

HAIPHONG
CONGRES INTERNATIONAL
8-10 novembre 2017

Accès à la chirurgie dans les pays tropicaux
Nouveautés en Oncologie

Accessibility to surgery in tropical areas.
Updates in Oncology

CHIRURGIE POUR LUTTER CONTRE LA PAUVRETE

MGI Claude DUMURGIER

Haiphong 8 novembre 2017



Data Visualizations

RESULTS

GBD Results Tool

Data Visualizations

Country Profiles

Policy Reports

Research Articles

Infographics

Presentations

US County Profiles

Topics

Data & Tools

Topics

- Any -

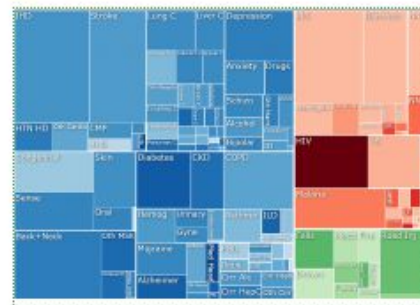
Date published

-Year

▶ [Advanced](#)

Apply

Reset



SEPTEMBER 14, 2017

GBD Compare

Data Visualization

[Learn more](#)

Analyze updated data about the world's health levels and trends from 1990 to 2016 in this interactive tool. Use treemaps, maps, arrow diagrams, and other charts to compare causes and risks within a country, compare countries with regions or the world, and explore patterns and trends by country, age, and gender. Drill from a global view into specific details. Compare expected and observed trends. Watch how disease patterns have changed over time. See which causes of death and disability are having more impact and which are waning.

PAUVRETE :

- Situation d'un pays qui ne dispose pas de ressources suffisantes pour permettre de satisfaire ses besoins fondamentaux et de se développer normalement.
- Seuil de pauvreté .

CHIRURGIE :

- Travail de la main , de la main pensante
- La thérapeutique chirurgicale implique des opérations chirurgicales (30% des pathologies , du GBD)
- Progrès considérables au XIX ème siècle
- Technologies très modernes à partir de la seconde partie du XXème siècle
- Fossé entre les pays depuis 1970

- Médiatisation dans les pays riches : prouesses chirurgicales (transplantations d'organes , prothèses , chirurgie ambulatoire, traitements complémentaires ..)
- A l'inverse la chirurgie a mauvaise presse pour le développement de la Santé

Coûts +++++, MONDIALISATION...



Global burden of surgical disease: an estimation from the provider perspective

Surgery is a cross-cutting intervention, with borders that are nebulous and ill-defined. Quantification of the global burden of surgical disease has therefore been difficult.

In 2006, Debas and colleagues¹ published an expert-opinion estimate that 11% of the overall global burden of disease was treatable by surgery. On-the-ground assessments, however, suggest that this could be an underestimate: the prevalence of untreated surgical pathology is nearly 25% in Sierra Leone.² This underestimation is potentially important in planning for health systems—surgery has often been viewed as a complex, expensive intervention with a potentially small impact.

Updated estimates vary widely and are sensitive to the question asked. For example, Stewart and colleagues³ recently published an estimate of the global burden of disease requiring emergency surgery. This very specific question yields a small estimate—fewer than 2% of the global burden

often ignore the fact that some “surgical” conditions are treated non-operatively. It is the presence of a robust surgical system that allows this—simply because, if the patient deteriorates, surgery is available.

We did an assessment of the burden of surgical disease with this point in mind. By asking providers—both surgical and non-surgical—to estimate what proportion of patients would, in an ideal setting, benefit from a surgeon in their management, we capture not only patients undergoing surgery, but also those for whom surgeons have a role in management.

We approached members of representative medical and surgical communities in the USA, Canada, sub-Saharan Africa, and southeast Asia, who were members of various global health delivery list-servers and who worked in academic communities, tertiary care centres, local or district hospitals, and the non-governmental sector. We also contacted global health delivery forums of paediatricians, surgeons, medical doctors, nurses, and public health practitioners, through GHDonline.com. Respondents were presented with 21 previously defined disease categories,⁴ and were asked,

whom were anaesthesia providers. Of the remaining participants, 50 were non-surgical physicians; 19 were nurses, nurse practitioners, or other mid-level providers; six were non-clinician practitioners, and five were students. The remaining listed other professions. 112 respondents spent at least some time working in low-income countries, of which sub-Saharan Africa was most heavily represented.

Our respondents estimated that surgery is involved, on average, in 28–32% of the global burden of disease, depending on whether “burden” is defined as deaths or disability-adjusted life years lost (table).

Inter-rater reliability was 0.617, indicating substantial agreement. The global burden of surgical disease was slightly lower when estimated by a non-surgeon (25–30%) than by a surgeon (30–35%). Besides this difference, no other subgroup analysis—tertiary hospitals versus other settings, respondents in low-income and middle-income countries versus high-income countries—changed our results significantly. Our results were also robust to sensitivity analyses (see appendix) and correlate well with a study examining the proportion of patients admitted to hospital in the USA who received a major operation?

MONDIALISATION

- Elle touche tous les domaines des activités humaines : politique , économie , finances , communications , transfert des technologies ...et collection de données (DATA)
- Ainsi en est -il de la médecine , de la chirurgie , de la santé publique qui vont évoluer différemment dans les pays riches et les pays pauvres
- De grandes conférences mondiales comme celle de l'OMS d'ALMA ATA en 1978 préconisent dans les pays du Tiers Monde :
 - Soins de santé primaires , agents de santé , médecine préventive ...pas un mot sur la chirurgie

Dans les conférences ultérieures la chirurgie est la GRANDE OUBLIEE, **le parent pauvre** des programmes de Santé dans ces pays en voie de développement

PAS UN MOT SUR LA CHIRURGIE : POURQUOI ?




Médecine et colonisation

L'aventure indochinoise

1860 - 1939

LAURENCE MONNAIS-ROUSSELOT

 CNRS EDITIONS

RAPPEL HISTORIQUE

AVANT LES INDEPENDANCES :

Création des premières Ecoles de Médecine :

- Ecoles aux Indes : Bombay , Calcutta , Madras
- Ecole de médecine de Batavia(1851)
- Ecole de Médecine de Tananarive (1890)
- Ecole professionnelle de Santé à Choquan
- Ecole de médecine de Hanoï (1902)

puis Faculté de médecine

APRES LES INDEPENDANCES

- Vietnam
- Cambodge Faculté de médecine 1956

Afrique : Formation /Mise en place ressources nationales+++

- Nombreux AT: plusieurs milliers(1959/1960)
- Gratuité des Soins
- Facultés de médecine

Mais déflation brutale en 1990.. Coûts , courbe démographique , budgets

Nouvelle doctrine: mondialisation, raisons démographiques

Les politiques de Santé (OMS, OI,ONG...) d'une part

Les SOINS médico chirurgicaux : pour les Ministères , ressources Nationales , finances nationales + Parfois ONG d'autre part

XXIe Siècle

Fin de la coopération bilatérale présenteielle
Coopération internationale , FONDS MONDIAL(SIDA...)
Objectifs du Millénaire +++++

2000 O.M.D/MDG au nombre de 8(dont trois intéressent la Santé)
OMD 4 Enfant UNICEF
OMD 5 Mère UNFPA/FNUAP
OMD 6 SIDA ONUSIDA/UNAID Global Fund , UNITAID
Fin des projets universitaires (Cambodge , Madagascar)

2015 SDG/ODD au nombre de 17 (lutte contre la PAUVRETE++)
Le N°3 : Donner aux individus les moyens de mener une vie saine ,
promouvoir le bien être.

France « a philosophy for health » (Lancet 2016)
Infectiologie
CMU/UHC

France: a philosophy for health

Published Online
May 2, 2016
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30243-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30243-4)

The dominance of English as the language of science and, increasingly, global health too often closes the door on the history and experiences of others. In France's case, careful study of the nation's struggle

to achieve universal health coverage, together with its distinctive approach to global health, has much to offer those who seek to understand the diversity of paths to achieve better health at home and abroad.

The two *Lancet* Series papers^{1,2} on France's contribution to health, along with four comments from French or Francophone leaders,^{3,6} aim to correct this imbalance in the English-language literature on health. They are also an invitation for France to reflect on its challenges and global role.

The modern story of France perhaps can be marked by The Declaration of the Rights of Man and the Citizen (1793). The statement of principles is one key to understanding France. The Declaration underlines the lessons to be learned from “the miseries of the world”. “The aim of society is the common welfare”, proclaims the Declaration. A person's natural rights are equality, liberty, security, and property. Security means “the protection afforded by society to each of its members for the preservation of his person”, which today we might call human security. “The social guarantee consists in the action of all to secure to each the enjoyment and the maintenance of his rights.” Solidarity, equity, and globalism—all underscored in a single declaration. A social contract that still has power to stir the heart as well as the mind today.

Translating those principles into tangible benefits for society is less easy. But over two centuries France has been able to deliver universal health coverage for its people, as Olivier Nay and colleagues¹ show in the first Series paper,



Se
2:
Se
Bibliothèque Nationale/Fredjerman images

Depuis 2010 ...

Le regard change sur la place de la chirurgie globale , essentielle
Conférence OMS (2011)de Bangkok , en présence des représentants de la Banque
Mondiale(Dr Jim Kim et Coll.)

Constatation :

2 milliards d'habitants n'ont pas accès à la chirurgie !

La chirurgie ne doit plus être le **parent pauvre** de la Santé (**neglected stepchild!!**)

La chirurgie non seulement peut prendre en charge 30% du fardeau des pathologies
mais elle peut aussi lutter contre la pauvreté .

A l'inverse l'absence ou l'insuffisance de la chirurgie a un impact considérable dans les
pays pauvres

Lancet (août 2015)

64 pages rédigés par 25 rapporteurs , des centaines de personnel Santé

En dehors des **S.A.O.** Surgeons Anesthetists Obstétriciens, personnel paramédical ,
administratifs, économistes, financiers , santé publique

COMMISSIONS DU LANCET (2013-2015)

64 PAGES, 25 Commissions, des centaines de rédacteurs:
chirurgiens , économistes , financiers.....

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 Dérisois 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 Shrimme, Richard Sullivan, Stéphane Verquet, David Watters, Thomas G Weiser, Iain H Wilson, Gavin Yamey, Winnie Yip*

Executive summary

Remarkable gains have been made in global health in the past 25 years, but progress has not been uniform. Mortality and morbidity from common conditions needing surgery have grown in the world's poorest regions, both in real terms and relative to other health gains. At the same time, development of safe, essential,

surgical and anaesthesia care in LMICs, and a template for a national surgical plan. Our five key messages are presented as follows:

- 5 billion people do not have access to safe, affordable surgical and anaesthesia care when needed. Access is worst in low-income and lower-middle-income countries, where nine of ten people cannot access basic

Lancet 2015; 386: 569–624

Published Online

April 27, 2015

[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60160-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60160-X)

See [Comment](#) page 507

See Online for video

QUELQUES CHIFFRES

(111 pays , 25 rapporteurs , des milliers de collaborateurs , la Banque Mondiale dirigée par le Dr Jim Kim)

MORTALITE :

2010: 16,9 millions de décès auraient pu être évités.

Pour mémoire (2010) SIDA(1,4) TUBERCULOSE(1,2) PALUDISME (1,2)
AIDS(1,4) TUBERCULOSIS (1,2) MALARIA (1,2)

MORBIDITE :

2010 Avec l'indicateur **DALY** (Disability Adjusted Life Years) 77 millions d'années perdues)

$DALY = YLD(\text{years lived in disability}) + YLL(\text{years of life lost})$

CONSEQUENCES ECONOMIQUES

Appauvrissement de plus de 100 millions de familles (coûts de traitement de mauvaise qualité)

Pour mettre à niveau les pays en voie de développement d'ici , il faudrait pratiquer 143 millions d'interventions chirurgicales /anesthésie supplémentaires par an , ce qui entrainera baisse de la mortalité et morbidité.

Les coûts (2015-2030) dans ces pays pour ma remise à niveau (Scaling up):
de **330 milliards à 550 milliards USD** pour remettre en place des hôpitaux performants (au niveau des pays développés).

Alors que « l'inaction » , l'absence d'aide publique aux pays sous développés entrainera une perte de **12.300 milliards USD** , dans ces 111 pays donc une perte de plus de 3% du PNB.

La chirurgie peut lutter aussi contre la pauvreté ++++
Surgery can also fight poverty

QUELQUES EXEMPLES

Traiter , Former , Equiper , Salaires

OMD 5 Diminuer la mortalité maternelle :oui

mais pouvoir aussi traiter les malformations infantiles (OMD 4) ...

Développer les SOU (prévention de la morbidité : FO , Ruptures utérines, hémorragies post partum)

Cf Chiffres OMS sur la mortalité maternelle

ACCIDENTOLOGIE : les pays pauvres , souvent tropicaux

Mortalité 1,5 million /an dont 90% pays en voie de développement

Les deux roues +++

Morbidité 20 à 50 millions , avec un tiers d'invalidité

Conséquences économiques +++ sur la famille , la communauté , le pays (coûts des traitements , pertes de productivité...

Plus de 3% du PNB

Nombreux planstype Global Road Safety (OMS)

Dr. Beat Richner,
Kantha Bopha Children's Hospital
Phnom Penh, 15. September 1998

Das passive Genocid an den Kindern Kambodschas

Appell zur Aenderung der Politik und Strategie
arme Medizin fuer arme Menschen in armen Laendern
der Weltgesundheitsorganisation (WHO)
und anderer Organisationen.

Le génocide passif des enfants cambodgiens

Appel à un changement de la politique et de la stratégie
de la médecine pauvre pour des gens pauvres dans des pays pauvres
appliquées par l'organisation mondiale de la santé (OMS) et d'autres
organisations.

The passive genocide of Cambodia's children

An appeal for change in the World Health Organization's (WHO)
and other organizations' policy and strategy poor medicine
for poor people in poor countries.

Fondation Kantha Bopha (1992 - ...)

Pr.BEAT RICHNER (2017 DR PETER STUDER)

Cinq hôpitaux , dont 4 à Phnom Penh

Ressources humaines nationales (stages DES)

Deux expatriés

40 millions USD /an

Soins gratuits

2015 : 156000 hospitalisations , 25.000 actes chirurgicaux,
24.000 OBST, 412 chr.cardiaque

COOPERATION BILATERALE MEDICALE entre le Cambodge et la France (1993-2015)

- Suite accords de Paris , 11 projets dont le N°10:la Santé
- 23 AT
- Tous les cycles mais surtout le Troisième cycle:
les spécialités :DES médecine , chirurgie , imagerie , biologie
- 648 FFI (1999-2017): 2à 6 semestres , dont 170 spécialités chirurgicales
- Fin du projet universitaire USS/CALMETTE ...
- Mais poursuite IPC (1994) Fonds Mondial (SIDA)

MERCY SHIPS

- Africa Mercy ship
- Surtout malformations , chirurgie maxillo faciale, FO, traumatologie (séquelles) chirurgie générale , OPH, dentaire... Pas d'urgences
- 10mois (Cameroon) 3000 interventions
- Equipe médico chirurgicale 150+ services.



HRH Scaling-up (RUANDA)

- Remise à niveau (2013-2020) 7 ans
- 100 AT permanents (universités US et Israel)
- Spécialités (médecine , paramédical , administratifs..)
- 172 millions USD

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

SPECIAL REPORT

The Human Resources for Health Program in Rwanda — A New Partnership

Agnes Binagwaho, M.D., Patrick Kyamanywa, M.D., M.P.H., Paul E. Farmer, M.D., Ph.D.,
Tei Nuthulaganti, M.P.H., Benoite Umubvevi, R.N., M.Sc.N., Jean Pierre Nvemazi, M.D.,

Nombreux exemples , modèles.....**FINANCEMENTS ?**

Pour atteindre les objectifs en 2030 :

difficultés (ressources humaines , équipement , démographie ,
besoins considérables ...)

Feuilles de route: Financements par les pays riches (BMJ)

BMJ Global Health

Global Surgery 2030: a roadmap for high income country actors

Premiers projets : Ruanda, Sierra Leone

Traitement (treat), Formation (train), Maintenir (retain), Equipement, Salaires
(incentives)

Face à ces défis économiques , démographiques (4 milliards d'habitants en Afrique en 2100)

La réorientation des politiques mondiales de la Santé est capital pour la réussite des ODD (Sustainable Development goals)

-Malgré l'engagement des ONG(Santé) comme MSF , MDM , OXFAM, GTZ, ..ONG nationales

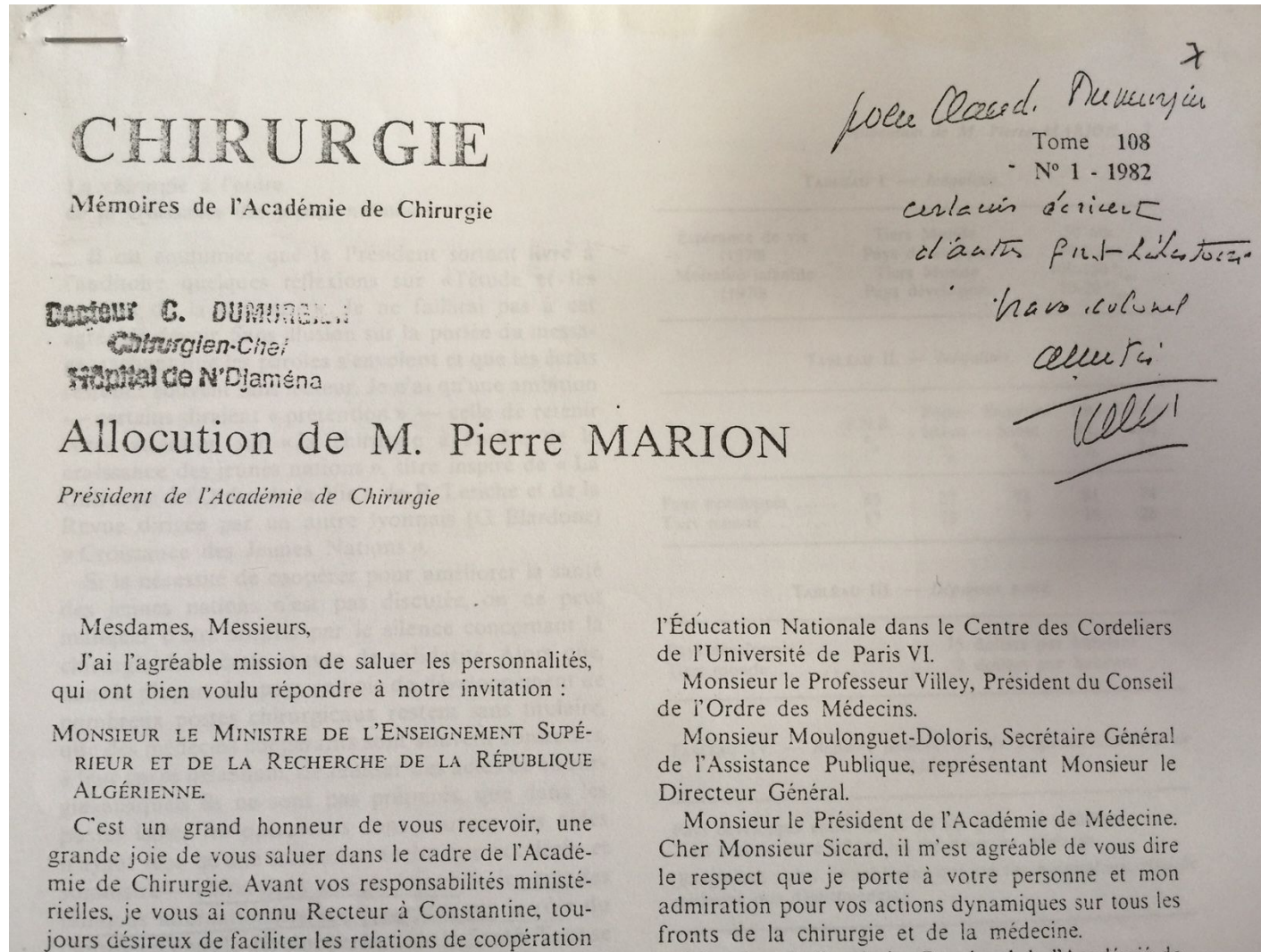
-Malgré quelques réussites exemplaires mais ponctuelles de grandes Fondations (Bill Gates , Fondation Clinton ,Fondations de personnalités très riches des pays émergents) ...

Seule une politique à l'échelle mondiale pourra à travers l'APD (Aide publique au développement) permettre de diminuer le **FOSSE** - dans le domaine de la Santé -entre les pays riches et les pays pauvres non seulement en modifiant la **répartition** des aides actuelles mais en les augmentant considérablement .

On a vu les conséquences de l'insuffisance ou l'absence de chirurgie sur la PAUVRETE , la baisse du PIB (Plus de 3% si on poursuit ainsi)...GDP

Rappel du Discours à l'ANC du Professeur Pierre Marion (1982)

La chirurgie a l'ordre de la CROISSANCE des Jeunes NATIONS



« Il me paraît choquant de mettre l'accent sur la prévention et laisser sans possibilités de traitement des millions de malades.

Choquant de prôner pour les humains une formule adoptée pour la préservation du cheptel : boisson saine , alimentation suffisante , vaccinations

Sans nier la nécessité des soins primaires et de la prévention, on ne peut concevoir un développement rationnel de la Santé sans un développement simultané de la prévention et des traitements .
Nous avons trop clamé l'attachement de notre pays à l'égalité de l'accès des soins pour admettre à l'échelle mondiale
Une médecine de riches
Une médecine des pauvres »

Pierre MARION

Il y a trente-cinq ans ...



Cám ơn anh !