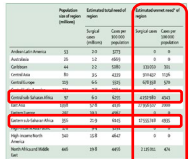
Global Surgery 2030: evidence and solutions for achieving health, welfare, and economic development

5 billion people do not have access to surgery.
9/10 people in LMICs cannot access basic surgical care

143 M additional surgical procedures are needed
in LMICs each year to save lives.
Of the 313 M procedures undertaken
worldwide each year,
only 6% occur in the poorest countries
(West and SS Africa).

33M individuals face catastrophic health expenditure due to payment for surgery and anesthesia each year.
48M: non medical cost of seeking surgical care.





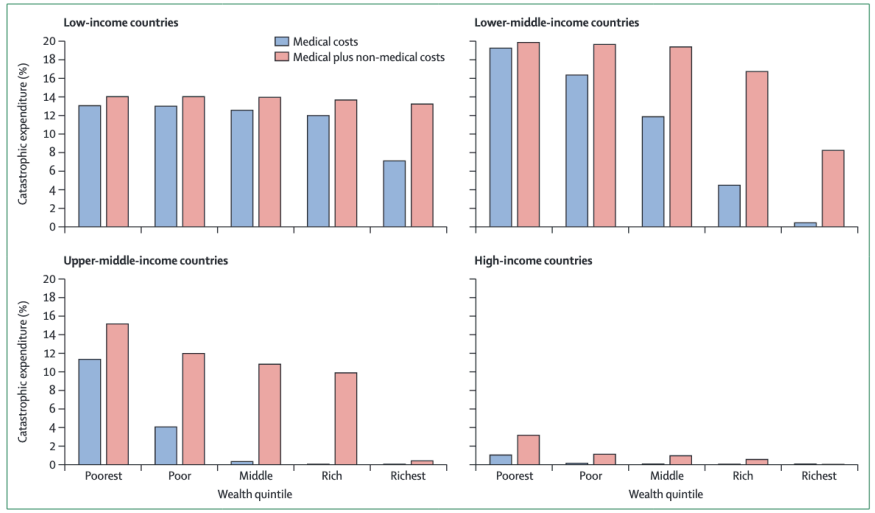


Figure 3: **Risk of catastrophic expenditure due to costs of seeking surgery, by wealth quintile and income of country**[28]
Data with and without non-medical costs (eg, transportation, lodging, and food) are shown.

Global Surgery 2030: evidence and solutions for achieving health, welfare, and economic development

5 billion people do not have access to surgery.
9/10 people in LMICs cannot access basic surgical care

143 M additional surgical procedures are needed in LMICs each year to save lives.
Of the 313 M procedures undertaken worldwide each year,
only 6% occur in the poorest countries (West and SS Africa).

33M individuals face catastrophic health expenditure due to payment for surgery and anesthesia each year.
48M: non medical cost of seeking surgical care.

Investing in surgical care services in LMICs: affordable, saves lives and promote economic growth.
Surgery is an indivisible, indispensable part of health care.

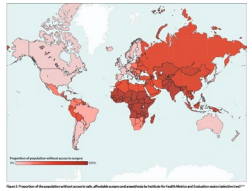
	Low-income countries	Lower-middle-income countries	Upper-middle-income countries
Unit cost for surgical procedures	179	219	332
Surgical theatre construction cost	319 002	412 488	1 906 064
Historical rates of increase (5·1% per year)			
Cost of surgical procedures	14	115	86
Costs of operating rooms	6	37	40
Total cost	20	152	126
Annual cost (% of total annual health expenditure)	1 billion (4%)	8 billion (4%)	7 billion (1%)
Mongolian rates of increase (8·9% per year)			
Cost of surgical procedures	31	197	91
Costs of operating rooms	13	50	40
Total cost	44	247	131
Annual cost (% of total annual health expenditure)	2 billion (8%)	14 billion (6%)	7 billion (1%)
Mexican rates of increase (22·5% per year)			
Cost of surgical procedures	76	274	95
Costs of operating rooms	17	50	40
Total cost	93	324	135
Annual cost (% of total annual health expenditure)	5 billion (17%)	18 billion (8%)	8 billion (1%)

Costs are presented per billion 2012 US$. Estimates are from Verguet and colleagues[48] created specifically for this Commission.

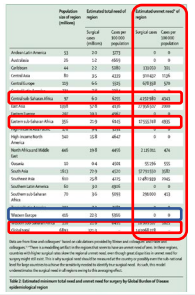
***Table 3*: Total and annual costs of scaling up basic surgical services from 2012 to 2030 using historical, Mongolian, and Mexican rates of increase for 33 low-income countries, 33 lower-middle-income countries, and 22 upper-middle-income countries**

Global Surgery 2030: evidence and solutions for achieving health, welfare, and economic development

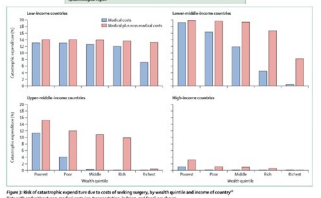
5 billion people do not have access to surgery.
9/10 people in LMICs cannot access basic surgical care



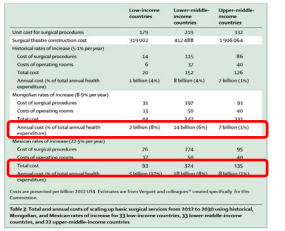
143 M additional surgical procedures are needed in LMICs each year to save lives.
Of the 313 M procedures undertaken worldwide each year,
only 6% occur in the poorest countries (West and SS Africa).



33M individuals face catastrophic health expenditure due to payment for surgery and anesthesia each year.
48M: non medical cost of seeking surgical care.



Investing in surgical care services in LMICs: affordable, saves lives and promote economic growth.
Surgery is an indivisible, indispensable part of health care.



Chirurgie: pas un coût mais un investissement!

Jim KIM, Président Banque Mondiale, 2014

« Surgery is an indivisible, indispensable part of healthcare and can help millions of people lead healthier, more productive lives »

2010	
16.9M DC (33% DC dans le monde) par absence de prise en charge chirurgicale	**1.46** VIH/SISA **1.2** BK **1.17** Malaria

DCP-3 Banque Mondiale

28-32% GBD is amenable to surgical care

Bellwether procedures

Caeserean section
Laparotomy
Ttt of open fracture

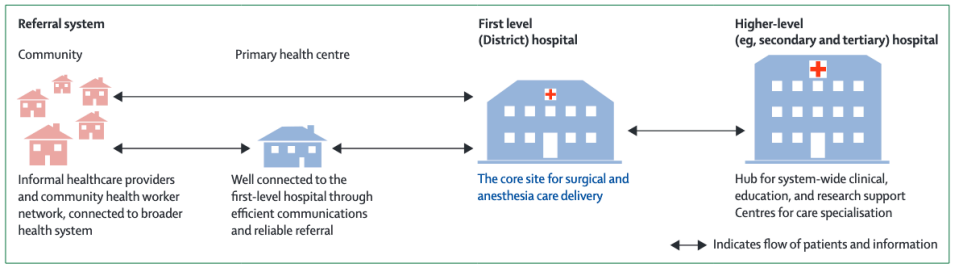


Figure 5: **The surgical system**
The surgical system is an interdependent network of individuals and institutions that reside within the health system.

World Health Assembly Resolution WHA68.15: "Strengthening Emergency and Essential Surgical Care and Anesthesia as a Component of Universal Health Coverage"—Addressing the Public Health Gaps Arising from Lack of Safe, Affordable and Accessible Surgical and Anesthetic Services

Raymond Price, Emmanuel Makasa & Michael Hollands

World Journal of Surgery **39**, 2115–2125 (2015) | Cite this article

"**Strengthening emergency and essential surgical care and anesthesia as a component of universal health coverage (UHC)."** For the first time, governments worldwide acknowledged and recognized surgery and anesthesia as key components of UHC and health systems strengthening. The resolution details and outlines the highest level of political commitments to address the public health gaps arising from lack of safe, affordable, and accessible surgical and anesthetic services in an integrated approach.

L'hôpital remis au centre du jeu!

5 mai 2023 : **COVID-19 : le chef de l'OMS déclare la fin de l'urgence sanitaire mondiale | ONU Info (un.org)**

Criticité du fonctionnement des hôpitaux à l'échelle du globe

Empreinte climatique du secteur de la santé

↑↑, 4 à 6 % des émissions mondiales de carbone.

Pays dits « du Sud » les plus impactés.

Soutenir les trajectoires durables, pauvres en carbone.

Santés humaine, animale et environnementale indissociables.

ELSEVIER

Seminars in Vascular Surgery

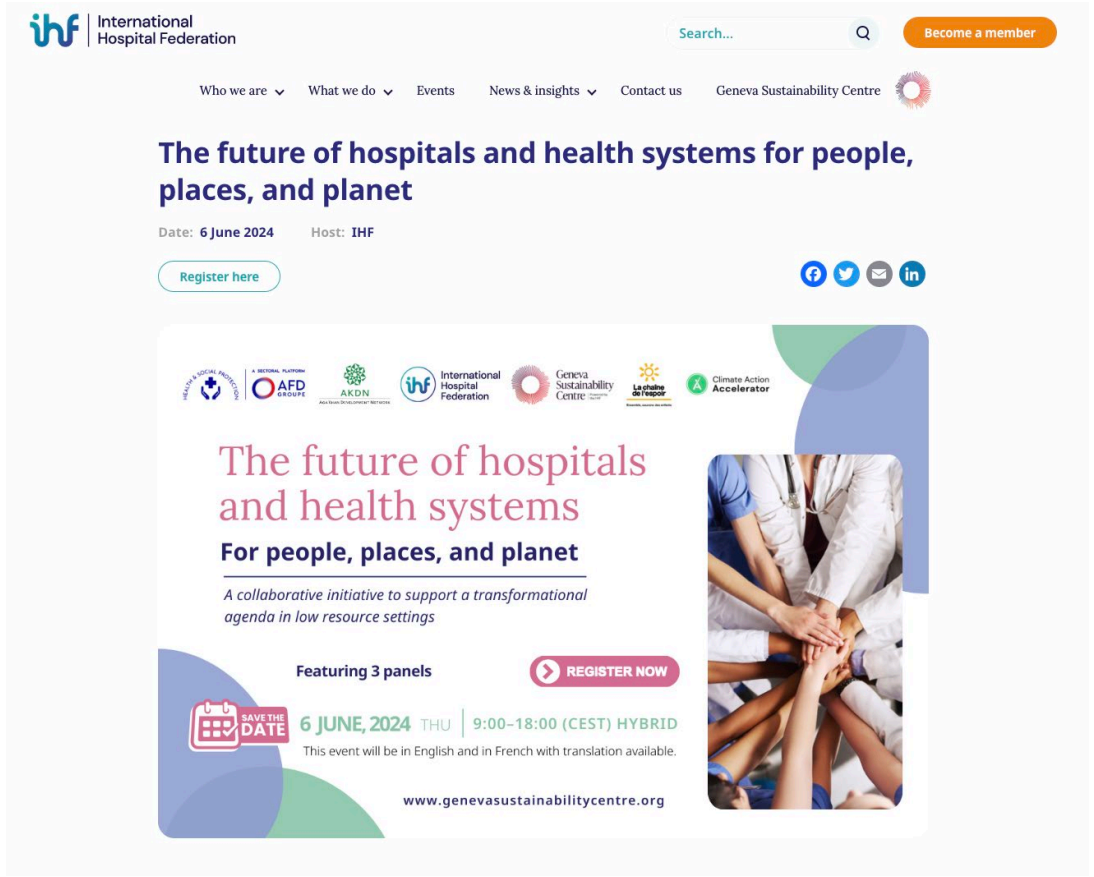
Volume 37, Issue 3, September 2024, Pages 333-341

Review article

e-Health and environmental sustainability in vascular surgery

Gabrielle Stevenin [a b], Jennifer Canonge [a b], Marianne Gervais [b c], Antonio Fiore [b d], Fabien Lareyre [e f g], Joseph Touma [a b], Pascal Desgranges [a b], Juliette Raffort [f g h i], Jean Sénémaud [a b j]

L'hôpital du futur



Launch Event June 6th 2024

Geneva and Online

We invite you to join us to support a transformational agenda to ensure fit-for-future hospitals and health systems. On 6 June, we held a series of panel sessions taking a deep-dive into operational themes that affect lower resources settings in particular. This event launched our new collaborative initiative on the future of hospitals in low resource settings.

Led by inspiring speakers and experts, discussions covered three of our five key focus themes:

1) Hospitals and health systems workforce support and development.
2) Environmentally sustainable hospitals and health systems, focusing on low carbon, resilient and sustainable healthcare models.
3) Resource mobilization and access to finance.

The event was in English and French, with translation available.

Participants included: leaders and representatives of hospitals (public and private), professional associations, technical experts, international organizations, non-governmental organizations, and civil society stakeholders.

For any question or more information, please contact Renzo Costa, Project Officer.

La transition épidémiologique MT→ MNT

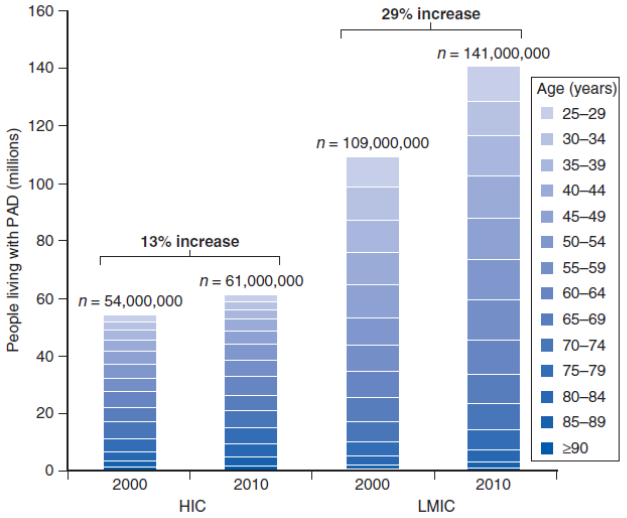
17,9 M DC maladies CV en 2019

32 % de tous les décès dans le monde

¾ LMICs

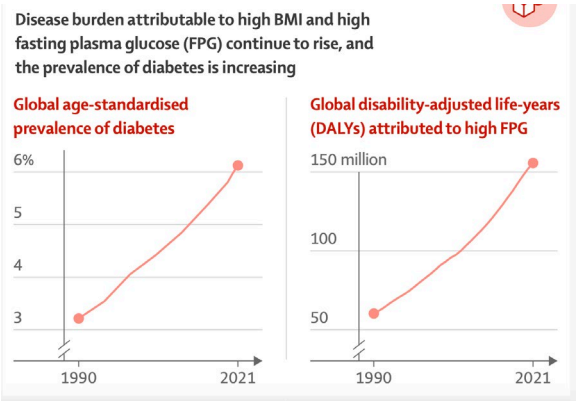
OMS: 2030: Maladies CV 1ère cause de mortalité en Afr. S-S

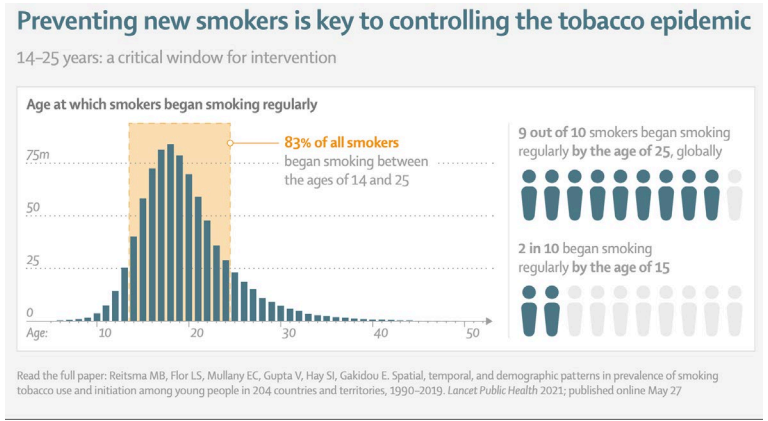
NCD Countdown 2030 collaborators. Lancet. 2018;392(10152):1072-1088



High Income Countries **Low and Medium Income countries**

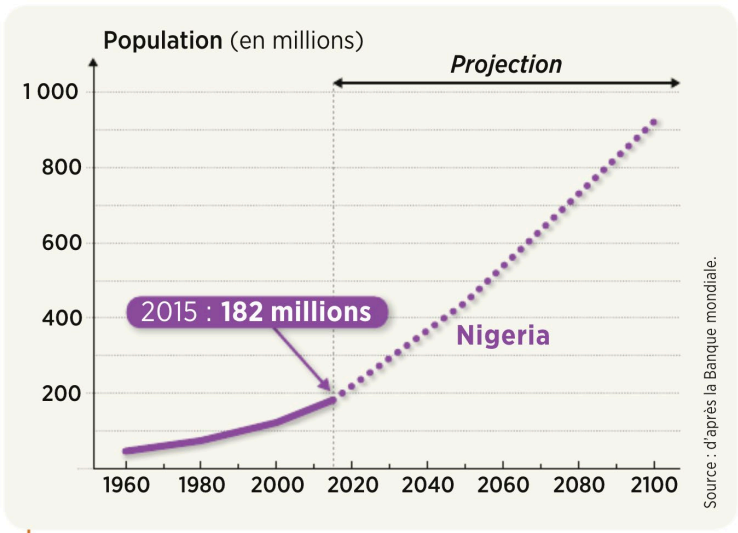
Nat Rev Cardiol. 2017;14(3):156–170.)





La démographie Vs RH

↗↗



3 Évolution démographique du Nigeria

L'accroissement naturel du Nigeria est de 2,5 % (moyenne mondiale : 1,2 %). Le taux de fécondité est de 6.

↘↘

Workforce

USA, UK: 101 et 73 chirurgiens vasculaires/ 10M hab.
France: 500
LMICs: 10 x moins (400x moins en Ethiopie)
Inde: 500 chirurgiens vasculaires

PANAVASC

★

Prise en charge des maladies cardiovasculaires en Afrique de l'Ouest

PANAfrican VASCular project

La Chaîne de l'espoir 1994

33 pays d'intervention

32M€ budget annuel

186 salariés, 694 bénévoles

10 000 patients opérés

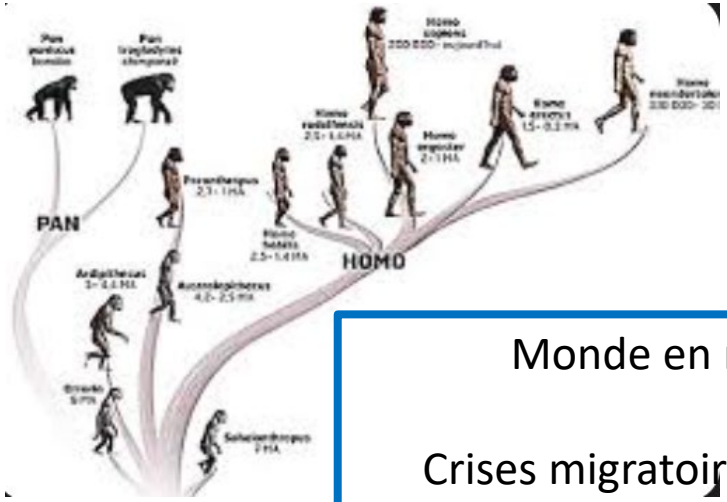
Evolution en 30 ans

Sac au dos

Disponibilité totale

Politisé

Enfant



Monde en replis

Crises migratoires/ climat

Religion

Maladies chroniques, mode de vie, Epidémie

Internet: Instantané, insoutenable

Humanitaire cible

Hôpital

Hyperconnecté

Hyperenchainé

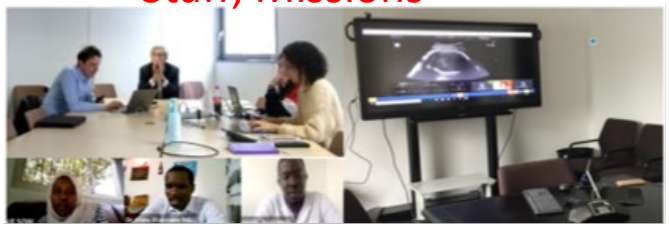
Famille- disponibilité

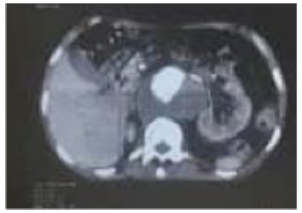
Nouveaux outils

Nouvelles règles

PANAVASC

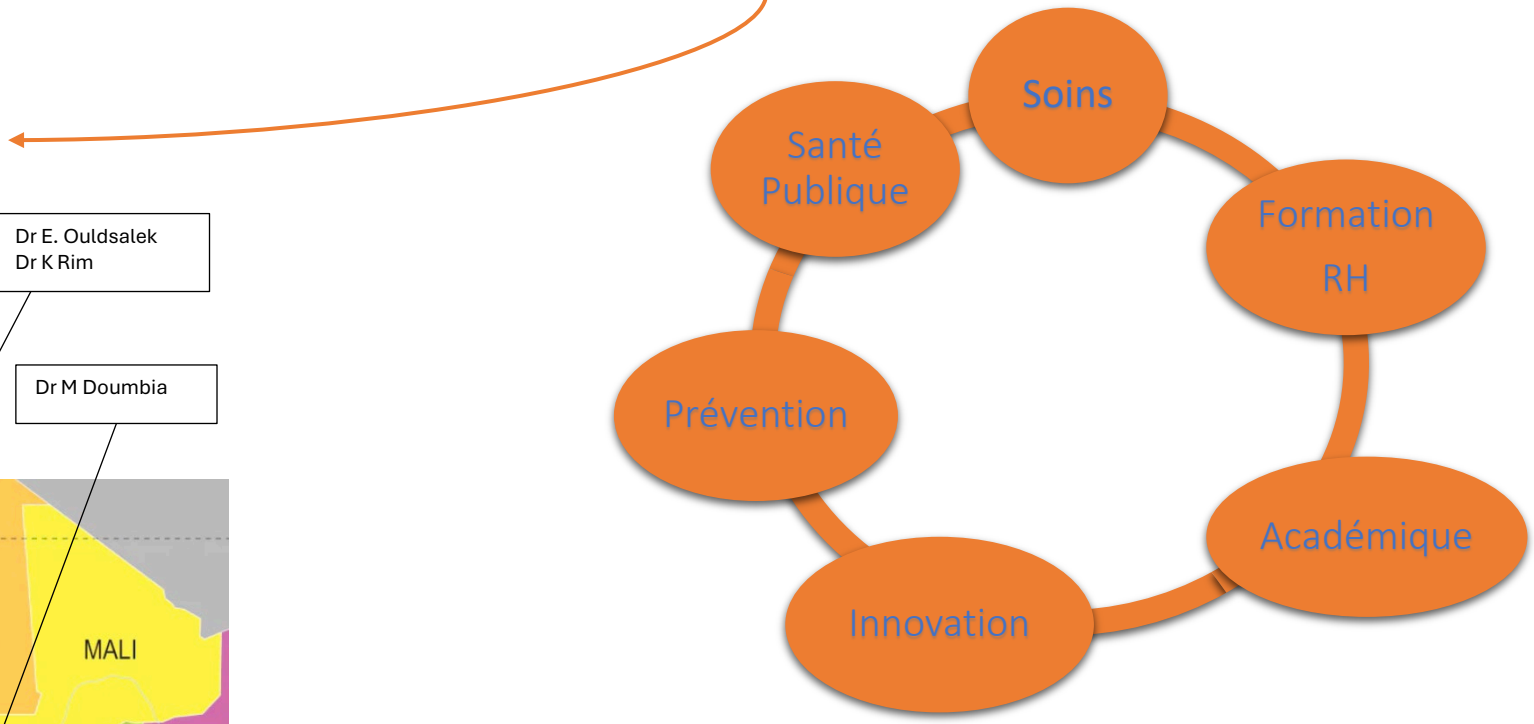
Staff, Missions





La chaîne de l'espoir

Pr JP Becquemin
Dr L Chastaingt
Dr E Cheysson
Dr JM Davaine
Pr A Deloche
Dr M Gaudry
Pr C Le Hello
Pr P Lacroix
Dr M Lemierre
Dr A Manika



Pr G Ciss
Pr PA Dieng
Pr A Kane
Dr F Sow
Dr A Mbengue

Dr E. Ouldsalek
Dr K Rim

Dr M Doumbia

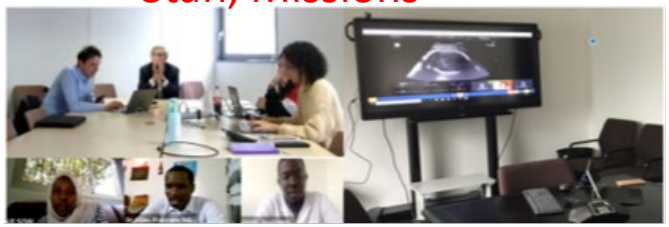
Dr W Gandji

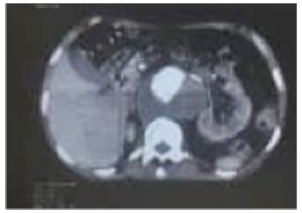
PANAVASC

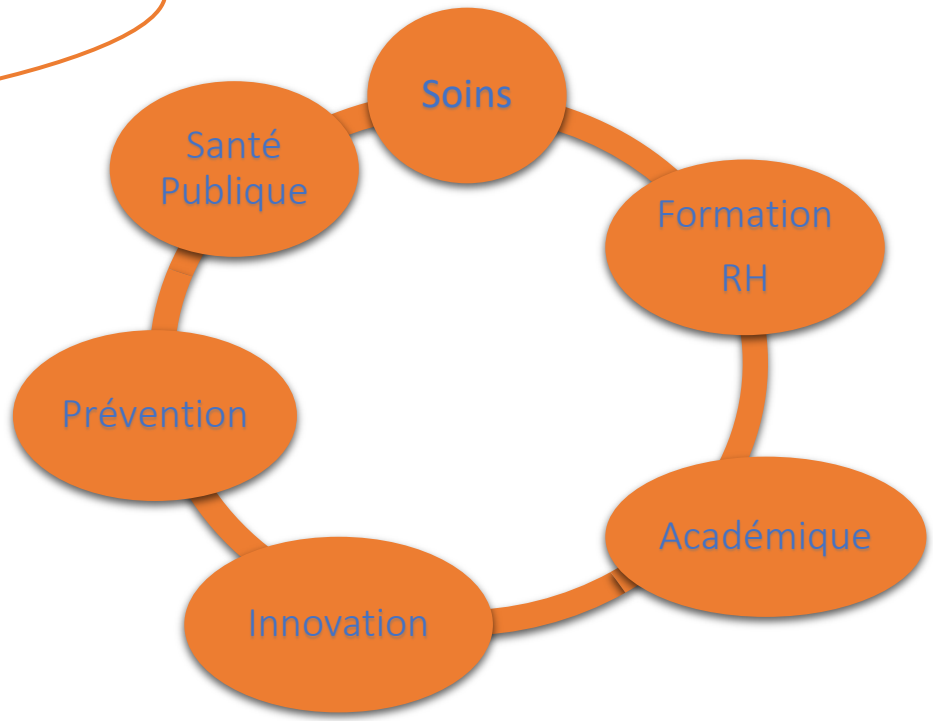
Territoire	Données	FDRCV	Prise en charge	Perspectives	♀
AOMI	Prévalence - Sénégal 12% (>40A)[1] - 35% Niger (>60A)[2]	HTA (OR: 4) Diabète (OR: 2,3)	Taux élevé amputation d'emblée (50%)[3]	PREVENTION Diag Médicaments Chirurgie	- Plus jeunes - Plus grave - Pronostic sombre - Vulnérable
Carotides	AVC =1ère cause DC neurologique à Dakar[4] Sténose: données limitées	HTA+++	Sous-diagnostiqué Sous-traité	PREVENTION Diagnostic Chirurgie	
Aorte	Prévalence AAA: 1-6% 54% de diagnostic au stade de rupture[5]	HTA Tabac	Sous-diagnostiqué Manque de structure	Dépistage Centre référent Endovasculaire	
Veines	Ulcères Peu de données	F Obésité	Traitement méconnu	SENSIBILISATION Compression élastique Offre chirurgicale	

1 Pessinaba S, Mbaye A, Kane A, et al. J Mal Vasc. 2012;37(4):195-200.
2 Akpan IS, Enabulele O, Adewole AJ. Niger Med J. 2020;61(1):1-5.
3 Rajaonanahary T, Raherinantenaina F, Rakotonaivo M, Rakoto Ratsimba H. , Med Sante Trop. 2014;24(2):189-193
4 Sène Diouf F, Ndiaye MM. Dakar Med. 2008;53(1):7-19.
5 Ngetich E, Ward J, Cassimjee I, Lee R, Handa A. West Afr Coll Surg. 2020;10(1):3-14. doi:10.4103/jwas.jwas

Staff, Missions







La chaîne de l'espoir

Pr JP Becquemin
Dr L Chastaingt
Dr E Cheysson
Dr JM Davaine
Pr A Deloche
Dr M Gaudry
Pr C Le Hello
Pr P Lacroix
Dr M Lemierre
Dr A Manika

Pr G Ciss
Pr PA Dieng
Pr A Kane
Dr F Sow
Dr A Mbengue

Dr E. Ouldsalek
Dr K Rim

Dr M Doumbia

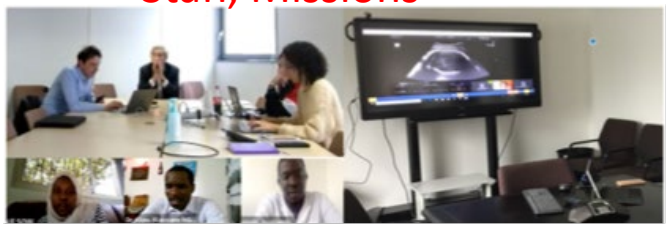
Dr W Gandji

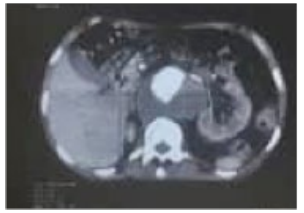
PANAVASC

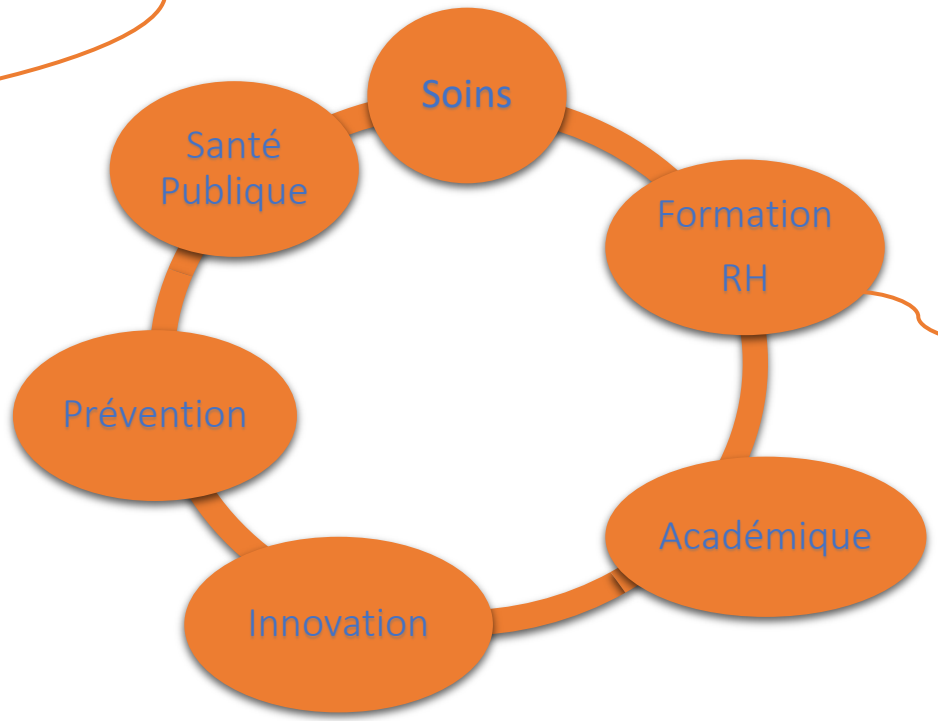
Territoire	Données	FDRCV	Prise en charge	Perspectives	♀
AOMI	Prévalence - Sénégal 12% (>40A)[1] - 35% Niger (>60A)[2]	HTA (OR: 4) Diabète (OR: 2,3)	Taux élevé amputation d'emblée (50%)[3]	PREVENTION Diag Médicaments Chirurgie	- Plus jeunes - Plus grave - Pronostic sombre - Vulnérable
Cardiaque	AVC =1ère cause DC neurologique à Dakar[4] Sténose: données limitées	HTA+++	Sous-diagnostiqué Sous-traité	PREVENTION Diagnostic Chirurgie	
Aorte	Prévalence AAA: 1-6% 54% de diagnostic au stade de rupture[5]	HTA Tabac	Sous-diagnostiqué Manque de structure	Dépistage Centre référent Endovasculaire	
Veine	Ulcères Peu de données	F Obésité	Traitement méconnu	SENSIBILISATION Compression élastique Offre chirurgicale	

1Pessinaba S, Mbaye A, Kane A, et al. J Mal Vasc. 2012;37(4):195-200.
2 Akpan IS, Enabulele O, Adewole AJ. Niger Med J. 2020;61(1):1-5.
3 Rajaonanahary T, Raherinantenaina F, Rakotonaivo M, Rakoto Ratsimba H. , Med Sante Trop. 2014;24(2):189-193
4 Sène Diouf F, Ndiaye MM. Dakar Med. 2008;53(1):7-19.
5 Ngetich E, Ward J, Cassimjee I, Lee R, Handa A. West Afr Coll Surg. 2020;10(1):3-14. doi:10.4103/jwas.jwas

Staff, Missions







Echanges

Formation validante

La chaîne de l'espoir

Pr JP Becquemin
Dr L Chastaingt
Dr E Cheysson
Dr JM Davaine
Pr A Deloche
Dr M Gaudry
Pr C Le Hello
Pr P Lacroix
Dr M Lemierre
Dr A Manika

Pr G Ciss
Pr PA Dieng
Pr A Kane
Dr F Sow
Dr A Mbengue

Dr E. Ouldsalek
Dr K Rim

Dr M Doumbia

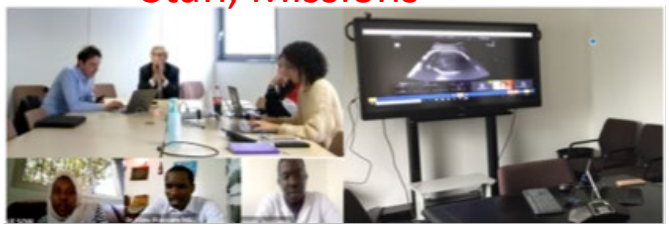
Dr W Gandji

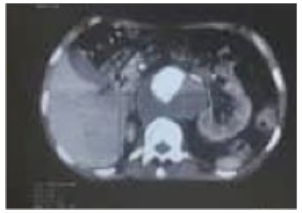
PANAVASC

Territoire	Données	FDRCV	Prise en charge	Perspectives	♀
AOMI	Prévalence - Sénégal 12% (>40A)[1] - 35% Niger (>60A)[2]	HTA (OR: 4) Diabète (OR: 2,3)	Taux élevé amputation d'emblée (50%)[3]	PREVENTION Diag Médicaments Chirurgie	- Plus jeunes - Plus grave - Pronostic sombre - Vulnérable
Cardiaque	AVC =1ère cause DC neurologique à Dakar[4] Sténose: données limitées	HTA+++	Sous-diagnostiqué Sous-traité	PREVENTION Diagnostic Chirurgie	
Aorte	Prévalence AAA: 1-6% 54% de diagnostic au stade de rupture[5]	HTA Tabac	Sous-diagnostiqué Manque de structure	Dépistage Centre référent Endovasculaire	
Veine	Ulcères Peu de données	F Obésité	Traitement méconnu	SENSIBILISATION Compression élastique Offre chirurgicale	

1Pessinaba S, Mbaye A, Kane A, et al. J Mal Vasc. 2012;37(4):195-200.
2 Akpan IS, Enabulele O, Adewole AJ. Niger Med J. 2020;61(1):1-5.
3 Rajaonanahary T, Raherinantenaina F, Rakotonaivo M, Rakoto Ratsimba H. , Med Sante Trop. 2014;24(2):189-193
4 Sène Diouf F, Ndiaye MM. Dakar Med. 2008;53(1):7-19.
5 Ngetich E, Ward J, Cassimjee I, Lee R, Handa A. West Afr Coll Surg. 2020;10(1):3-14. doi:10.4103/jwas.jwas

Staff, Missions





Soins
Santé Publique
Formation RH
Prévention
Académique
Innovation

Pr G Ciss
Pr PA Dieng
Pr A Kane
Dr F Sow
Dr A Mbengue

Dr E. Ouldsalek
Dr K Rim

Dr M Doumbia

Dr W Gandji

Echanges

Formation validante

Database

Publications

Master 2
M LEMIERRE
Cheffe de projet innovation

La chaîne de l'espoir

Pr JP Becquemin
Dr L Chastaingt
Dr E Cheysson
Dr JM Davaine
Pr A Deloche
Dr M Gaudry
Pr C Le Hello
Pr P Lacroix
Dr M Lemierre
Dr A Manika

Support
SCVE
SFMV
CEMV

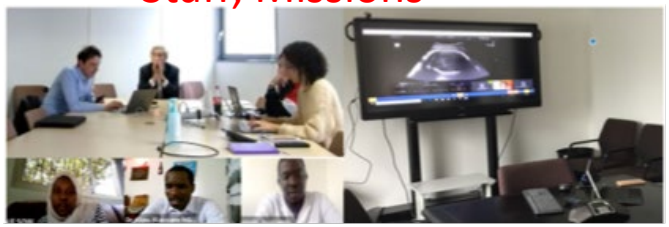
Hôpitaux Universitaires de Marseille | ap-hm
ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

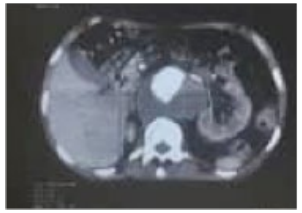
PANAVASC

Territoire	Données	FDRCV	Prise en charge	Perspectives	♀
AOMI	Prévalence - Sénégal 12% (>40A)[1] - 35% Niger (>60A)[2]	HTA (OR: 4) Diabète (OR: 2,3)	Taux élevé amputation d'emblée (50%)[3]	PREVENTION Diag Médicaments Chirurgie	- Plus jeunes - Plus grave - Pronostic sombre - Vulnérable
Carotides	AVC =1ère cause DC neurologique à Dakar[4] Sténose: données limitées	HTA+++	Sous-diagnostiqué Sous-traité	PREVENTION Diagnostic Chirurgie	
Aorte	Prévalence AAA: 1-6% 54% de diagnostic au stade de rupture[5]	HTA Tabac	Sous-diagnostiqué Manque de structure	Dépistage Centre référent Endovasculaire	
Veines	Ulcères Peu de données	F Obésité	Traitement méconnu	SENSIBILISATION Compression élastique Offre chirurgicale	

1Pessinaba S, Mbaye A, Kane A, et al. J Mal Vasc. 2012;37(4):195-200.
2 Akpan IS, Enabulele O, Adewole AJ. Niger Med J. 2020;61(1):1-5.
3 Rajaonanahary T, Raherinantenaina F, Rakotonaivo M, Rakoto Ratsimba H. , Med Sante Trop. 2014;24(2):189-193
4 Sène Diouf F, Ndiaye MM. Dakar Med. 2008;53(1):7-19.
5 Ngetich E, Ward J, Cassimjee I, Lee R, Handa A. West Afr Coll Surg. 2020;10(1):3-14. doi:10.4103/jwas.jwas

Staff, Missions





La chaîne de l'espoir

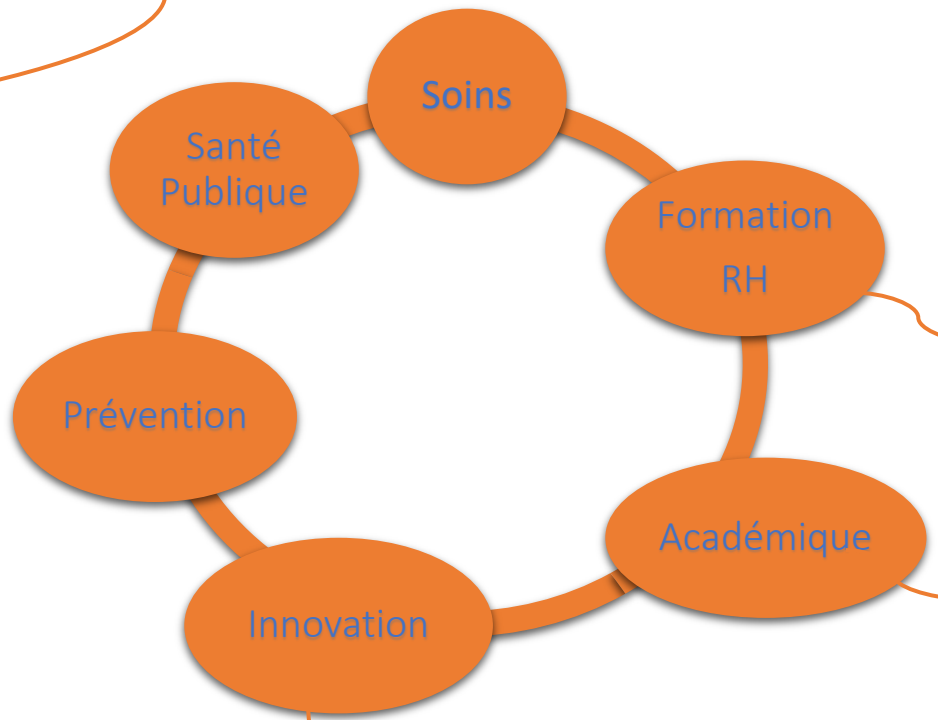
Pr JP Becquemin
Dr L Chastaingt
Dr E Cheysson
Dr JM Davaine
Pr A Deloche
Dr M Gaudry
Pr C Le Hello
Pr P Lacroix
Dr M Lemierre
Dr A Manika

Pr G Ciss
Pr PA Dieng
Pr A Kane
Dr F Sow
Dr A Mbengue

Dr E. Ouldsalek
Dr K Rim

Dr M Doumbia

Dr W Gandji



Echanges

Formation validante

Database

Publications

Support
SCVE
SFMV
CEMV

Eco-responsable
Endovasculaire

Master 2
M LEMIERRE
Cheffe de projet innovation

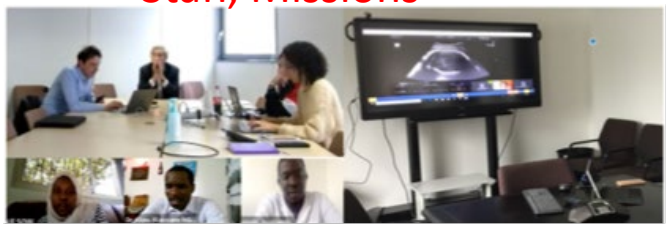
Hôpitaux Universitaires de Marseille | ap-hm
ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

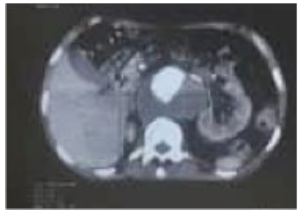
PANAVASC

Territoire	Données	FDRCV	Prise en charge	Perspectives	♀
AOMI	Prévalence - Sénégal 12% (>40A)[1] - 35% Niger (>60A)[2]	HTA (OR: 4) Diabète (OR: 2,3)	Taux élevé amputation d'emblée (50%)[3]	PREVENTION Diag Médicaments Chirurgie	- Plus jeunes - Plus grave - Pronostic sombre - Vulnérable
Carotides	AVC =1ère cause DC neurologique à Dakar[4] Sténose: données limitées	HTA+++	Sous-diagnostiqué Sous-traité	PREVENTION Diagnostic Chirurgie	
Aorte	Prévalence AAA: 1-6% 54% de diagnostic au stade de rupture[5]	HTA Tabac	Sous-diagnostiqué Manque de structure	Dépistage Centre référent Endovasculaire	
Veines	Ulcères Peu de données	F Obésité	Traitement méconnu	SENSIBILISATION Compression élastique Offre chirurgicale	

1Pessinaba S, Mbaye A, Kane A, et al. J Mal Vasc. 2012;37(4):195-200.
2 Akpan IS, Enabulele O, Adewole AJ. Niger Med J. 2020;61(1):1-5.
3 Rajaonanahary T, Raherinantenaina F, Rakotonaivo M, Rakoto Ratsimba H. , Med Sante Trop. 2014;24(2):189-193
4 Sène Diouf F, Ndiaye MM. Dakar Med. 2008;53(1):7-19.
5 Ngetich E, Ward J, Cassimjee I, Lee R, Handa A. West Afr Coll Surg. 2020;10(1):3-14. doi:10.4103/jwas.jwas

Staff, Missions





La chaîne de l'espoir

Pr JP Becquemin
Dr L Chastaingt
Dr E Cheysson
Dr JM Davaine
Pr A Deloche
Dr M Gaudry
Pr C Le Hello
Pr P Lacroix
Dr M Lemierre
Dr A Manika

Pr G Ciss
Pr PA Dieng
Pr A Kane
Dr F Sow
Dr A Mbengue

Dr E. Ouldsalek
Dr K Rim

Dr M Doumbia

Dr W Gandji

Soins
Santé Publique
Formation RH
Prévention
Académique
Innovation

HTA
♀

Eco-responsable
Endovasculaire

Echanges

Formation validante

Database

Publications

Master 2
M LEMIERRE
Cheffe de projet innovation

Support
SCVE
SFMV
CEMV

Hôpitaux Universitaires de Marseille | ap hm
ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

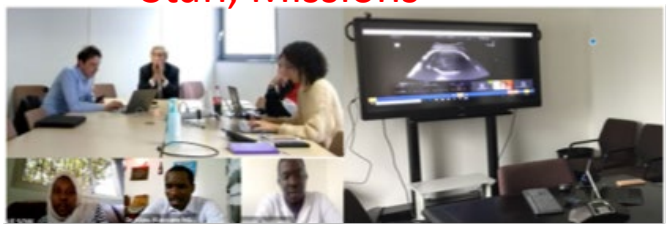
PANAVASC

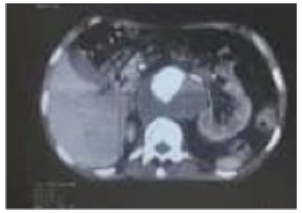
Territoire	Données	FDRCV	Prise en charge	Perspectives	♀
AOMI	Prévalence - Sénégal 12% (>40A)[1] - 35% Niger (>60A)[2]	HTA (OR: 4) Diabète (OR: 2,3)	Taux élevé amputation d'emblée (50%)[3]	PREVENTION Diag Médicaments Chirurgie	- Plus jeunes - Plus grave - Pronostic sombre - Vulnérable
Cardiaque	AVC =1ère cause DC neurologique à Dakar[4] Sténose: données limitées	HTA+++	Sous-diagnostiqué Sous-traité	PREVENTION Diagnostic Chirurgie	
Aorte	Prévalence AAA: 1-6% 54% de diagnostic au stade de rupture[5]	HTA Tabac	Sous-diagnostiqué Manque de structure	Dépistage Centre référent Endovasculaire	
Veine	Ulcères Peu de données	F Obésité	Traitement méconnu	SENSIBILISATION Compression élastique Offre chirurgicale	

1Pessinaba S, Mbaye A, Kane A, et al. J Mal Vasc. 2012;37(4):195-200.
2 Akpan IS, Enabulele O, Adewole AJ. Niger Med J. 2020;61(1):1-5.
3 Rajaonanahary T, Raherinantenaina F, Rakotonaivo M, Rakoto Ratsimba H. , Med Sante Trop. 2014;24(2):189-193
4 Sène Diouf F, Ndiaye MM. Dakar Med. 2008;53(1):7-19.
5 Ngetich E, Ward J, Cassimjee I, Lee R, Handa A. West Afr Coll Surg. 2020;10(1):3-14. doi:10.4103/jwas.jwas

Etat Sénégalais
Autres
(AFD, BM…)

Staff, Missions





La chaîne de l'espoir

Pr JP Becquemin
Dr L Chastaingt
Dr E Cheysson
Dr JM Davaine
Pr A Deloche
Dr M Gaudry
Pr C Le Hello
Pr P Lacroix
Dr M Lemierre
Dr A Manika

Soins
Formation RH
Académique
Innovation
Prévention
Santé Publique

Pr G Ciss
Pr PA Dieng
Pr A Kane
Dr F Sow
Dr A Mbengue

Dr E. Ouldsalek
Dr K Rim

Dr M Doumbia

Dr W Gandji

Echanges

Formation validante

HTA
♀

Database

Publications

Support
SCVE
SFMV
CEMV

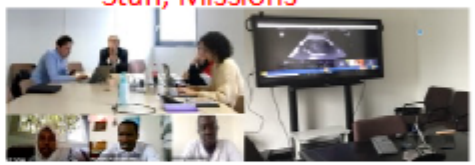
Eco-responsable
Endovasculaire

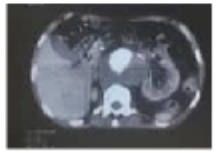
Master 2
M LEMIERRE
Cheffe de projet innovation

Hôpitaux Universitaires de Marseille | ap-hm
ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

PANAVASC

Staff, Missions





Etat Sénégalais
Autres
(AFD, BM…)

Santé Publique
Soins
Formation RH
Académique
Innovation
Prévention
CVEC

Echanges
Formation validante

La chaine de l'espoir

Pr JP Becquemin
Dr L Chastaingt
Dr E Cheysson
Dr JM Davaine
Pr A Deloche
Dr M Gaudy
Pr CLe Helio
Pr P Lacroix
Dr M Lemierre
Dr A Manika

Pr G Ciss
Pr PA Dieng
Pr A Kane
Dr F Sow
Dr A Mbengue
Dr E. Ouidsalek
Dr K Rim
Dr M Doumbia
Dr W Gandji

HTA ♀

Eco-responsable
Endovasculaire

Database
Publications

Support
SCVE
SFMV
CEMV

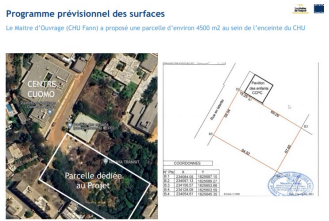
Hôpitaux Universitaires de Marseille
ap·hm
ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

Master 2
M LEMIERRE
Cheffe de projet
innovation

Support
SCVE
SFMV
CEMV

CENTRE CARDIOVASCULAIRE
HÔPITAL FANN

IRIS
Conseil Santé



PROVISOIRE

	Montants en CFA (Valeurs indexées 2028)	Montants en Euros (Valeurs indexées 2028)
Construction (et équipements liés au bati)	17 927 M	27,3 M
Equipements (médicaux et non médicaux)	4 137 M	6,3 M
Cout total du Projet	22 064 M	33,6 M

Conclusion

Place de la chirurgie, de l'hôpital, transition épidémiologique, évolution démographique:

rôle fort des chirurgiens et médecins vasculaires.

Evolution: Soins – formation- académique= échange.

PANAVASC: présentation instances sénégalaises NOV 2024

PANAVASC

Prise en charge des maladies cardiovasculaires en Afrique de l'Ouest

Les maladies cardiovasculaires représentent la première cause de décès dans le monde: 17,7 M de décès/ an, dont **82 % dans les pays à faible** revenu.

Dans les pays d'Afrique de l'Ouest ces maladies sont liées à la croissance exponentielle de l'incidence du diabète, hypertension artérielle, obésité, tabagisme.

AP-HP

AP-HM

La chaîne de l'espoir

Soc. Savantes
SFMV
CEMV
SCVE
CFCV
SSCTCV
SOSECAR

Soutien médico-chir, paramed, logistique

Bâtiments, personnels, marchés, cadre adm et facultaire

Soutien local++
- Direction
- Ministère

PANAVASC
- Volet médical
- Volet chirurgical
- Volet paramédical

Dakar, CHU Fann
Centre référent
HUB de la sous-région

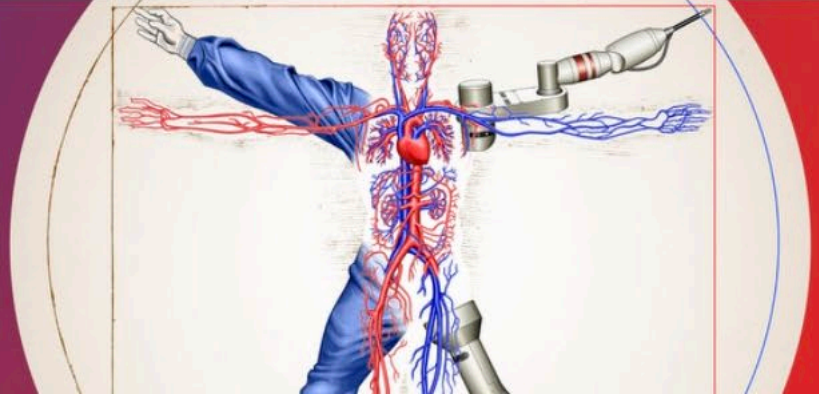
FINANCEMENT++
- Bailleurs de fonds
- Partenaires privés

→ **SOINS**
- Missions
- Support technique
- Dépistage- Prévention
- Staff mensuels

→ **FORMATION** - Pédagogie: élèves
- Enseignement: DES, DESC

→ **RECHERCHE**
- Database
- Publications

→ **SERVICE RENDU A LA COMMUNAUTE**



Objectif clinique

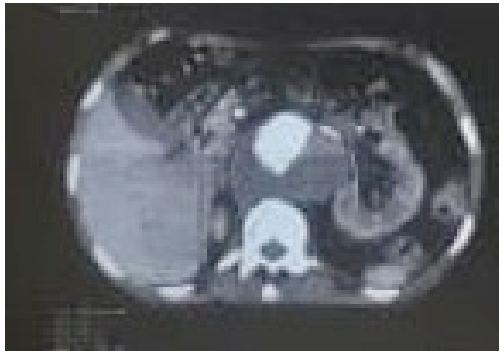
Améliorer la prise en charge médico-chirurgicale globale

Identifier des besoins

Réunions mensuelles : Staff PANAVASC de

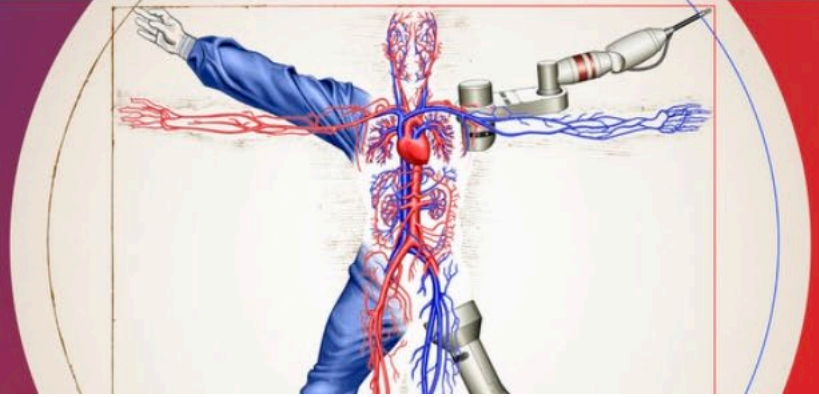
Répondre aux besoins

Missions médico-chirurgicales



ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

La chaîne de l'espoir



Objectif académique

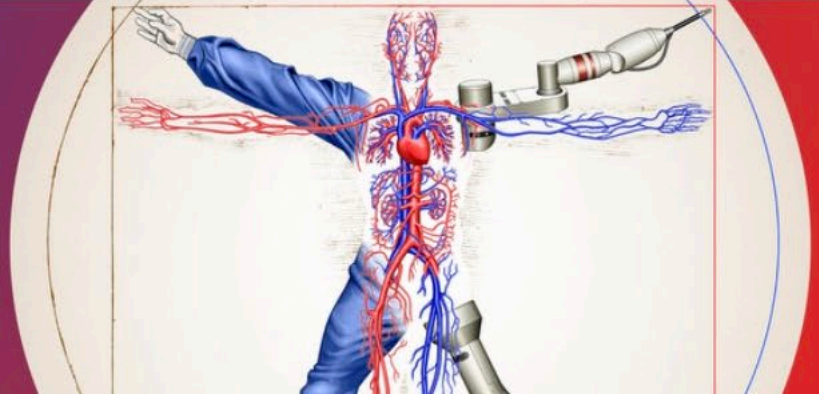
Analyse des spécificités - populations et interventions

Création et développement d'une DATA BASE

Institut d'Epidémiologie et de Neurologie Tropicale (IENT) - EpiMaCT
Epidémiologie des Maladies Chroniques en zone Tropicale

Support aux travaux scientifiques

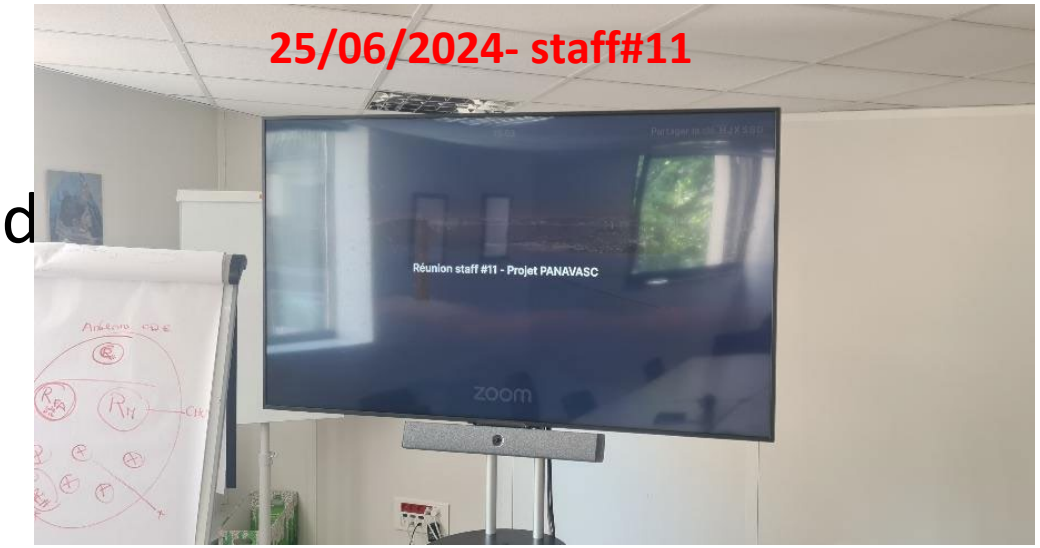
Master 2, thèse d'exercice, thèse de sciences

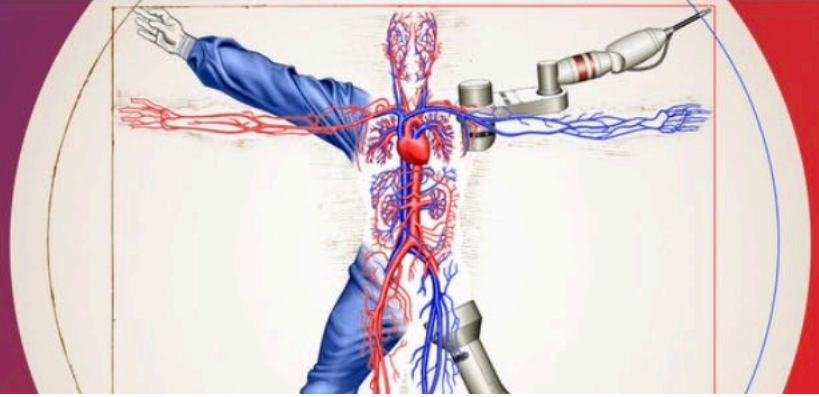


Objectif pédagogique

Transfert de connaissances

Réunions mensuelles : Staff PANAVASC d
Missions médico-chirurgicales
Programmes d’échange
Formation et autonomisation





Objectif structurel et médico-social

Mise en place d'infrastructures dédiées

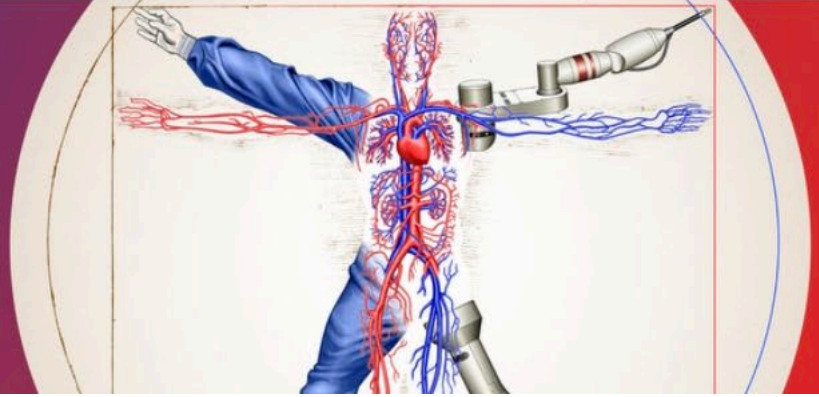
Première mission médico-chirurgicale, Dakar, octobre 2023

Evaluation des capacités matérielles

Rencontres : CHU de Fann, ministère sénégalais

Construction d'un bâtiment dédié, actuellement à l'étude

Développement d'un réseau de soins dans l'ensemble de la sous-région



Objectif économique

Une volonté de pérennisation

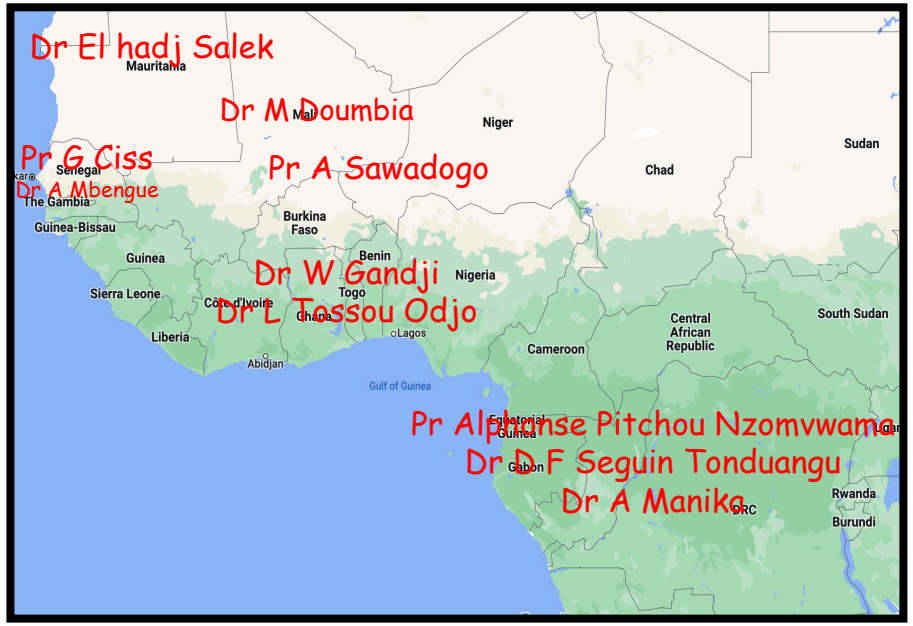
Plan de financement durable

Ministère de la santé sénégalais, Banque Mondiale, Agence Française du Développement

Partenaires privés

Acteurs publics

Collectif



Equipe

Binôme médecin- chirurgien

(jeune)

Anesthésiste

Business plan

Les acteurs

Firmes
Fonds nationaux, européens
Mécènes
Financement local

Amorcer la pompe!

La chaîne de l'espoir

IRIS Conseil Santé

CENTRE CARDIOVASCULAIRE

HÔPITAL FANN

CENTRE HOSPITALIER NATIONAL UNIVERSITAIRE DE FANN CHNUF DAKAR

Version 4 - 07.02.2024

PROVISOIRE

	Montants en CFA *(Valeurs indexées 2028)*	Montants en Euros *(Valeurs indexées 2028)*
Construction (et équipements liés au bati)	17 927 M	27,3 M
Equipements (médicaux et non médicaux)	4 137 M	6,3 M
Cout total du Projet	**22 064 M**	**33,6 M**

Programme prévisionnel des surfaces

Le Maitre d'Ouvrage (CHU Fann) a proposé une parcelle d'environ 4500 m2 au sein de l'enceinte du CHU

Business plan

Les acteurs

Firmes
Fonds nationaux, européens
Mécènes
Financement local

Amorcer la pompe!