

1^{er} CONGRÈS DE LA MÉDECINE PRIVÉE AU SÉNÉGAL



Thème :

LA SOUVERAINETÉ SANITAIRE : STRATÉGIES ET MODÈLES POUR LE SECTEUR PRIVÉ MÉDICAL

 **22-23-24 Janvier 2026**
 **King Fahd Palace, Dakar**



Secrétariat : 78 376 67 61 | 77 639 00 32 | www.symeps.org

Excellence. Précision. Confiance.

Depuis le **3 mars 1994**, **Bio24** s'impose comme une référence en biologie médicale et en diagnostic de qualité.

Portés par l'**innovation**, des **plateformes technologiques de pointe** et une **rigueur scientifique constante**, nous délivrons des résultats fiables au service de la décision médicale.

Le **laboratoire BIO24** soutient cet événement, en cohérence avec son engagement constant en faveur du **développement de la médecine privée**, de la **recherche scientifique** et du **renforcement de la souveraineté sanitaire** au Sénégal.



Nos atouts premium

- **Plateaux techniques** de dernière génération
- **Résultats précis**, rapides et sécurisés
- **Expertise reconnue** et démarche qualité rigoureuse
- **Services dédiés aux entreprises, institutions et particuliers** (dont visites annuelles du personnel)



Nos valeurs fondamentales - PESH

- **Professionalisme** : Excellence et rigueur dans nos pratiques
- **Éthique** : Respect et intégrité au cœur de nos actions
- **Solidarité** : Engagement auprès de nos patients et partenaires
- **Humilité** : Écoute et apprentissage continu



La qualité, notre priorité absolue

Notre **accréditation Iso 15189** et notre **engagement** constant envers l'amélioration continue vous garantissent des **analyses fiables** et un **service de qualité** irréprochable.

VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ.



Siège social : 6,8 Rue Abdou Karim Bourgui, Dakar
Centre de prélèvement : Keur Massar, Route de Diakhaye, Dakar, Sénégal



+221 33 889 51 51



bio24@labobio24.sn



labobio24.com



SOMMAIRE

Mot du Président du SYMEPS.....	05
Bureau du SYMEPS.....	07
Comité d'Organisation.....	08
Programme.....	09
Résumé des conférenciers.....	16
Communications orales.....	39
Communications affichés.....	85
Plan.....	107
Partenaires & Sponsors.....	108

Mot du Président du SYMEPS



Dr Abdou
Kane **DIOP**

Chers invités, chères consœurs, chers confrères,

Bienvenue au tout premier Congrès scientifique de la Médecine Privée au Sénégal !

Ce rendez-vous revêt une importance particulière dans le contexte actuel, où les défis du secteur de la santé se font de plus en plus pressants, tant au niveau national qu'international. La notion de souveraineté sanitaire, trop souvent galvaudée, doit être repensée en tenant compte des spécificités de notre pays et de l'impératif d'assurer un accès aux soins de qualité pour tous nos concitoyens. Ce thème fera d'ailleurs l'objet de débats approfondis au sein de notre union.

Ce congrès offre une opportunité unique de réexaminer notre modèle économique, afin d'identifier de nouveaux leviers garantissant sa viabilité et son essor. Il doit aussi nous encourager à sortir des sentiers battus en favorisant la formation continue, la recherche et la publication scientifique dans notre secteur, dans le but d'élever nos standards de qualité. La formation continue est essentielle pour maintenir l'excellence des soins, tandis que la recherche nous pousse à repousser les frontières actuelles des connaissances médicales.

Par ailleurs, ce congrès aura pour ambition de poser les fondations d'une réflexion approfondie sur la souveraineté sanitaire au sein de l'Union Économique et Monétaire Ouest-Africaine (UEMOA), en collaboration avec l'ensemble des associations de médecins privés de la région.

En clôture, la deuxième édition de la « Nuit du Médecin », ponctuée par la cérémonie des « Caducées d'Or », viendra magnifiquement couronner cet événement. Ce moment solennel permettra de mettre à l'honneur les médecins du secteur privé qui, par leur engagement et leur dévouement, ont contribué au développement de notre discipline.

Je suis convaincu que ce congrès sera une étape majeure de réflexion, d'échanges et de construction collective. Ensemble, renforçons notre secteur et œuvrons pour un avenir prometteur de la médecine privée au Sénégal

Merci à toutes et à tous. Je vous souhaite un excellent congrès.



SYMEPS

Syndicat des Médecins Privés du Sénégal

NOS MISSIONS & OBJECTIFS

ESPRIT ENTREPRENEURIAL

UNION DES MÉDECINS PRIVÉS

INNOVATIONS

FORMATION MÉDICALE
CONTINUE / EPU

DÉFENSE DES INTERÊTS
DE LA PROFESSION LIBÉRALE

DEVELOPPEMENT
DES COMPETENCES

EXCELLENCE DES SOINS

SOUVERAINETÉ MÉDICALE

QUALITÉ & PERFORMANCE
DU SECTEUR PRIVÉ

ENGAGEMENT POUR
UNE MÉDECINE RESPONSABLE



WWW.SYMEPS.ORG

BUREAU DU SYMEPS



Président

Dr. Abdou Kane DIOP

Vice-Président

Dr. Serigne Falilou SAMB

Secrétaire Général

Dr. El Hadji Malick NIANG

Trésorier Général

Dr. Abdoulaye NDOYE

Trésorier Adjoint

Dr. Cheikh A. Bamba DIAKHATE

Secrétaire à l'Organisation

Dr. Ibrahim AIDIBE

Commission Juridique et Financière

Dr. Carole MANGARA

Commission Communication

Dr. Mam e Rose SALL DIOP

Commission Socio-Culturelle

Dr. Ilham FARID

Commission Scientifique

Pr. Papa Saliou MBAYE

Secrétaire Exécutif

Mamadou BALDE

COMITÉ D'ORGANISATION



Coordonateurs

Dr. Abdou Kane DIOP

Dr El Hadj Malick NIANG

Organisation

Dr. Ibrahim AIDIBÉ

Dr. Ilham Farid

Dr. Adam a Ba TOURÉ

Dr. Carole MANGARA

Secrétariat

Mamadou BALDE

Sokhna Diarra KA

Finances

Dr. Abdoulaye NDOYE

Comité Scientifique

Pr. Papa Saliou MBA YE

Pr. Modeste OGOUGBEMY

Dr. Mbaye PENE

Dr. Sokhna Astou Gawane THIAM

Communication

Dr. Mam e Rose SALL DIOP

AFRICA HEALTH COLLABORATIVE

MASTERCLASS

EMPLOYABILITÉ DES JEUNES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

21 AU 23 JANVIER 2026

À PROPOS DE LA FORMATION :

Cette formation de trois jours organisée par Africa Health Collaborative vise à doter les jeunes professionnels de santé de moins de 35 ans de compétences essentielles en gestion d'entreprise et en planification financière. Les participants apprendront à structurer leurs projets médicaux, à élaborer des business plans solides et à maîtriser les outils de gestion financière indispensables au développement d'une structure de santé privée performante et pérenne.

PROGRAMME DE FORMATION DU 21 AU 23 JANVIER

Jour 1 - Mercredi 21 Janvier 2026

Horaires	Activités
08h30 - 11h00	Introduction sur les principes de base et établissement des règles, Structuration de l'idée de projet
	Pause Café
11h15- 12h15	Définition de la valeur ajoutée
12h15- 13h00	Restitution en plénière et synthèse
13h00 - 14h00	Pause
14h00 - 17h30	Travaux sur le Business Model Canvas, Restitution et feed-back

Jour 2 - Jeudi 22 Janvier 2026

Horaires	Activités
08h30 - 09h00	Réflexions sur le jour 1, Rappel et agendadu jour 2
09h00 - 11h00	Calcul des coûts et budgétisation
11h00 - 11h15	Pause Café
11h15 - 12h30	Remplissage des tableaux financiers (Investissement, BFR, Recettes, Compte d'exploitation)
12h30 - 13h00	Restitution et feed-back
13h00 - 14h00	Pause
14h00 - 17h00	Corrections et affinement du businessplan
17h00 - 17h30	Synthèse et consignes pour le jour 3

Jour 3 - Vendredi 23 Janvier 2026

Horaires	Activités
08h30 - 09h00	Rappel et agendadu jour 3
09h00 - 11h00	Gestion financière - les outils de base (Encaissement, Décaissement, Trésorerie, Comptabilité)
11h00 - 11h15	Pause Café
11h15 - 13h00	Simulation, Cas pratiques, Feed back et synthèse
13h00 - 15h00	Pause Déjeuner
15h00 - 17h00	Les formes juridiques, Choix de la forme juridique, Dossier de formalisation
17h30 - 18h00	Synthèse et évaluation de l'atelier

INSCRIPTION PRÉALABLE

AFRICA HEALTH COLLABORATIVE

En partenariat avec le SYMEPS- Syndicat des Médecins Privés du Sénégal

Secrétariat: 78 376 67 61 | 77 639 00 32 | www.symeps.org

JEUDI 22 JANVIER 2026

09h - 12h

Ateliers Parallèles

Atelier 1 - **Salle C103** : L'IA dans le quotidien du Médecin - M. Cheikh Ibra NDAO

Atelier 2 - **Salle St Louis** : Certificats médicaux - Pr. Mouhamed SOUMAH

Atelier 3 - **Salle Ziguinchor** : Déclarations fiscales M. OusseynouBA

15h - 16h45

Symposium 1- Financement du Secteur Privé de Santé Grand Amphithéâtre

15mn: Problématique de l'investissement - M. Soyibou NDAO (ADEPME)

15mn: Problématique de l'exploitation - Dr Awa MBOW KANE (DG MEDIC'KANE)

15mn: Leviers de développement du SPS- M. Moustapha BA (Expert Financier)

15mn: Apports du FONSI dans le développement du secteur privé médical - Mme. Ndèye Coumba Sarr (Directrice de l'Investissement du FONSI)

15mn: Rôle des établissements financiers - BSIC- CBAO

30mn : Discussions : FONGIP- SENCUSU-ICAMO- Fédération des Assureurs

Modérateurs : M. Bakary Bathily (APIX) - M. Adam a LAM (CNES)

16h45 - 17h00 MISE EN PLACE DE LA CÉRÉMONIE D'OUVERTURE

17h - 18h

Cérémonie d'ouverture Grand Amphithéâtre

5mn : Mot de bienvenue et Présentation du conférencier - Pr PapaS.MBAYE

45mn: Conférence Inaugurale : La souveraineté sanitaire - Dr Farba Lamine SALL (Expert en Gouvernance Sanitaire)

10mn : Discours Président SYMEPS

Discours Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique

18h30

VISITE DES STANDS ET COCKTAIL DINA TOIRE

VENDREDI 23 JANVIER 2026

08h - 09h

Session 1- Communications Libres

Salle C12- B12- C1 à C7- Modérateurs : Pr PapaMoctar FAYE - Dr Seini BAGNOU

Salle B05 - B06 - C8 à C17- Modérateurs : Pr Issa WONE - Pr Ndèye M. SOUGOU

09h - 10h30

Symposium 2 - HTA : Prise en charge en 2025

Salle C12- B12

15mn : HTA et grossesse- Dr Ibrahim AIDIBE

15mn : HTA du sujet jeune - Pr Désiré Alain AFFANGLA

15mn : Urgences hypertensives - Dr Alioune TABANE

15mn : HTA et apnées du sommeil - Dr Ousmane DIEYE

Discussions

Modérateurs : Pr. Abdoul KANE - Dr. Kadia BA

09h15 - 10h30

Symposium ASPS: Le secteur privé de la santé moteur de la réforme pôle territoire

Salle B05 - B06

20 mn : Présentation de l'Alliance du Secteur Privé de la Santé- Dr Seynabou BA

20 mn : Retour d'expérience du secteur privé de la santé en milieu défavorisé, en milieu urbain et suburbain - Dr M. SENE- Dr M. THIAM - Dr A. LABOU- Pr. B DIATTA

20 mn : Présentation de la réforme pôles territoires - Mme Oumou K. SECK (ANAT)

Discussions

Modérateur : Arona DIA : Directeur des collectivités territoriales

10h30 - 11h

PAUSE-CAFÉ

11h - 12h30

Symposium - Secteur Privé et Souveraineté Médicale

Salle C12- B12

20mn : Cartographie et impacts du secteur privé de la santé - Dr Ibrahima K. DIA (MSHP)

20mn : Souveraineté médicale : rôle du secteur privé - Dr Ibrahima SocéFALL (IPD)

20mn : Contribution de la santé au travail à la souveraineté médicale - Dr Khalifa CISSE (Médecin du Travail)

15mn: Contribution FONGIP à la souveraineté médicale - M. Bassirou NGOM (FONGIP)

5mn : Intervention Sponsor : ACD, de la distribution à la fabrication, un levier de souveraineté

Discussions

Modérateurs : Dr Fatou M. SYLLA (DGES) - Dr Alpha B. SY (Ancien Président ONMS)

11h - 13h15

Symposium Place du SPS dans la réforme en pôles territoire au Sénégal ?

Salle B05 - B06

15mn : La vision du MSHP sur l'intégration du secteur privé de santé dans la réforme des pôles territoires - M. Ibrahima Khalil Diouf

15mn : Quelle place pour les structures privées de santé dans la réforme territoriale ?

Rôles des collectivités territoriales - M. Mamadou DIOUF Directeur CAEL

15mn : Les services de santé privés au sein des pôles territoires : modèles économiques, expériences et opportunités d'investissement - FONSI, APIX

Discussions

Modérateur : Arona DIA : Directeur des collectivités territoriales

12h30 - 13h15

Session 3 - Conférence ordinale

Salle C12B12

30 mn : Les procédures disciplinaires - Dr Cheikh Atab BADJI

Modérateurs : Dr. Jean François DIENE (Président ONMS) - Juge Demba KANDJI (Médiateur de la République)

13h15 - 15h

PAUSE DÉJEUNER

15h - 16h30

Symposium 3 - Diabète Sucré

Salle C12B12

20 mn : Classification et traitement du diabète : quoi de neuf ? - Pr Maimouna NDOUR MBAYE

20 mn : Diabète de l'enfant - Pr BabacarNIANG

20 mn : Diabète et grossesse - Pr Anna SARR

Discussions

Modérateurs : Pr Saïd Norou DIOP - Pr Abdoulaye LEYE

16h30 - 18h

Session5 - Table Ronde : Parcours du Diabétique dans le Secteur Privé Médical

Salle C12B12

- Panel : Diabétologue, Ophtalmologue, Néphrologue, Vasculaire
- Objectifs : Prévention des complications

Intervenants : Dr Adji Laba GUISSÉ - Dr Mar NDIAYE - Dr Sidy BA - Pr Magaye GAYE

16h30 - 18h

Symposium : Universités privées de médecine et employabilité : enjeux réalités et perspectives

Salle B05 - B06

- Conférence des doyens de médecine des universités privées

18h30- 19h30
Salle B05 - B06

Réunion des Présidents des Associations et Syndicats de la Médecine Privée de l'UEMOA

08h - 09h

Session 6 - Communications Orales

Salle C12B12: C18à C27- Modérateurs : Pr Sara B. GNING - Pr Mamadou N. GUEYE

09h - 10h30

Session 7 - Statut Juridique et Fiscalité

Salle C12- B12

Statut juridique des structures du SPS: implications légales, déontologiques et réglementaires

- ▶ Point de vue du MSHP - M. SambaNDIAYE (Directeur des Affaires Juridiques)
- ▶ Point de vue du Ministère du Commerce - M. SeydouNourou Barro (Chef de Division)
- ▶ Point de vue de l'Ordre National des Médecins - Dr JeanFrançois DIENE (Président ONMS)

Fiscalité et SPS sous l'angle de la souveraineté - M. Daouda SECK (DGID)

Discussions

Modérateurs : Dr Carole MANGARA – Me. Aida DIAWARA (Notaire)

10h30 - 11h

PAUSE-CAFÉ

11h - 12h30

Symposium 4 - Plaidoyer pour la Recherche dans le Secteur Privé de la Santé

Salle C12- B12

15mn: Rôle et les missions de CNERES - Dr Aissatou TOUREBALDE (Présidente CNERES)

15mn: Les essais cliniques dans le secteur privé de la santé - Mme. Mariame BA (DG Pharmalys)

15mn: Boîte à outils pour les projets de recherche dans le secteur médical privé - Pr Hamidou DATHE (Directeur Recherche & Innovation, MESRI)

Discussions

Modérateurs : Pr Souleymane MBOUP – Dr Samba Cor SARR

À partir de 20h SOIRÉE DE GALA - LA NUIT DU MÉDECIN
Cérémonie de remise des Caducées d'Or • Soirée avec Omar PENE et Jahman

Résumés des conférenciers

RÉSUMÉS DES CONFÉRENCIERS

Ateliers

A1

L'IA dans le quotidien du Médecin - M. Cheikh Ibra NDAO

A2

Certificats médicaux - Pr. Mouhamed SOUMAH

A3

Déclarations fiscales M. Ousseynou BA

Symposium 1 - Financement du Secteur Privé de Santé

Problématique de l'investissement

M. Soyibou NDAO (ADEPME)

Introduction

Le secteur privé de santé occupe une place croissante dans l'offre de soins au Sénégal et contribue de manière déterminante à la prise en charge des populations, en complément du système public. Parallèlement, les besoins d'investissement dans le secteur de la santé sont aujourd'hui largement reconnus et chiffrés, tant à l'échelle africaine qu'au niveau national, à travers les stratégies continentales, les cadres de financement de la santé et les plans nationaux d'investissement. Pourtant, malgré ces besoins avérés et l'existence de dispositifs publics et privés, l'investissement dans le secteur privé de santé demeure structurellement insuffisant. Cette communication propose une analyse économique des freins à l'investissement et examine le rôle que peuvent jouer les agences d'appui aux PME, les partenariats public-privé et les investisseurs institutionnels dans la structuration du secteur.

Méthodes

L'analyse repose sur une approche qualitative combinant : (i) l'exploitation de données secondaires issues de la cartographie nationale du secteur privé de santé, (ii) la revue des documents de politique publique relatifs au financement de la santé et au développement du secteur privé au Sénégal, et (iii) l'analyse d'expériences locales et internationales en matière de structuration de l'investissement privé en santé. Une lecture fonctionnelle est adoptée afin de distinguer les besoins d'investissement productif des besoins liés à l'exploitation courante des structures privées de santé.

Résultats

Les résultats montrent que le secteur privé de santé sénégalais est caractérisé par une forte fragmentation, une prédominance de micro-structures faiblement capitalisées et un recours limité au financement bancaire, majoritairement compensé par l'autofinancement. Le principal frein à l'investissement réside moins dans la disponibilité des ressources financières que dans l'insuffisante préparation des structures à l'investissement, marquée par des déficits de gouvernance, de gestion et de visibilité économique. L'analyse met en évidence la nécessité de distinguer les investissements matériels (équipements, plateaux techniques, mise aux normes) des investissements immatériels (organisation, gestion, digitalisation), ces derniers conditionnant la bancabilité des premiers. Elle souligne également le rôle potentiel des compagnies d'assurance dans la sécurisation des flux d'exploitation et la réduction du risque perçu par les financeurs. Enfin, l'examen des initiatives de partenariats public-privé, notamment les cliniques privées adossées à des hôpitaux publics, ainsi que des investissements réalisés par des acteurs institutionnels comme le FONSIS, montre que le secteur est investissable à condition d'une structuration amont adéquate.

Conclusion

Le développement de l'investissement privé dans le secteur de la santé ne peut être appréhendé uniquement sous l'angle du crédit ou de la mobilisation ponctuelle de capitaux. Il suppose une architecture cohérente de l'investissement, articulant l'accompagnement et l'ingénierie financière portés par les agences d'appui aux PME, la sécurisation de l'exploitation par les assurances, la mobilisation de la dette bancaire et l'intervention en aval d'investisseurs institutionnels et de mécanismes de partenariats public-privé. Ces enseignements plaident pour une approche intégrée et séquencée du financement du secteur privé de santé, en cohérence avec les objectifs de soutenabilité et de souveraineté sanitaire.

Mots clés

Secteur privé de santé, Investissement, PME, Partenariat public-privé & Financement de la santé

Problématique de l'exploitation



Dr Awa MBOW
KANE (DG MEDIC'KANE)

La souveraineté sanitaire constitue aujourd'hui un enjeu majeur pour le Sénégal. Elle ne peut être envisagée sans un secteur privé médical solide, structuré et économiquement viable. Cette contribution s'inscrit dans la réflexion collective portée par le SYMEPS et propose une analyse factuelle et constructive des problématiques d'exploitation des cliniques privées au Sénégal.

Les cliniques privées sénégalaises ne sont pas nées d'une politique sanitaire planifiée, mais d'une nécessité historique. À partir des années 1980-1990, durant la période des ajustements structurels et face au sous-financement du système public, de nombreux médecins ont créé leurs propres structures afin de répondre à une demande croissante de soins.

Ces initiatives, majoritairement individuelles ou familiales, ont été financées sur fonds propres, sans ingénierie hospitalière ni accompagnement institutionnel. Cette genèse, centrée sur l'acte médical plus que sur l'organisation économique, continue de peser sur les conditions d'exploitation actuelles.

Aujourd'hui, le principal défi du secteur privé de santé est l'exploitation durable des cliniques. Beaucoup de structures fonctionnent sous tension permanente, tant sur le plan financier qu'organisationnel. Le cumul, par le médecin fondateur, des rôles de soignant, de gestionnaire et de décideur économique limite souvent la structuration, la délégation et la capacité de développement.

Le modèle économique demeure fragile. Les tarifs sont fréquemment fixés sans analyse précise des coûts réels, et peu de cliniques disposent d'une comptabilité analytique par activité. Les tarifs restent inchangés pendant plusieurs décennies, tandis que les charges augmentent. Les investissements, souvent lourds, sont réalisés de manière intuitive, sans visibilité claire sur leur rentabilité.

À cela s'ajoute une forte dépendance aux tiers payants. Les délais de paiement des IPM et des assurances, pouvant aller de deux à six mois, génèrent un besoin en fonds de roulement structurel difficilement soutenable pour des établissements dont les charges sont mensuelles. Les impayés sont rarement apurés, rendant fragile l'exploitation des cliniques et cabinets.

Certaines cliniques médico-chirurgicales, à l'image de structures comme MEDIC'KANE, illustrent toutefois une évolution : organisation médico-administrative formalisée, réflexion sur la gouvernance et la continuité des soins. Cette professionnalisation améliore la qualité et la sécurité des soins, mais elle se heurte aux mêmes contraintes systémiques : masse salariale élevée, coût important des intrants médicaux et inadéquation de leur fourniture, fiscalité défavorable au secteur et accès limité à des financements adaptés au secteur de la santé.

La souveraineté sanitaire ne pourra être atteinte sans un secteur privé médical institutionnellement reconnu et économiquement viable. Elle suppose une transition assumée vers des cliniques gouvernées comme de

véritables institutions, des mécanismes de financement adaptés au cycle économique de la santé, et une meilleure intégration du privé dans les politiques publiques. Elle requiert d'aligner le cadre national sur les standards régionaux et internationaux, afin de permettre au secteur privé médical de jouer pleinement son rôle au service des patients et du système de santé et d'être concurrentiel au niveau sous-régional.

Leviers de développement du secteur privé de la santé

M. Moustapha BA (Expert Financier)



M. Moustapha BA
(Expert financier)

Le secteur privé de la santé au Sénégal joue un rôle crucial dans l'amélioration de l'accès aux soins de santé de qualité pour la population. Pour renforcer ce secteur, plusieurs leviers de développement peuvent être identifiés.

(I) Amélioration de la réglementation et de la gouvernance! Mise en place de textes législatifs claires pour les professions médicales et création d'organes de pilotage et de suivi au niveau régional (Comités de Pilotage) pour coordonner les actions du privé avec les politiques nationales. Cela permettra de garantir la qualité des soins et des services de santé tout en luttant contre les pratiques frauduleuses.

(II) Accès au financement! Faciliter l'accès aux financements pour les entreprises de santé privées, notamment les PME et les startups tout en améliorant leurs structures financières (haut de bilan). Les banques et les services d'appuis de l'État sont appelés à jouer un rôle déterminant dans la mobilisation des financements. L'incitation au financement peut permettre de booster certaines structures privées d'investir sur du matériel lourd et de la technologie médicale..

(III) Développement des infrastructures et organisation de l'implantation! Améliorer les infrastructures de santé privées pour offrir des services de qualité et assurer la disponibilité de la continuité des soins. A cet effet, il serait très opportun de travailler à la planification des sites d'implantation afin d'optimiser les soins en pôles sanitaires privés mutualisés et complémentaires

(IV) Formation et renforcement des capacités en soins, stratégie, management et organisation! Renforcer les capacités des professionnels de la santé pour améliorer la qualité des soins en réduisant le tourisme médical vers l'Europe, la Turquie et les pays du Maghreb tout en faisant de notre pays un hub sanitaire de la sous-région. La démarche qualité devrait définitivement être obligatoire ou

précocement intégrée dans les établissements privés de santé au Sénégal ;

(V)! **La digitalisation!**: Devrait faciliter l'accès aux soins par des plateformes, améliorer la qualité des services avec une meilleure traçabilité, et surtout faciliter la gestion des données qui mettra en évidence l'importance de l'activité médicale privée au Sénégal. La télémédecine et les applications mobiles devraient l'objet de promotion au niveau national.

(VI)! **Partenariat public-privé!**: Encourager les partenariats entre les secteurs public et privé pour améliorer l'accès aux soins de santé par un relèvement conséquent des plateaux techniques du secteur. Le PPP devrait rapidement faire accéder notre pays à un niveau élevé de soins spécialisés, et faire ainsi du Sénégal un véritable Hub médical sous régional.

En mettant en œuvre ces leviers, le Sénégal peut renforcer son secteur privé de la santé et améliorer la santé de sa population.

Apports du FONSIS dans le développement du secteur privé médical –

Rôle des établissements financiers - BSIC – CBAO

Mot de bienvenue et Présentation du conférencier – Pr Papa S. MBAYE

Conférence Inaugurale : La souveraineté sanitaire



Dr Farba Lamine SALL

Spécialiste Sénior en Gouvernance sanitaire
Financement de la santé et Renforcement du
Système de santé

- ! Maitrise en Sciences économiques, Université Cheikh Anta Diop de Dakar (Sénégal).
- ! **Docteur en Economie de la santé de l'Université Jean Moulin de Lyon (France).**
- ! **Fonctionnaire de l'Organisation mondiale de la santé à la retraite**
- ! Ancien Directeur d'hôpital de Ourossogui, St Louis, le Dantec et du Centre de traumatologie et d'Orthopédie, Premier Directeur du CTO en 1989
- ! Ancien Directeur de l'Action sanitaire et sociale de la Ville de Dakar
- ! Ancien Directeur de cabinet de 4 Ministres de la Santé
- ! Conseiller en Financement de la santé au Projet Décentralisation et Initiatives de santé communautaire, DISC!: Agence d'exécution de l'USAID
- ! Conseiller en Economie de la Santé au Bureau de l'OMS au Sénégal
- ! Conseiller régional de l'OMS en Financement de la Santé basé à Libreville pour les 10 pays d'Afrique centrale
- ! Membre de l'Equipe régionale francophone de suivi et d'appui aux pays pour l'élaboration et la mise en œuvre de la stratégie de Couverture sanitaire universelle (CSU) jusqu'à la retraite en 2021.
- ! Ancien Membre du Collège des économistes de la santé de France
- ! Membre de l'Association Africaine d'Economie et de politique de Santé (AfHIA)
- ! Ancien Enseignant à l'Institut Santé et Développement (ISED) de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie de l'UCAD (1993-2013)
- ! Enseignant au Département d'Economie de la santé au CESAG, depuis 1988.
- ! Enseignant au Département de Santé publique de l'Université Libre de Belgique
- ! Personne ressource de l'Organisation Ouest africaine de la santé (Formateur)
- ! **Ancien Enfant de troupe du Prytanée Militaire de Saint-Louis**

DISTINCTIONS

- ! Lettre de Félicitations du ministre de la Santé (1986)

- ! Lettre de Félicitations du Maire de Dakar (2000)
- ! Chevalier de l'Ordre National du Lion du Sénégal (2007)
- ! Officier de l'Ordre National du Lion du Sénégal (2017)
- ! Distingué par l'Hôpital Général Idrissa Pouye de Grand Yoff qui a donné son nom à la salle du conseil d'administration le 27 décembre 2023.
- ! **Commandeur dans l'Ordre national du Lion du Sénégal (2024)**

RESUME COMMUNICATION SUR LA SOUVERAINETE SANITAIRE

La souveraineté sanitaire est une thématique de plus en plus abordée de façon affichée dans le discours de politique publique de la santé depuis la lutte contre la COVID 19. Cette pandémie à nulle autre pareille, a mis en lumière, de manière brutale, la vulnérabilité des systèmes de santé à l'échelle mondiale. Aucun pays, qu'il soit développé ou en développement, ne disposait de ressources suffisantes pour répondre à la demande sanitaire exceptionnelle générée par cette crise. Intrants médicaux, équipements de protection, ressources humaines, logistique : tous les piliers ont été soumis à une pression inédite.

Une forme légitime d'égoïsme s'installait dans la coopération, chaque pays étant d'abord soucieux de trouver solutions à ses propres problèmes, un réflexe de repli national s'est imposé. Chaque État a priorisé la protection de sa propre population, parfois en transformant la résolution de ses difficultés en opportunité économique, notamment à travers la production et la commercialisation de masques ou de vaccins. Les pays, comme la plupart de ceux en développement, dont les systèmes de santé dépendent fortement des importations ont été particulièrement fragilisés.

Cette expérience a fait émerger une prise de conscience : la nécessité de bâtir des systèmes de santé nationaux solides, résilients et moins dépendants de l'extérieur. Ainsi s'est affirmée, dans le discours politique et stratégique, l'exigence de **souveraineté sanitaire**, en particulier dans les pays en développement.

Définition et portée de la souveraineté sanitaire

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la souveraineté sanitaire comme « la capacité des États à assurer la santé de leurs populations en réduisant leur dépendance vis-à-vis des chaînes d'approvisionnement mondialisées » (OMS, 2021). Cette approche complète celle de l'Union africaine, qui dans son Agenda 2063 et sa Stratégie pharmaceutique pour l'Afrique (2019), insiste sur la **souveraineté thérapeutique** : la capacité des pays africains à produire localement les médicaments et vaccins essentiels pour garantir la sécurité sanitaire du continent.

En somme, la souveraineté sanitaire renvoie au droit et à la capacité d'un État de définir, légiférer, financer et mettre en œuvre ses propres politiques et programmes de santé publique de manière autonome, tout en participant à la coopération internationale sans renoncer à sa compétence nationale. Elle implique une réponse adéquate et durable à chacun des piliers essentiels du système de santé.

Une orientation stratégique très forte pour le Sénégal

Au Sénégal, pour le nouveau régime issu des élections de mars 2024, la souveraineté dans tous les domaines était le principal socle de son projet politique. Dans le domaine de la santé, l'une des orientations majeures est le renforcement de la

souveraineté pharmaceutique et sanitaire, en cohérence avec l'**objectif stratégique 2.3 de la Stratégie nationale de développement 2025-2029** : « Mettre en place un système de santé performant et accessible à tous ».

Cette ambition, arrimée à l'objectif de couverture sanitaire universelle (CSU), suppose :

- ! **Un système de santé diversifié et renforcé**, garantissant une offre publique et privée aptes à fournir de façon continue des prestations de santé de qualité sur l'étendue du territoire auxquelles les populations pourront accéder sans difficulté financière.
- ! **La réduction des évacuations sanitaires**, internes comme externes, grâce à une meilleure prise en charge locale.
- ! **La maîtrise de la dépendance aux importations**, notamment pour les médicaments et produits de santé.
- ! **La formation, la rétention et le déploiement des ressources humaines**, en nombre suffisant et réparties équitablement.
- ! **La réduction du gap technologique** entre structures de référence et points d'évacuation.
- ! **Un rôle accru du secteur privé**, soutenu par l'État notamment dans son financement, dans la production de biens de santé, ainsi que l'offre de services de diagnostic et de traitements de très haut niveau, afin de capter la clientèle solvable qui se tourne aujourd'hui vers l'étranger.

Conclusion

C'est à ce prix, que le rôle régalien de l'Etat de protection et de restauration de la santé de ses populations sera correctement assuré. Il devra principalement en supporter le coût, par la mobilisation de ressources et des réformes à prendre.

La construction progressive de la souveraineté sanitaire au Sénégal repose sur un investissement massif de l'État et une mobilisation coordonnée de tous les acteurs. Elle constitue une condition essentielle pour avancer vers la couverture sanitaire universelle et améliorer le capital humain.

Session 1 - Communications Libres

Salle C12 - B12 - C1 à C7 - Modérateurs : Pr Papa Moctar FAYE - Dr Seini BAGNOU

Salle B05 - B06 - C8 à C17 - Modérateurs : Pr Issa WONE - Pr Ndèye M. SOUGOU

Symposium 2 - HTA : Prise en charge en 2025

Modérateurs!: Pr Abdoul KANE - Dr Kadia BA

HTA et grossesse
Dr Ibrahim AIDIBE

Introduction!: Quand on parle d'HTA associée à la grossesse, on inclut en général : HTA chronique, HTA gravidique, prééclampsie / éclampsie le tout constituant les = Désordres Hypertensifs de la Grossesse (DHG)

• DHG : compromettent environ 5 à 10 % de toutes les grossesses dans le monde.

2-Définition!:

- Pression artérielle systolique ≥ 140 mmHg et/ou diastolique ≥ 90 mmHg sur 2 mesures espacées d'au moins 4 heures associé à une ou plusieurs des conditions! : Protéinurie ≥ 300 mg/24 h ou $\geq 2+$ bandelettes urinaires ET Dysfonction évidente d'organe maternel.

3-Diagnostic!: comprend les critères de sévérité et les complications fœtales et néonatales.

4-Thérapeutiques

Acide salicylique en prévention, les antihypertenseurs.

5-Surveillance!: biologique et échographique (retard de croissance)

Hypertension artérielle du sujet jeune

Pr Désiré Alain AFFANGLA

Résumé!: L'HTA est la maladie chronique la plus répandue au monde et affecte au Sénégal 28,2% des adultes de 18 à 70 ans. Sa prévalence augmente avec l'âge mais l'HTA du sujet jeune de moins de 40 ans n'est pas rare, touchant 15% des sujets de 18 à 29 ans et 30% des sujets de 30 à 40 ans. Cette prévalence de l'HTA du sujet jeune s'explique d'une part, du fait de la fréquence considérable des causes secondaires qu'il faut rechercher d'autant plus que le sujet est jeune, l'HTA sévère, évolutive et résistante et par les modifications croissantes de l'environnement et du mode de vie de nos populations. La survenue des dramatiques complications de l'HTA comme les syndromes coronariens aigus, la mort subite, les AVC chez les sujets jeunes est de plus en plus observées dans nos sociétés et dans nos structures sanitaires témoignant d'un drame qui se joue. Par ailleurs, la précocité de l'HTA du sujet jeune expose plus durablement à la survenue des complications plus subtiles survenant à un âge mur comme la maladie rénale et l'insuffisance cardiaque chroniques et le déclin cognitif.

Du fait de son caractère généralement asymptomatique, le dépistage de l'HTA du sujet jeune doit être la règle lors de toute consultation médicale, visites aptitudes scolaires, embauche professionnelle, établissement ou renouvellement de licence sportive, permettant ainsi une prise en charge, parfois curative ou médicamenteuse à long terme adaptée avec peu ou pas d'iatrogénie afin de réduire la morbi-mortalité de ce tueur silencieux.

Mots clés!: HTA, Jeunes, Maladies cardiovasculaires, Déclin cognitif, Causes secondaires.

Urgences hypertensives



Dr Alioune
TABANE
(Cardiologue)

L'urgence hypertensive se définit comme étant une élévation soudaine et sévère de la pression artérielle avec des signes d'atteinte d'organes cibles tel que le cœur, le rein, cerveau.

Il est important de faire la différence entre urgence relative et véritable urgence. L'urgence dépend de l'atteinte des organes cibles. L'atteinte d'organe cible est définie par une atteinte paraclinique ou infra clinique secondaire à l'HTA. Elle constitue un véritable problème de santé publique du fait des différentes formes cliniques qui peuvent mettre en jeu à court terme le pronostic fonctionnel ou vital des patients.

Différents tableaux cliniques sont décrits : syndrome coronarien aigu, œdème aigu pulmonaire, syndromes aortiques douloureux, encéphalopathie hypertensive, éclampsie et accidents vasculaires.

Le traitement est fonction de la présentation clinique.

En conclusion, les urgences hypertensives regroupent différentes entités tant sur le plan physiopathologique que thérapeutique, dont les spécificités de prise en charge doivent être connues.

HTA et apnées du sommeil

Dr Ousmane DIEYE. HTA et SAOS!: une association à fort impact cardiovasculaire



Dr Ousmane **DIEYE**

Président SOSEMES
Coordinateur groupe travail et sommeil sosecar
Directeur Laboratoire de Sommeil Sakina

THÈME : L'APNÉE DU SOMMEIL

L'hypertension artérielle (HTA) et le syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS) sont deux pathologies fréquentes et étroitement liées. Le SAOS concerne environ 1 milliard d'adultes dans le monde, et jusqu'à 50 % des patients hypertendus présentent un SAOS non diagnostiqué. À l'inverse, 30 à 70 % des patients atteints de SAOS sont hypertendus, surtout dans les formes modérées à sévères.

Le lien entre HTA et SAOS repose sur des mécanismes physiopathologiques bien établis! : Hypoxie intermittente nocturne, hyperactivité sympathique, activation du système rénine-angiotensine-aldostérone, inflammation et dysfonction endothéliale.

Ces mécanismes favorisent une HTA nocturne et un profil tensionnel Non-Dipper puis une élévation tensionnelle persistante évoluant jusqu'à l'hypertension artérielle résistante.

Le SAOS est un facteur majeur et la première cause d'HTA résistante, jusqu'à 70-80 % des patients ayant une HTA résistante ont un SAOS associé.

L'HTA liée au SAOS se caractérise par une prédominance nocturne, diastolique et une élévation matinale exagérée avec un mauvais contrôle tensionnel malgré les traitements médicaux.

La prise en charge repose sur une stratégie intégrée.

Le traitement du SAOS par Pression Positive Continue (PPC/CPAP) permet une baisse modeste mais significative de la pression artérielle (de 2 à 10 mmHg en moyenne), surtout chez les patients sévères et observants.

Le traitement antihypertenseur privilégie les IEC ou ARA II en première intention, associés si besoin à un inhibiteur calcique et/ou un diurétique.

En cas d'HTA résistante, la Spironolactone est particulièrement efficace.

La chronothérapie, avec au moins un antihypertenseur pris le soir, améliore le contrôle nocturne.

L'association HTA-SAOS augmente fortement le risque cardiovasculaire (infarctus du myocarde, AVC, insuffisance cardiaque et mort subite nocturne).

Le dépistage systématique du SAOS chez tout hypertendu mal contrôlé et inversement de l'HTA chez tout apnéique, est donc un enjeu majeur de santé publique.

Une prise en charge conjointe permet d'améliorer le contrôle tensionnel et de réduire le risque cardiovasculaire à long terme.

Symposium ASPS : Le secteur privé de la santé moteur de la réforme pôle territoire

Présentation de l'Alliance du Secteur Privé de la Santé - Dr Seynabou BA

Retour d'expérience du secteur privé de la santé en milieu défavorisé, en milieu urbain et suburbain - Dr M. SENE - Dr M. THIAM - Dr A. LABOU - Pr. B DIATTA

Présentation de la réforme pôles territoires - Mme Oumou K. SECK (ANAT)

Symposium - Secteur Privé et Souveraineté Médicale

Modérateurs!: Dr Fatou Mbaye SYLLA (DGES) - Dr Alpha B. SY (Ancien Président ONMS)

Cartographie et impacts du secteur privé de la santé
Dr Ibrahima K. DIA (MSHP)

La souveraineté médicale : le rôle stratégique du secteur privé
Dr Ibrahima Socé FALL (IPD)

La souveraineté médicale constitue aujourd'hui un enjeu stratégique majeur pour les pays africains. Les crises sanitaires récentes, en particulier la pandémie de COVID-19, ont mis en évidence la dépendance persistante des systèmes de santé africains vis-à-vis des financements, des technologies et des capacités externes. Dans un contexte marqué par la transition épidémiologique, la montée rapide des maladies non transmissibles et la diminution progressive de l'aide internationale dédiée à la santé, la

construction de systèmes de santé résilients, autonomes et performants devient une priorité.

La conférence du Dr Socé fall analyse l'état actuel des services de santé en Afrique, en soulignant les limites structurelles en matière d'accès aux soins, de performance hospitalière, de capacité diagnostique et de ressources humaines. Malgré une augmentation des dépenses de santé au cours des dernières décennies, les investissements demeurent insuffisants, les inégalités entre territoires et établissements persistent, et la fragmentation des parcours de soins compromet l'efficacité globale des systèmes. L'accès aux soins, bien que nécessaire, ne suffit pas à garantir de meilleurs résultats de santé en l'absence d'une qualité de soins élevée et mesurable.

La qualité des soins est présentée comme un pilier central de la souveraineté médicale. Elle repose sur des pratiques cliniques fondées sur des preuves, des standards harmonisés, la continuité des prises en charge et l'évaluation régulière des performances. Sans qualité, il ne peut y avoir ni confiance des populations ni autonomie réelle des systèmes de santé.

Dans ce cadre, le secteur médical privé apparaît comme un acteur stratégique clé. Il contribue déjà de manière significative à l'offre de soins, notamment dans les domaines ambulatoires, diagnostiques et spécialisés, et dispose d'une capacité d'investissement, d'innovation et d'adaptation rapide. Toutefois, son potentiel reste insuffisamment exploité en raison d'une intégration limitée dans les politiques nationales de santé.

Lorsqu'il est encadré par une régulation efficace et alignée sur les priorités publiques, le secteur privé peut jouer un rôle déterminant à travers le développement de plateformes de soins intégrées, l'adoption de standards internationaux de qualité, la formation des professionnels et le renforcement des partenariats public-privé. La souveraineté médicale repose ainsi sur une approche pragmatique fondée sur la qualité, la coordination et la complémentarité des acteurs.

Contribution de la santé au travail à la souveraineté médicale - Dr Khalifa CISSE
(Médecin du Travail)

**LA COUVERTURE SANTÉ AU TRAVAIL POUR TOUS LES TRAVAILLEURS!
UN LEVIER MAJEUR DE LA COUVERTURE SANTÉ UNIVERSELLE CSU**
CHEIKH AL KHALIFA ABOUBACAR CISSE

BARGNY, SÉNÉGAL, cisseosh@orange.sn, +221 771637 52 37

Mots clés!: COUVERTURE UNIVERSELLE SANTÉ AU TRAVAIL

1.1 Introduction

La couverture sanitaire universelle est une composante essentielle de la vision 2050 pour un Sénégal souverain, juste et prospère. Les entreprises, depuis leur création jusqu'à nos jours, participent, selon

différentes formes, à la satisfaction des besoins de santé des populations de leur localité d'accueil. Ainsi, «!la couverture en santé au travail pour tous les travailleurs!» pourrait grandement contribuer au renforcement de notre système sanitaire.

2. Méthodes

À travers une revue documentaire et une enquête auprès d'acteurs du monde du travail sur l'état des lieux de notre système sanitaire, nous allons identifier les bonnes pratiques déjà réalisées par les entreprises et formuler des recommandations qui vont soutenir la contribution des entreprises au développement de la santé des populations.

3. Résultats

Les politiques nationales de santé (Axe 2 capital humain alinéa 3 de la ST2S, PNDSS 2019-2028, PNSST 2023-2027), le cadre juridique, et les différents programmes adoptés et mis en œuvre dans notre pays accordent une place de choix au secteur privé de la santé dans le renforcement de la qualité et de l'étendue de notre système de santé. De même, la Couverture Santé Universelle 2030, plateforme mondiale multipartite, dont le secteur privé, vise à accélérer les progrès durables vers la CSU. La déclaration de Marrakech de la Commission Internationale de Santé au Travail CIST appelle à «!la couverture santé au travail pour tous les Travailleurs!».

Plusieurs entreprises offrent des services de médecine du travail à leurs employés durant tout le parcours professionnel, même si le taux de couverture est faible au niveau national (inférieur à 10% des entreprises, 1 Médecin du Travail pour 1500 travailleurs du secteur privé). Dans diverses localités du Sénégal, des entreprises ont soit construit des postes de santé ou des centres de santé, soit offert plusieurs équipements médico-pharmaceutiques, des médicaments, et des prestations variées.

4. Conclusion

La couverture santé au travail pour les travailleurs de tous les secteurs d'activités (public, privé, informel) est un pilier majeur pour la réalisation de la souveraineté sanitaire au Sénégal. L'expérience acquise par le secteur privé notamment par l'organisation de la Médecine du Travail et le pourrait inspirer les autorités et les partenaires au développement à créer un environnement favorable la mobilisation des investissements pour mettre en place un système performant de santé et accessible à tous.

Contribution FONGIP à la souveraineté médicale

M. Bassirou NGOM (FONGIP)

Intervention Sponsor : ACD, de la distribution à la fabrication, un levier de souveraineté

Symposium Place du SPS dans la réforme en pôles territoire au Sénégal ?
Salle BO5 – B06

La vision du MSHP sur l'intégration du secteur privé de santé dans la réforme
des pôles territoires
M. Ibrahima Khalil Diouf

Quelle place pour les structures privées de santé dans la réforme territoriale!?
Rôles des collectivités territoriales
M. Mamadou DIOUF Directeur CAEL

Les services de santé privés au sein des pôles territoires!: modèles économiques, expériences et opportunités d'investissement – FONSIS

Conférence ordinale

Modérateurs!: Dr Jean François DIENE (Président ONMS) – Juge Démba KANDJI (Médiateur de la République)

LA PROCÉDURE DISCIPLINAIRE ORDINALE
Une alternative à l'hyper-judiciarisation du contentieux médical.
Dr Cheikh Atab BADJI

L'Ordre national des médecins du Sénégal est régi par la loi 66-69 du 4 juillet 1966 relative à l'exercice de la médecine et Ordre des médecins du Sénégal. Il est en vertu des dispositions de l'article 15 de ladite loi «!la plus haute autorité professionnelle en matière médicale!».

Résumés des conférenciers

A l'instar de tous les ordres professionnels, il dispose de pouvoir réglementaire en rapport avec l'organisation de la profession mais aussi de pouvoir disciplinaire lui conférant des prérogatives de sanction en cas de manquement professionnel. Il veille à l'observance correcte des règles édictées dans le code de déontologie, véritable bréviaire de la morale professionnelle.

Toutefois l'exercice de ce pouvoir de sanction est bien encadré. Et pour le cas précis de l'Ordre des médecins du Sénégal, la loi renvoie à un décret qui devrait en définir les modalités. A ce jour, il faut préciser que depuis 1966, aucune affaire n'a pas pu être traitée conformément aux dispositions légales!; pour cause il a fallu attendre 52 ans pour que ce décret voie le jour, soit en 1998. Et même après cette date c'est le statu-quo. Cette situation n'est pas sans conséquences pour la pratique médicale qui, comme tous exercices et interactions humaines, a son corollaire de conflits nécessitant un arbitrage.

Le judiciaire s'impose ainsi comme seul recours. Et cette hyper-judiciarisation, même pour des affaires pouvant ou devant relever à priori du disciplinaire, constitue sans nul doute une insécurité pour la pratique médicale!; autant dire pour la communautaire bénéficiaire de soins. Dès lors, il urge de mettre en place des procédures claires afin de permettre à l'autorité ordinaire de mener sa mission disciplinaire dans le respect strict des règles de forme, essentiel en la matière. Il convient ainsi de mettre en place des procédures séquencées et conformes aux textes législatifs et réglementaires en vigueur.

Dans notre démarche, nous avons passé en revue les bases textuelles. Ensuite nous avons segmenté la procédure en cycles, à savoir la phase de saisine, la phase d'instruction, l'instance et enfin le recours. A chaque étape nous avons tenté de relever les éléments majeurs pouvant vicier la procédure et affecter la décision.

Toutefois, il est important d'évaluer l'outil, en termes de conception et de mise en œuvre, d'en apprécier les limites juridiques et organisationnelles afin de faire les préconisations idoines pour une amélioration dans les supports normatifs et administratifs à venir.

En définitive, la bataille de disciplinaire reste une grande urgence et s'offre comme une alternative à l'hyper-judiciarisation du contentieux médical.

Symposium 3 – Diabète Sucré

Modérateurs!: Pr Said Nourou DIOP – Pr Abdoulaye LEYE

Classification et traitement du diabète : quoi de neuf ? – Pr Maimouna NDOUR MBAYE

Résumé de la conférence : Classification et traitement du diabète sucré : quoi de neuf ?

Le diabète, condition métabolique complexe, est en constante évolution tant dans sa compréhension que dans sa prise en charge. Avec l'amélioration des connaissances sur la maladie, des mises à jour sont régulièrement faites par la Fédération Internationale Diabète (FID) et l'American Diabetes Association (ADA). Les catégories classiques sont le diabète de type 1, le diabète de type 2 et le diabète gestationnel. Les formes moins courantes incluent le diabète monogénique et les diabètes secondaires.

En ce qui concerne le traitement, les récentes recommandations mettent en lumière les nouvelles classes de médicaments antidiabétiques, notamment les inhibiteurs de SGLT2 et les agonistes des GLP-1. Les études cliniques récentes démontrent l'efficacité de ces traitements, non seulement pour la maîtrise de la glycémie mais aussi pour la réduction des complications associées au diabète, telles que les maladies cardiovasculaires et les atteintes rénales.

Toutes les recommandations insistent sur l'importance de la personnalisation du traitement, prenant en compte les facteurs individuels des patients, tels que les comorbidités, les préférences personnelles et les particularités culturelles. Une approche holistique est essentielle pour améliorer la qualité de vie des patients diabétiques.

Le diabète, condition métabolique complexe, évolue constamment tant au niveau de sa compréhension que de sa prise en charge. Grâce aux avancées des connaissances, la Fédération Internationale du Diabète (FID) et l'American Diabetes Association (ADA) mettent régulièrement à jour leurs recommandations. Les formes classiques du diabète incluent le diabète de type 1, le diabète de type 2 et le diabète gestationnel, tandis que des formes moins fréquentes, telles que le diabète monogénique et les diabètes secondaires, sont également reconnues.

Sur le plan thérapeutique, les dernières recommandations soulignent l'émergence de nouvelles classes de médicaments antidiabétiques, notamment les inhibiteurs de SGLT2 et les agonistes des GLP-1. Des études cliniques récentes attestent de l'efficacité de ces traitements non seulement pour le contrôle de la glycémie, mais également pour la diminution des complications associées au diabète, telles que les pathologies cardiovasculaires et les atteintes rénales.

Les recommandations insistent sur l'importance d'une approche personnalisée du traitement, prenant en compte divers facteurs individuels tels que les comorbidités, les préférences des patients et les spécificités culturelles. Ainsi, une approche holistique s'avère essentielle pour optimiser la qualité de vie des patients atteints de diabète.

Diabète de l'enfant - Pr Babacar NIANG

Diabète et grossesse



Pr Anna
SARR

Le diabète peut être associé à la grossesse de plusieurs façons!

L'hyperglycémie peut être antérieure à la grossesse, il s'agit alors d'un DT1 ou d'un DT2. L'hyperglycémie peut être découverte au cours de la grossesse en rapport soit avec un diabète antérieur méconnu ou alors d'un diabète gestationnel, ce dernier est défini depuis 2019 par l'OMS par la survenue, au cours de la grossesse, d'une hyperglycémie au-dessus des valeurs normales de grossesse mais à des valeurs inférieures à celles conduisant à poser le diagnostic de diabète de type 1 ou de type 2. Sa prévalence mondiale a augmenté avec l'augmentation de l'obésité et du DT2.

Sa physiopathologie associe deux anomalies, une insulino-résistance causée par les hormones placentaires associée à une insulinosécrétion compensatrice insuffisante. Il existe des facteurs de risque de diabète gestationnel qui sont les mêmes que ceux du DT2.

L'hyperglycémie associée à la grossesse expose à des complications obstétricales et périnatales.

Il s'agit d'une grossesse à risque qui doit bénéficier d'une surveillance rapprochée multidisciplinaire qui repose sur l'auto-contrôle glycémique effectué par la patiente, le suivi diabétologique, obstétrical et pédiatrique.

Des objectifs glycémiques ont été fixés à savoir : une glycémie à jeun $< 0,95\text{g/l}$, une glycémie 2H après les repas $< 1,20\text{g/l}$.

Le traitement repose sur!

Les mesures diététiques, avec un apport calorique fonction du poids de la patiente comprenant 50% de glucides à faible index glycémique (céréales, tubercules, légumineuses) à répartir en 3 repas principaux et 2 collations.

Une activité physique modérée si pas de contre-indication obstétricale.

L'insulinothérapie est instaurée si les objectifs glycémiques ne sont pas atteints avec la diététique notamment chez la diabétique de type 2 et en cas de diabète gestationnel.

L'accouchement doit être programmé, le choix de la voie d'accouchement va dépendre essentiellement des conditions obstétricales (macrosomie fœtale, prééclampsie) et de l'équilibre glycémique.

Le diabète gestationnel est un facteur de risque de diabète de type 2 c'est ainsi qu'une évaluation de la tolérance glycémique est recommandée 6 à 12 semaines post-partum

Conclusion! la grossesse associée au diabète est une grossesse à risque La programmation de la grossesse chez la diabétique connue et le dépistage du

diabète gestationnel chez la femme à risque constituent des solutions pour améliorer le pronostic.

Session 5 - Table Ronde : Parcours du Diabétique dans le Secteur Privé Médical Salle C12 B12

- ! Panel!: Diabétologue, Ophtalmologue, Néphrologue, Vasculaire
- ! Objectifs!: Prévention des complications

Intervenants!: Dr Adji Laba GUISSÉ – Dr Mar NDIAYE – Dr Sidy BA – Pr Magaye GAYE

Dr Adji Laba Guisse!: Prise en charge du diabétique dans le Privé



Résumé de la présentation

Le diabète constitue un problème majeur de santé publique. Au Sénégal, la prévalence nationale est estimée à 4,2 % (STEPS 2024), avec des disparités régionales importantes : 1,9 % à Fatick, 10,7 % à Matam et 7,7 % à Dakar.

Créée en 2011, la Clinique Medic'kane est passée d'un cabinet médical à une polyclinique moderne fonctionnant 24h/24 et 7j/7, comptant aujourd'hui plus de 70 employés. Elle est spécialisée en endocrinologie et diabétologie tout en proposant plusieurs spécialités médico-chirurgicales. Son objectif est d'offrir des soins de qualité conformes aux normes internationales.

La clinique dispose d'infrastructures complètes : salles de consultation, lits d'hospitalisation, urgences, réanimation, bloc opératoire, unité de radiologie, laboratoire, salle de podologie et ambulance médicalisée. Les ressources humaines sont composées de médecins spécialistes, paramédicaux et personnel administratif.

En 2024, la clinique a réalisé environ 35 000 consultations et 1 000 hospitalisations, avec une durée moyenne de séjour de 4,5 jours. Plus de la moitié des patients bénéficient d'une prise en charge médicale complète. Le parcours du patient est structuré et les dossiers médicaux sont digitalisés.

La prise en charge du diabète comprend les consultations spécialisées, la gestion des urgences diabétiques (acidocétose, hyperglycémie sévère, état hyperosmolaire), l'hospitalisation, ainsi que la prise en charge des pieds diabétiques avec soins spécialisés.

La clinique met l'accent sur l'éducation thérapeutique, la coordination multidisciplinaire, l'adaptation nutritionnelle et les actions communautaires comme le dépistage gratuit du diabète.

Enfin, des innovations telles que la pompe à insuline et le monitoring glycémique continu ont permis une amélioration du contrôle glycémique. Des études cliniques prospectives sont en cours, notamment sur le profil métabolique des patients diabétiques et la prise en charge des acidocétoses.

LA PREVENTION DES COMPLICATIONS OCULAIRES DU DIABETE SUCRE



Dr Mor
NDIAYE

Introduction :

L'objectif de ce travail est de mettre à jour les connaissances sur les complications oculaires du diabète sucré et leur prévention, reposant essentiellement sur le dépistage. Le diabète sucré est une pathologie potentiellement cécitante pouvant atteindre tous les organes et en premier l'œil par la microangiopathie, toutes les structures oculaires peuvent être affectées au cours de cette dernière.

Dans un 1^{er} temps, nous essayerons de décrire sommairement les atteintes des différentes structures et nous nous appesantirons sur la complication la plus fréquente et la plus redoutable que représente la rétinopathie diabétique.

On estime qu'environ 40 % des diabétiques en sont porteurs. La prévalence de la RD chez les patients diabétiques varie de 25 à 44% selon les études. En cas de rétinopathie, 60% ont déjà une néphropathie et 40% une neuropathie. Dans le diabète de type 1, la RD ne survient en général pas avant 7 ans d'évolution et après 20 ans d'évolution, 90 à 95 % ont une RD.

20 % des diabétiques de type 2, ont une RD dès la découverte de leur diabète. Après 15 ans d'évolution, 60 % d'entre eux présentent une RD.

Les complications oculaires du diabète

1. *Atteintes oculaires directement liées au diabète* : La Rétinopathie diabétique, la Cataracte, la Papillopathie diabétique, les troubles réfractifs et les Atteintes cornéennes.

2. *Atteintes oculaires pour laquelle le diabète est considéré comme un facteur de risque* : Le Glaucome, les Paralysies oculo motrices, la Neuropathie ischémique antérieure aigüe, le Syndrome d'ischémie oculaire et les infections oculaires.

Diagnostic!: La rétinopathie diabétique

Circonstance de découverte – signes de la RD (FO)- classification-
paraclinique

Facteurs de risque ou facteurs d'aggravation de la RD

Surveillance de la RD

Traitement RD et autres complications oculaires

Conclusion!: Le diabète est une pathologie chronique cécitante nécessitant une prise en charge multidisciplinaire. La RD est le plus souvent présente lors de la découverte de ce dernier avec des signes évoluant à bas bruit d'où l'importance d'un dépistage précoce afin de préserver le pronostic visuel.

Mots-clés : diabète, complications oculaires, surveillance



La clinique YA SALAM est un établissement sanitaire privé, implanté au cœur de la capitale sénégalaise.

Elle est un établissement d'hospitalisation médico-chirurgicale et obstétricale qui rassemble un très grand nombre de compétences, lui permettant ainsi d'assurer aux patients une prise en charge complète et pluridisciplinaire, ainsi que la continuité de leurs soins.



- Médecine générale
- Pédiatrie
- Cardiologie
- Diabétologie – Endocrinologie
- Dermatologie
- Neurologie
- Urologie
- Gynécologie – Obstétrique
- Orthopédie – Traumatologie
- ORL
- Neurochirurgie
- Ophtalmologie
- Gastro-entérologie
- Chirurgie endoscopique et laser

- Analyses biomédicales
- Imagerie médicale
- Urgence 24h/7

RECRUTEMENT DE MÉDECINS SPÉCIALISTES

Nous recherchons des médecins spécialistes engagés et qualifiés pour renforcer notre équipe et contribuer à l'excellence des soins.

Adresse : 2 boulevard Martin Luther king Corniche Ouest Fann Hock

 33 823 67 63



 contact@cliniqueyasalam.net

Communication

Orales

SAMEDI 24 JANVIER 2024

Session 6 - Communications Orales

Salle C12 B12 : C18 à C27 - Modérateurs : Pr Sara B. GNING - Pr Mamadou N. GUEYE

Session 7 - Statut Juridique et Fiscalité

Salle C12 - B12

Statut juridique des structures du SPS : implications légales, déontologiques et réglementaires

! Point de vue du MSHP - M. Samba NDIAYE (Directeur des Affaires Juridiques)

! Point de vue du Ministère du Commerce - M. Seydou Nourou Barro (Chef de Division)

! Point de vue de l'Ordre National des Médecins - Dr Jean François DIENE (Président ONMS)

Fiscalité et SPS sous l'angle de la souveraineté - M. Daouda SECK (DGID)

Discussions

Modérateurs : Dr Carole MANGARA - Me. Aida DIAWARA (Notaire)

10h30 - 11h PAUSE-CAFÉ

Symposium 4 - Plaidoyer pour la Recherche dans le Secteur Privé de la Santé

Salle C12 - B12

15mn : Rôle et les missions de CNERES - Dr Aissatou TOURE BALDE (Présidente CNERES)

15mn : Les essais cliniques dans le secteur privé de la santé - Mme. Mariame BA (DG Pharmalys)

15mn : Boîte à outils pour les projets de recherche dans le secteur médical privé - Pr Hamidou DATHE (Directeur Recherche & Innovation, MESRI) Discussions

Modérateurs : Pr Souleymane MBOUP – Dr Samba Cor SARR

COMMUNICATIONS ORALES

C1 Salle C12 - B12

L'insomnie comme symptôme sentinelle : une observation clinique intégrative.

Bassolé Prisca-Rolande, Ndiaye M. M.

Introduction

Les troubles du sommeil concernent près de 40 % de la population mondiale. Plainte fréquente, l'insomnie doit être abordée de manière multidimensionnelle explorant l'interaction entre régulation circadienne, comorbidités somatiques et facteurs psychophysiologiques. Nous rapportons le cas d'une patiente présentant une insomnie chronique ayant conduit à la mise en évidence de pathologies jusque- là méconnues.

Observation clinique

Patiente de 47 ans, hypertendue, dyslipidémique et porteuse d'un goitre, sous Bisoprolol et Atorvastatine, consultant pour une insomnie, des palpitations et une sensation d'étouffement nocturne. L'examen objectivait une somnolence diurne, une lourdeur de la tête, une asthénie, des vertiges, un ronflement, une nycturie, des pauses respiratoires dans le sommeil et des céphalées matinales évoluant depuis plus de 3 mois.

Poids : 103 kg ; **Taille** : 1,60 m ; **IMC** : 40,2 kg/m² ; **Tour de cou** : 39 cm ; **PA** : 13/9 cmHg.

Score Stop Bang : 5/7 ;

Les explorations ont révélé!

- **Polysomnographie** : IAH = 14,1/h à prédominance obstructive ; index des mouvements périodiques > 50/h.
- **TDM thoracique** : goitre nodulaire diffus.
- **Biologie** : Hb : **11,6g/dl** ; VGM : **62,8fl** ; TCMH : **20,8pg** ;
Cholesterol total: **8,22** mmol/L ; HDL Cholesterol : 1,64 mmol/L ;
LDL Cholesterol : **6,24** mmol/L, Triglycerides : 1,17 mmol/L ; TSH : 0,713mUI/L, T3 : 3,85pmol/L ; T4 : 15,60 pmol/L.

Le diagnostic retenu était une **insomnie secondaire multifactorielle**, associant :

- **Syndrome d'Apnées-Hypopnées Obstructives du Sommeil (SAHOS)** léger ;
- **Syndrome des jambes sans repos**
- **Comorbidités aggravantes** : obésité! HTA, dyslipidémie et goitre compressif.

Une approche intégrée a été instaurée associant des conseils d'hygiène (vie et sommeil) et des mesures de perte pondérale, une correction de l'anémie, la prescription d'une PPC en dépit de l'IAH léger et l'orientation pour une coordination endocrinologique/ORL pour éventuelle chirurgie thyroïdienne.

Conclusion

Ce cas souligne la nécessité d'une évaluation globale de l'insomnie qui peut se présenter parfois comme un symptôme isolé mais constitue souvent un signal d'appel systémique.

La compréhension intégrative des troubles du sommeil ouvre donc la voie à une médecine plus préventive, transversale et surtout personnalisée.

Mots clés : Sommeil, Insomnie, SAHOS, Dakar

C2 Salle C12 – B12

La composition corporelle chez les enfants et adolescents suivis pour diabète de type 1 au service de pédiatrie du centre hospitalier Abass Ndao : à propos de 101 patients.

Djibril Boiro, Moctar Mahfoud, Amadou Sow, Aminata Mbaye

Introduction

Le diabète et sa prise en charge ont été associés à des altérations des paramètres de la composition corporelle dans divers groupes d'enfants dans le monde. L'objectif principal était d'évaluer la composition corporelle chez nos patients diabétiques de type 1.

Matériel et Méthodes

Il s'agissait d'une étude prospective, descriptive et analytique, allant du 1er février 2023 au 31 mai 2023, incluant les enfants et adolescents diabétiques de type 1, sous insulinothérapie et suivis au service de pédiatrie durant la période d'étude. Les données ont été recueillies à partir des fiches d'enquêtes préétablies à cet effet. Elles ont été saisies avec le logiciel Sphinx version 5.1.0.2 et analysées avec le logiciel SPSS version 18.

Résultats

101 patients étaient concernés par l'étude. L'âge moyen de découverte du diabète est de 11 ans. La majorité de nos patients était non équilibrée (83,2 %). L'IMC moyen était de $-0,58 \pm 1,27$ DS avec un minimum de $-4,7$ DS et un maximum 3DS. Les filles avaient un IMC moyen en DS plus élevé que les garçons. Plus de la moitié de nos patients avaient un IMC normal, avec 54.5 %. Cependant, trente-cinq (35) avaient une insuffisance pondérale soit 34.7 %. Huit (8) étaient en surpoids soit 7.9 % et trois (3) au stade d'obésité soit 3 % dont un (1) qui avait une obésité sévère. Le TT/T était élevé chez huit (8) patients soit 7,9%. La MG moyenne était de $23,9 \pm 7,9$ % avec des extrêmes de 9,5 % et 47,8 %. Vingt-neuf (29) de nos patients avaient un pourcentage de MG élevé soit 28,7 %. La totalité de ces derniers avaient un TT/T élevé témoignant donc de la répartition abdominale de cet excès de graisse. Parmi les patients présentant un IMC normal, vingt (20) patients soit 36,4 % avaient une MG élevée avec une différence significative. Chez les filles la MG (%), l'IMC et le TT/T étaient plus importants que chez les garçons. Cette prédominance était significative pour le taux de MG ($p= 0,0001$) ainsi que le TT/T ($p= 0,015$). Ailleurs la MG (%) était corrélée positivement avec le TT/T ainsi que le temps d'écran. Un mauvais équilibre du diabète avec HbA1c $>7,5\%$ était associé au sexe féminin, à une MG élevée, un IMC anormal et un temps d'écran inapproprié mais ce lien n'était pas statistiquement significatif.

Conclusion

Nous observons une tendance à l'augmentation de l'adiposité chez les enfants diabétiques qui étaient autrefois considérés comme maigres. Cette augmentation de la masse grasse constitue un facteur de risque cardiovasculaire chez nos sujets diabétiques, pouvant ainsi aggraver le

pronostic à long terme. L'évaluation du statut nutritionnel par l'IMC seul n'est pas suffisante pour déterminer la composition corporelle.

Mots clés : Composition corporelle, Diabète, Enfants, Adolescents, Abass Ndao

C3 Salle C12 – B12

Retard pubertaire chez les adolescents drépanocytaires suivis au service de pédiatrie de l'Hôpital Abass Ndao (Dakar).

Djibril Boiro, Moussa Djiby, Amadou Sow, Aminata Mbaye

Introduction

La drépanocytose est une maladie génétique chronique qui perturbe significativement la croissance et le développement pubertaire des adolescents, notamment via des mécanismes d'hypoxie, d'inflammation chronique et de malnutrition affectant l'axe hypothalamo-hypophysogonadique (HPG). Cette étude vise à déterminer la prévalence et les facteurs associés du retard pubertaire chez les adolescents drépanocytaires suivis à Dakar, dans un contexte de forte prévalence mais de données locales limitées.

Patients et méthodes

Nous avons mené une étude transversale descriptive sur une période de sept mois (avril à octobre 2025) au Centre Hospitalier Abass Ndao de Dakar. L'étude a inclus 35 adolescents drépanocytaires (phénotypes SS ou SC), âgés de 13 à 18 ans pour les filles et de 14 à 18 ans pour les garçons, suivis régulièrement. Les données sociodémographiques, cliniques, anthropométriques et pubertaires (classification de Tanner) ont été recueillies à partir des dossiers médicaux et d'un examen physique. L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel R.

Résultats

La prévalence globale du retard pubertaire dans notre cohorte était de 31,4% (11/35). Une disparité sexuelle très marquée a été observée : les garçons constituaient 90,9% (10/11) des cas de retard. L'analyse a révélé une association statistiquement significative entre le retard pubertaire et le sexe masculin ($p=0,043$) ainsi que les antécédents d'hospitalisation ($p=0,0131$). Aucune association significative n'a été trouvée avec le niveau socioéconomique, la consanguinité, le nombre de crises ou des signes cliniques spécifiques. Un retard de croissance a été noté chez 28,6% des patients.

Pourquoi ?

Nos patients sont notre priorité. Nous offrons des soins médicaux de haute qualité grâce à notre équipe qualifiée et certifiée.



NOTRE VISION

Notre vision est de devenir un leader mondial reconnu dans les urgences et l'assistance médicale en développant des solutions innovantes pour la sécurité de nos partenaires et de nos clients.

NOTRE MISSION

Notre mission est d'assurer une assistance médicale optimale de haute qualité accessible à tous en toute sécurité.

- Serviced'urgence 24h/24 et 7j/7
- Technologie moderne

NOS VALEURS

Professionnalisme
intégrité
Empathie
Esprit d'équipe

Nous contacter

Pour toute question d'ordre général ou médical, n'hésitez pas à nous contacter.

Adresse

Sacré cœur 3, VDN, Rte de l'ancienne piste

Téléphone

+22133 869 98 97

22176 636 50 50

E-mail

infos@urgsolutionsmed.sn

Site internet

www.urgsolutionsmed.sn

Horaires

Toujours ouvert

24h/24 - 7j/7



DR. NIANG, DIRECTEUR USM

USM, l'excellence médicale à votre portée



ÉVACUATION SANITAIRE

Les évacuations sanitaires sont effectuées le plus souvent par voie aérienne : en avion de ligne organisé avec la compagnie aérienne avec des équipements adaptés et agréés aéronautiques ou en avion ambulance dédiée ou affrétée entièrement et équipée.

Visite d'aptitude aéronautique



Certifié et Agréé par l'Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie (ANACIM) USM effectue sur rendez-vous la visite médicale d'aptitude du personnel navigant

CENTRE DE CONSULTATION MÉDICALE ET DE DIAGNOSTIC

Une présence médicale est assurée de façon permanente avec les ARM, les médecins généralistes et urgentistes, et une équipe d'ambulance SMUR prêt à intervenir 24H/24.

TRANSPORT SIMPLE ET MEDICALISÉ

USM met à votre disposition des ambulances SMUR (Structure Médicale d'Urgences et de Réanimation) pour des transports médicalisés avec un médecin urgentiste ou réanimateur, un infirmier, un ambulancier disponibles 24h/24 et 7j/7.

VISITE D'APTITUDE POUR EMBAUCHE

À travers l'intervention de nos médecins du travail, USM vous accompagne dans votre processus de recrutement et vos bilans de santé pour voyage et check up.

UNITÉ D'URGENCE MÉDICALE

L'unité médicale est composée de trois zones: Une zone d'examen et de soins comportant une salle et des moyens de décrochage

VISITE MÉDICALE À DOMICILE

Nos médecins urgentistes et généralistes peuvent se rendre dans les domiciles, les lieux de travail, les écoles pour une consultation médicale avec nos véhicules sanitaires légers opérationnels 24H/24 et 7j/7.

Visite d'aptitude OEUK

Notre centre agréé OEUK est spécialisé dans les bilans, visite initiale, visite périodique, visite annuelle. Effectuez vos visites et obtenez vos certificats le même jour.

FORMATION

Urgences et Solutions Médicales octroie des formations sur les gestes qui sauvent avec des mannequins et du matériel de formations de dernière génération (défibrillateur).

Conclusion : Le retard pubertaire est une complication fréquente chez l'adolescent drépanocytaire, touchant près d'un tiers de notre cohorte, avec une vulnérabilité quasi-exclusive des garçons. Ces résultats plaident pour l'intégration systématique de l'évaluation pubertaire, en particulier chez les garçons, dans le suivi multidisciplinaire de la drépanocytose, ainsi que pour le renforcement des stratégies de prévention et de prise en charge précoce.

Mots clés : Retard pubertaire, drépanocytose, Sénégal."

C4 Salle C12 – B12

Hypoglycémie chez les enfants et adolescents diabétiques de type 1 au service

de pédiatrie de l'Hôpital Abass Ndao (Dakar).

Djibril Boiro, Ndey Fatou Fall, Amadou Sow, Aminata Mbaye

Introduction

L'hypoglycémie est une complication iatrogène courante dans la prise en charge du diabète de type 1. L'incidence exacte de l'hypoglycémie est difficile à déterminer, mais l'hypoglycémie légère est fréquente. L'objectif de notre étude était de déterminer les caractéristiques socio-démographiques et thérapeutiques de nos patients et d'évaluer leur éducation thérapeutique sur l'hypoglycémie.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude prospective descriptive et analytique. Elle a été menée au service de pédiatrie de l'hôpital Abass Ndao sur 3 mois (de Mars 2023 à MAI 2023). Tous les patients ayant présenté une hypoglycémie dans les 30 jours précédents le recueil des données et répondant à nos critères d'inclusion étaient sélectionnés. Le logiciel Excel 2007 a été utilisé ainsi que le logiciel R pour l'analyse des données.

Résultats

Notre étude portait sur 38 cas soit une prévalence de 34% avec une prévalence des hypoglycémies sévères de 6,2%. L'âge moyen de nos patients était de 13 ans. Le sexe ratio était de 1,2. Nous n'avions pas trouvé de lien significatif entre le sexe et le nombre d'hypoglycémie. La durée du diabète était inférieure à 5 ans dans la majorité des cas et était corrélée aux épisodes d'hypoglycémie. Le niveau socio-économique des patients était bas dans la majorité des cas. Le syndrome cardinal révélait le diabète dans 58% des cas. L'insuline humaine ordinaire était utilisée dans 82%. Le schéma à 3 injections était utilisé dans 92% des cas. La dose d'insuline moyenne était de 0,77 UI/kg/j [0,08-1,3UI/kg/j]. Nous n'avions pas trouvé de lien significatif entre le nombre d'épisodes d'hypoglycémie et le type d'insuline de même

que les doses. Mais l'insuline humaine était associée à un risque plus élevé d'hypoglycémie. Le football était le sport le plus pratiqué (52% des cas). Dans notre étude, 21% des patients avaient un taux d'hémoglobine glyquée cible (inférieur ou égal à 7,5%) et 15,8% un taux supérieur à 13%. Nous n'avions pas trouvé de lien significatif entre les épisodes d'hypoglycémie et la baisse de l'hémoglobine glyquée entre 2 trimestres. Le diagnostic était posé devant les signes cliniques et la mesure de la glycémie capillaire dans 84% des cas. Les circonstances de survenue rapportées étaient le sport et la prise de repas retardée chacun chez 25% des patients. Nous avons noté une prise de repas insuffisante chez 30% des patients, un surdosage en insuline dans 10% des cas et une injection sans prise de repas dans 4% des cas. Trente-cinq pourcent des patients s'étaient resucrés à domicile, 2 s'étaient rendus à l'hôpital et 1 n'avait pas corrigé sa glycémie. Le sucre constituait le moyen de resucrage majoritaire (45% des cas). Après ingestion de glucose, 91% des patients avaient contrôlé leur glycémie.

Conclusion

Les hypoglycémies sont fréquentes chez les diabétiques sous insuline. Les formes sévères sont peu fréquentes. Le jeune âge est corrélé à un risque plus important. Malgré des taux d'hémoglobine glyquée élevés, le risque d'hypoglycémie reste toujours présent.

Mots Clés : Hypoglycémie, Diabète de type 1

C5 Salle C12 – B12

Simulation et pratique : une voie pour la coelioscopie pédiatrique en Afrique.

Fall Mbaye, Yonga D, Malondez G, Guenengafo G, Ndour O, Ngom G.

Introduction

La coelioscopie pédiatrique connaît un intérêt croissant, mais son apprentissage reste limité en Afrique, notamment en raison du manque d'expérience pratique et de formations adaptées. Cette étude vise à évaluer l'apport d'une masterclass associant simulation sur pelvitruainer et pratique in vivo.

Méthodes

Une étude prospective a été menée auprès de 27 chirurgiens pédiatriques et résidents lors d'une masterclass de 5 jours. Les compétences techniques ont été évaluées à l'aide d'une grille d'évaluation structurée. La formation comprenait une journée théorique et quatre journées de simulation et de pratique supervisée.

Résultats

En début de formation, 75,6 % des participants n'étaient pas familiarisés avec la coelioscopie. La courbe d'apprentissage moyenne est passée de 2,5 à 4/5 en fin de formation. Le temps moyen passé sur simulateur était de 11,3 heures.

Après 3 mois, 30 % des participants avaient initié un abord coelioscopique en pratique clinique dans leur lieu d'exercice habituel.

Conclusion : La simulation couplée à la pratique in vivo améliore significativement les compétences techniques et est jugée pertinente et reproductible dans des contextes à ressources limitées.

C6 Salle C5-C6

Dermatite atopique : etude cas-temoins des parametres anthropometriques, du metabolisme phosphocalcique et de la vitamine d chez l'enfant, a dakar.

DIADIE Saer, MBENGUE PM, IMANE EH, FALL N, MENDY P, LY F, NIANG SO

Introduction

La dermatite atopique (DA) est une dermatose inflammatoire chronique fréquente en pédiatrie. Elle est souvent associée à des comorbidités allergiques et à des troubles nutritionnels. Cette étude visait à évaluer l'impact global de la DA sur la croissance, le statut en vitamine D et le bilan phosphocalcique chez l'enfant au Sénégal.

Méthodes

Il s'agissait d'une étude prospective de type cas-témoins menée de mars à août 2025 au CHN DalalJamm et au COUD de Dakar. Elle a inclus 40 enfants âgés de 2 à 14 ans dont 20 atteints de dermatite atopique correspondant aux cas et 20 témoins appariés. Les données recueillies comprenaient les antécédents allergiques, les restrictions alimentaires, ainsi que les paramètres anthropométriques : poids, taille, indice de masse corporelle (IMC), périmètre brachial et plis cutanés. La sévérité de la DA était évaluée par le score SCORAD. Un bilan phosphocalcique standard et le dosage de la 25 OH vitamine D sérique ont été réalisés.

Résultats

L'âge moyen était de 6,5 ans. Sur le plan clinique, les formes modérées à sévères étaient prédominantes. Une restriction alimentaire était notée dans 50 % des cas sans preuve allergologique. Sur le plan nutritionnel, les enfants atteints avaient un poids, une taille, un IMC, un périmètre brachial et des plis cutanés inférieurs à ceux des témoins. Un retard staturo-pondéral était observé chez plus de 30 % des cas, avec des Z-scores significativement altérés. L'hypovitaminose D concernait 55 % des cas contre 15 % des témoins. Elle était corrélée à la sévérité de la DA ($p=0,034$), le bilan phosphocalcique était d'avantage effondré chez les enfants ayant eu une DA que chez les témoins.

Conclusion

Nos résultats démontrent que la dermatite atopique de l'enfant s'accompagne fréquemment d'un retentissement nutritionnel plurifactoriel, associant :

- Altération pondérale et musculaire, proportionnelle à la sévérité de la DA;
- Hypovitaminose D significative et corrélée au score SCORAD ;
- Facteurs alimentaires aggravants (régimes d'éviction non encadrés, allergies mal documentées).

MOTS-CLÉS :

Dermatite atopique – Enfant – Vitamine D – Croissance –Sénégal

C7- C6 Salle C5-C6

Étude des caractéristiques cliniques et épidémiologiques d'une cohorte de 104 patients diabétiques présentant une hypertension artérielle au centre Diabétologique de la clinique

MAG-I-MAG à MBACKE

Auteur Dr Serigne Mor GAYE

Introduction

L'association hypertension artérielle (HTA) et diabète de type 2 (DT2) aggrave le pronostic cardiovasculaire. Cette étude visait à analyser les particularités épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques de cette comorbidité dans le contexte spécifique de la ville de Touba.

Méthodologie

Nous avons réalisé une étude descriptive portant sur une cohorte de patients diabétiques de type 2 présentant une HTA associée. Les données cliniques, biologiques et thérapeutiques ont été recueillies et analysées pour évaluer le profil des patients et la qualité du contrôle glycémique et tensionnel.

Résultats

L'âge des patients était compris entre 45 et 64 ans dans 71% des cas. Les facteurs de risque prédominants étaient l'obésité androïde (57%), la dyslipidémie (52%) et l'hyper uricémie (53%). À l'inverse, le tabac et l'alcool étaient quasi inexistantes (<3%). Sur le plan clinique, l'HTA de grade 3 était la plus fréquente (45%). Bien que 62% des patients soient sous monothérapie, seuls 17% présentaient une pression artérielle contrôlée lors de la consultation. L'HTA précédait souvent le diagnostic du diabète, illustrant l'antériorité du syndrome métabolique.

Conclusion

L'étude révèle un faible taux de contrôle tensionnel malgré une observance thérapeutique jugée acceptable par certains patients. Cette situation est accentuée par les difficultés financières limitant l'accès aux examens complémentaires et aux traitements. La spécificité locale (Touba) explique la faible prévalence des toxiques. Une prise en charge multidisciplinaire, incluant une baisse des coûts des soins et un renforcement de l'éducation thérapeutique sur la chronicité des pathologies, est indispensable pour réduire la morbi-mortalité cardiovasculaire.

C8 Salle C05-C06

Les dépenses de santé dans le secteur privé : la part du financement directe par les ménages.

MEDINA NDOYE FALL

Introduction!

Dans les pays en développement, la faible capacité financière des ménages contraste avec le poids des dépenses catastrophiques de santé. Ces dernières sont à l'origine de troubles de l'équilibre socio-économique mais aussi, mettent en jeu l'équité et l'accès aux soins aussi bien dans le secteur privé que dans le secteur public. Les politiques et programmes de santé se basent souvent sur des données du secteur public occultant celles du privé. Ces deux secteurs étant complémentaires, nous nous sommes intéressés, dans ce travail, à déterminer la part de la participation financière directe des ménages dans les dépenses de santé au niveau d'une structure privée de Dakar.

Méthodologie!

Nous avons passé en revue les données administratives et financières d'une structure privée de la région de Dakar sur une période de 7 mois. Les Paramètres étudiés étaient!: l'âge du patient, le lien de parenté avec l'assuré, la part à payer par l'organisme social, la part revenant au patient, le type de prestation. Les données du logiciel comptable ont été converties en données Excel. Une analyse univariée, descriptive et analytique a été effectuée par le calcul des moyennes et des écarts type.

Résultats

Six cent vingt et un dossiers de patients ont été étudiés sur une période de 7 mois. La tranche d'âge de 21- 40 ans était la plus représentative. Quarante et un pour cent des ménages n'avait aucune prise en charge contre 10% qui avait une prise en charge partielle. Seul 49 % d'entre eux était couverte par une assurance. En moyenne, la participation directe des populations aux dépenses de santé était de 41.802 Fcfa et 38% de ces dépenses était pour les frais d'hospitalisation et 22% des dépenses étaient liées aux soins obstétricaux.

Conclusion!

La part des ménages dans les dépenses catastrophiques de santé restent encore très élevée. La réduction des charges de paiement direct par les populations doit être une priorité dans l'amélioration de l'accès et de l'équité dans les soins. A partir des données du secteur privé, l'élaboration des politiques et programmes en santé peut être plus homogène, inclusive et pourvoyeur de solutions durables.

Mots Clés!: Dépenses Catastrophiques de Santé – Couverture Maladie Universelle – Santé des Populations- Accès et Equité dans les Soins de santé

C9 Salle C05-C06

Précieuse marche-santé : une approche communautaire pour la prévention et la prise en charge des maladies chroniques.

BA Ibrahima, DIOP Ahmadou Bamba, DIOP Alimatou, SIDIBÉ Adja Korka, NDIAYE Ousmane, DIOP Safiatou, ATHIE Safietou, FALL Edouard Latyr, DIONE Abdou Aziz, DIOP Aïssatou, NOELAKI Samtou Quentin, SECK Serigne Saliou, DIOP Aïssatou, SYLLA Khadidjatou, MANFO Thierry, NDONG Aida,

Introduction

Les maladies chroniques non transmissibles (MCNT), en particulier le diabète et l'hypertension artérielle (HTA), constituent un problème majeur de santé publique, notamment au Sénégal. La Précieuse MARCHE-SANTÉ, organisée par l'association Précieux Care (en collaboration avec le BESS-UIDT), a été initiée pour promouvoir une approche communautaire de prévention et de prise en charge des MCNT, axée sur l'activité physique et l'éducation thérapeutique.

Objectif!

Évaluer l'impact d'une marche-santé communautaire sur la sensibilisation aux MCNT, le dépistage précoce, et l'éducation thérapeutique dans la région de Thiès.

Matériel et méthode!

Nous avons effectué une étude descriptive transversale réalisée lors de la 1ère édition de la Précieuse MARCHE-SANTÉ à Thiès.

Nous avons accueilli 70 individus de tout âge (70 % d'hommes) recrutés sur une base volontaire, incluant enfants, adultes et sujets âgés (>70 ans). L'équipe médicale comprenait 29 professionnels de santé : le départ a été donné à 8h30 à la Place de France avec un parcours sur la Route Nationale. Une séance d'étirements et une pause ont été faites au Lycée Malick Sy avec une arrivée à la Station EDK. La séance d'éducation thérapeutique a été menée de façon interactive avec à l'entame une évaluation des connaissances des participants sur le diabète, l'hypertension artérielle, l'obésité et les facteurs de risque cardiovasculaire. Cette méthode permet d'évaluer le niveau de connaissances des participants, mais aussi de connaître les idées reçues, les fausses informations et croyances néfastes qui seront au centre de notre communication pour une efficacité optimale.

Activités :

- ✍ Éducation thérapeutique sur le diabète, l'HTA, la nutrition et l'activité physique.
- ✍ Dépistage tensionnel (prise de TA systématique).
- ✍ Distribution de supports éducatifs : « Livrets du Sucre et du Sel ».

✍ Sécurité assurée par la Police nationale et deux ambulances médicalisées.

Résultats!

Nous avons enregistré 10 participants (16,6 %) avec des chiffres tensionnels élevés, nécessitant un suivi avec fiches d'automesure.

La séance d'éducation thérapeutique, à travers les interactions de questions-réponses a surtout permis de relever des problèmes majeurs impactant l'observance thérapeutique des patients. Il s'agit entre autres!: du manque d'informations fiables, la grande ampleur des fausses publicités de soins de diabète à travers la médecine traditionnelle, la notion mal comprise de maladie chronique, des insuffisances dans l'éducation des mesures hygiéno-diététiques, ainsi que l'adaptation des recommandations et communication au contexte sénégalais et africain. Cette marche a été l'occasion de lancer la section « Précieux Care Patients », dédiée aux personnes vivant avec des MCNT.

Cette section prévoit :

- ✍ Webinaires éducatifs.
- ✍ Activités physiques régulières.
- ✍ Suivi communautaire et médical.

Profil des participants!:

- ✍ 70 % d'hommes, 30 % de femmes.
- ✍ Forte participation des sujets âgés (>70 ans)!: 25.

Conclusion

La première édition de la Précieuse MARCHÉ-SANTÉ a été un succès, avec une participation significative et un impact immédiat sur le dépistage et la sensibilisation. Elle pose les bases d'un programme annuel de santé communautaire, aligné avec les objectifs de prévention des maladies chroniques au Sénégal.

Mots-clés!: Maladies chroniques non transmissibles, Marche-santé, Éducation thérapeutique, HTA, Diabète.

C10 Salle C05-C06

Acceptabilité et facteurs limitants d'un système de suivi numérique de la santé mobile chez les patients : une étude basée sur l'enquête "Précieux Care Patient" dans les régions de Tambacounda, Thiès et Saint-Louis.

BA Ibrahima, DIOP Ahmadou Bamba, DIOP Alimatou, SIDIBÉ Adja Korka, NDIAYE Ousmane, DIOP Safiatou, ATHIE Safietou, FALL Edouard Latyr, DIONE Abdou Aziz, DIOP Aïssatou, NOELAKI Samtou Quentin, SECK Serigne Saliou, DIOP Aïssatou, SYLLA Khadidjatou, MANFO Thierry, NDONG Aida,

Introduction!

L'essor de la santé mobile (mHealth) dans les pays à revenu faible et intermédiaire constitue une opportunité majeure pour améliorer la continuité des soins, l'observance thérapeutique et la surveillance à distance. Dans ce contexte, l'organisation socio-sanitaire Précieux Care a initié une évaluation de l'acceptabilité d'un système de suivi numérique des patients dans trois régions du Sénégal.

Objectif : Évaluer l'acceptabilité d'un système de suivi numérique de santé mobile (mHealth) et identifier les facteurs limitants à son adoption dans trois régions du Sénégal (Tambacounda, Thiès, Saint-Louis).

Matériels et méthodes

Une enquête transversale a été menée auprès de 1238 patients recrutés lors des activités de terrain de l'organisation Précieux Care. Les données sociodémographiques, la possession d'outils numériques, l'alphabétisation fonctionnelle, l'acceptabilité des modes de communication digitale et les freins perçus ont été analysés. Des analyses corrélationnelles (coefficient phi) ont été réalisées pour explorer les liens entre alphabétisation et acceptabilité.

Résultats

La possession d'un téléphone portable était élevée (90,47 %), dont 68,34 % de smartphones. Toutefois, 58,64 % des patients ne savaient pas lire les SMS. L'intérêt pour un suivi numérique était très élevé (89,42 %) et l'intégration via WhatsApp largement acceptée (91,11 %). L'aisance à recevoir des SMS restait faible (47,50 %), contrairement aux appels vocaux (78,27 %). L'alphabétisation constituait le frein majeur (79 %). Une corrélation forte et significative liait la capacité à lire les SMS et l'aisance à recevoir des rappels écrits.

Conclusion

L'acceptabilité du mHealth est élevée, mais la fracture de l'alphabétisation limite fortement l'usage des outils textuels. Les interventions basées sur l'oralité (appels vocaux) et les plateformes sociales populaires (WhatsApp) apparaissent comme les canaux les mieux adaptés dans les zones étudiées.

Mots clés!: mhealth, santé digitale, Précieux Care, IA médicale, Afrique

C11 Salle C05-C06

Habitudes alimentaires et risques cardiométaboliques dans trois régions du Sénégal : analyse des profils, pratiques nutritionnelles et facteurs de risque au sein d'une cohorte communautaire.

BA Ibrahima¹, DIOP Ahmadou Bamba, DIOP Alimatou, SIDIBE Adja Korka, NDIAYE Ousmane, DIOP Safiatou, ATHIE Safietou, FALL Edouard Latyr, DIONE Abdou Aziz, DIOP Aïssatou, NOELAKI Samtou Quentin, SECK Serigne Saliou, DIOP Aissatou, SYLLA Khadidjatou, MANFO Thierry, NDONG Aida

Introduction!

Les maladies cardiométaboliques (HTA, diabète, dyslipidémie, obésité) représentent un défi majeur de santé publique en Afrique subsaharienne. Le Sénégal n'échappe pas à cette évolution, avec une prévalence croissante de l'hypertension artérielle, estimée entre 28 % et 46 % selon les régions [4], et un diabète en forte progression. Les risques cardiométaboliques comme l'HTA, le diabète, l'asthme ou d'autres conditions chroniques sont aggravés par ces facteurs nutritionnels mais aussi par la sédentarité, l'ajout excessif de sel et la fréquence des aliments préparés à l'extérieur, souvent riches en graisses et en sodium

Objectif : Décrire les habitudes alimentaires et de mode de vie d'une cohorte communautaire issue des régions de Thiès, Tambacounda et Saint-Louis, et analyser leur relation avec la présence de facteurs de risque cardiométabolique (CM).

Matériels et méthodes

Étude transversale descriptive basée sur 523 à 541 observations selon les variables. Les données recueillies concernaient les habitudes alimentaires (repas, fréquence des groupes alimentaires, grignotage, ajout de sel), l'activité physique, la consommation de substances, et la présence de risques cardiométaboliques (HTA, diabète, autres).

Résultats

La cohorte était majoritairement féminine (84,32 %). L'HTA représentait le terrain cardiométabolique le plus fréquent (22,64 %). Les habitudes alimentaires montraient une consommation quotidienne très élevée de céréales et féculents (87,43 %), mais une consommation modérée des légumineuses (50,09 %), des produits animaux (41,03 %) et des légumes/fruits (36,23 %). L'ajout de sel après cuisson était très fréquent (39 % "Toujours"). La consommation d'alcool était nulle et le tabac très faible (0,74 %). Environ 71,16 % des participants déclaraient marcher 30 minutes par jour, mais seulement 2,40 % pratiquaient une activité sportive.

Conclusion

La cohorte étudiée présente un profil alimentaire dominé par les céréales et féculents, une faible consommation de fibres, de légumineuses et de protéines animales, ainsi qu'un usage excessif de sel. Ces facteurs, combinés à une prédominance de l'HTA et une faible activité physique structurée, constituent un terrain propice au développement des risques cardiométaboliques. Des interventions nutritionnelles communautaires ciblées sont indispensables.

Mots clés : Risque cardio-métabolique, habitudes alimentaires, Diabète, hypertension, Précieux care

C12 Salle C05-C06

La responsabilité médicale dans l'utilisation de l'intelligence artificielle (IA) en santé.

ADJOUA Rith Pascal

Résumé

L'utilisation de l'intelligence artificielle (IA) en santé est un sujet complexe, en constante évolution, qui pose entre autres des questions éthiques et juridiques importantes. L'IA, bien qu'elle offre des opportunités considérables pour l'amélioration de la qualité des soins, introduit également des défis en matière de responsabilité, notamment en cas d'erreur ou de dommage. L'IA, en tant qu'outil d'aide à la décision, ne remplace pas le médecin, mais l'assiste.

Le médecin reste responsable de l'interprétation des résultats fournis par l'IA et de la décision finale. Le médecin a le devoir d'informer le patient sur l'utilisation de l'IA et de recueillir son consentement éclairé. Les professionnels de santé doivent se former à l'utilisation de l'IA et maintenir leur expertise pour pouvoir interpréter correctement les résultats et prendre des décisions éclairées. Le médecin a l'obligation de surveiller l'IA, de comprendre son fonctionnement et de pouvoir détecter les erreurs ou les biais potentiels.

C'est une responsabilité partagée avec la responsabilité des concepteurs et des fabricants d'IA du fait des produits défectueux, du fait des risques spécifiques à l'IA et leurs implications médico-légales. Le médecin doit adopter des éléments de bonnes pratiques pour sécuriser l'usage clinique de l'IA.

Mots Clés!: Médecine, Intelligence artificielle, responsabilité

BSIC Leasing

Une idée... devenue un succès

Grâce à une solution clé en main pour
l'acquisition d'équipements
professionnels





Movement that inspires

NEW SPORTAGE



*Photos non contractuelles

Prenez les devants
& Découvrez l'évasion au quotidien



LA SENEGALAISE
DE L'AUTOMOBILE

www.senegalaise-automobile.com

33 849 38 38
77 150 73 69

AutoRent
Louez en toute liberté

Km 2,5 Bd du Centenaire, Dakar / Rond Point Lamine Gueye, Dakar

**NOUVEAU
SHOWROOM**



30 AOÛT
2025

BIO24

9h-14h

DR SETT
FORMATION

Dr Sett



SYMEPS Formation

Gestion des déchets biomédicaux

La gestion des déchets biomédicaux est un enjeu majeur pour la santé publique, la sécurité environnementale et la prévention des infections. Les défis restent nombreux. Dr SETT, en partenariat avec le Syndicat des Médecins Privés, propose une formation pratique et adaptée aux réalités du terrain.

OBJECTIFS

- ✓ Comprendre les risques
- ✓ Connaître les normes au Sénégal
- ✓ Maîtriser le tri, stockage, transport
- ✓ Adopter les bonnes pratiques
- ✓ Découvrir DR SETT
- ✓ Echanges et mise en réseau

CONTENU DE LA FORMATION

LES FONDAMENTAUX

- Introduction à la gestion des DBM
- Cadre réglementaire (OMS, Ministère)

MAÎTRISER LES PRATIQUES CLÉS

- Tri, stockage, conditionnement
- Traitement et d'élimination
- Prévention des risques infectieux

EXPLORER LES SOLUTIONS

- Présentation des outils et services de Dr SETT
- Études de cas et échanges d'expériences



Contact Us
+221 77 450 46 76



DR SETT
12 rue St Michel



UNIVERSITE DES SCIENCES DE LA SANTE DE DAKAR

L'excellence, notre credo.

NOS FILIÈRES

MÉDECINE



PHARMACIE



Conditions d'admission:

Être titulaire d'un baccalauréat scientifique
et équivalent .

Point E, rue Birago Diop x E, Dakar/Sénégal
Tél: (+221) 78 528 85 85 / (+221) 33 859 01 31
E-mail: contact@universitesciencesante.com



Site web: www.usssd.sn





MÉDECINE

PRÉSENTATION GÉNÉRALE

L'Université des Sciences de la Santé de Dakar (USSD) est un établissement privé d'enseignement supérieur créé à l'initiative d'éminents professeurs d'université et de professionnels de la santé (médecins et pharmaciens).

MISSIONS

- la formation initiale et continue ;
- la recherche scientifique et technique ;
- la préparation des étudiant(e)s à l'insertion professionnelle et à l'entrepreneuriat ;
- l'expertise dans le domaine de la santé ;
- le développement de la coopération nationale et internationale ;
- le service à la communauté.



PHARMACIE

ATOUTS

- Située dans un quartier accessible et proche des structures sanitaires,
- Corps professoral de niveau international
- Méthodes pédagogiques innovantes
- Conventions de partenariat avec les plus grands hôpitaux et les officines de pharmacie de Dakar
- Accès informatique généralisé
- Ressources documentaires diversifiées
- Effectifs réduits permettant un encadrement rapproché des étudiants
- Accompagnement sur mesure pour une bonne réinsertion professionnelle
 - Université à vocation internationale.

NOS PROGRAMMES

- Système *LMD* (Licence Master Doctorat)
- Curriculum harmonisé de formation en médecine générale dans l'espace CEDEAO
- Curriculum harmonisé de formation en pharmacie dans l'espace CEDEAO
- Sous la supervision de l'ANAQ-Sup et du CAMES





CBAO

Groupe Attijariwafa bank
Croire en vous



OFFRE PRO-LIB

La solution unique pour gérer et optimiser son activité

- CARTE VISA GOLD
- CBAO NET/MOBILE
- VIREMENTS DIGITAUX GRATUITS
- -50% SUR LES FRAIS DE LOCATION TPE
- CONDITIONS PREFERENTIELLES :
 - CRÉDIT-BAIL
 - ASSURANCE PROFESSIONNELLE



Ensemble, construisons notre fierté africaine !

16

ans d'activités

11

filiales dans
une Holding

03

filiales à
l'international

03

certifications ISO




www.sabluximmobilier.com



Promotion Immobilière - Services Immobiliers - Bâtiments et Travaux Publics

Dakar • Conakry • Abidjan • Ouagadougou

 +221 33 869 40 00

 sablux@sabluxgroup.com

 www.sabluximmobilier.com

Le Fonds de Garantie des Investissements Prioritaires (FONGIP) a été créé par décret n°2013-691 du 17 mai 2013, modifié par le décret n°2014-090 du 03 février 2014, pour contribuer à l'amélioration de l'accès au financement des Petites et Moyennes Entreprises qui représentent 99,8% du tissu économique au Sénégal.

Le FONGIP intervient en complémentarité avec le secteur financier et les autres instruments de l'Etat dans le but de mobiliser des ressources financières publiques et privées destinées au financement des PME en apportant un meilleur confort aux institutions financières. Il constitue dès lors une réponse innovante et adaptée en permettant :

- D'atténuer les risques liés à l'octroi des crédits aux PME par les institutions financières;
- De compléter le dispositif d'intervention des institutions financières en faveur des PME;
- De favoriser la réduction du coût du crédit.

MISSION :

LES MISSIONS DU FONGIP SONT :

- Intervenir dans l'octroi de garantie pour le financement des PME et des porteurs de projet;
- Bonifier les prêts des institutions financières en faveur des PME, des groupements de femmes et de jeunes dans les secteurs porteurs;
- Assurer le conseil et l'assistance technique en faveur des entreprises bénéficiaires de la garantie du fonds;
- Gérer des fonds pour le compte de tiers.

PRODUITS ET SERVICES



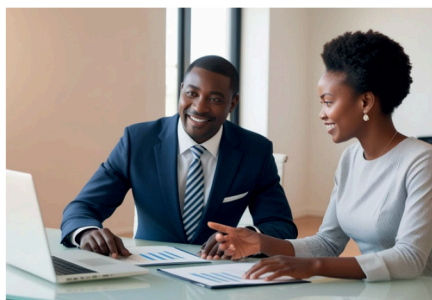
GARANTIE INDIVIDUELLE

OBJET

- Garantie des crédits accordés par les banques aux TPE, pme et grandes entreprises;
- Facilitation de l'accès des entreprise aux crédits à un coût raisonnable;
- Soutenir le développement des entreprises

ELIGIBILITE

- Crédits d'investissement et d'exploitation;
- Avoir son siège au Sénégal;
- Être détenue à 50% au moins par un ou des nationaux



GARANTIE PORTEFEUILLE

OBJET

- Garantie des crédits accordés par les banques aux micro entreprises sollicitant des crédits moins élevés;
- Facilitation de l'accès des entreprise aux crédits à un coût raisonnable;
- Soutenir le développement des micro entreprises

ELIGIBILTE

- Crédits d'investissement et d'exploitation;
- Avoir son siège au sénégal;
- Être détenue à 50% au moins par un ou des ressortissants sénégalais; (si c'est une personne morale);
- Être immatriculée au rccm et disposer d'un ninea



REFINANCEMENT

OBJET

- Bonifier les taux d'intérêt appliqués par les sfd;
- Permettre aux sfd de disposer de ressources suffisantes pour financer leurs clients;
- Etendre les services du FONGIP dans les zones rurales dépourvues de banque commerciales;
- Permettre aux agents économiques aux besoins financiers faibles d'accéder aux crédits

ELIGIBILITE

- Tous les sfd installés au Sénégal et qui ont une autorisation d'exercer des activités d'octroi de crédits

10, Avenue Nelson Mandela, BP 64 848

Dakar/Sénégal

(+221) 33 859 19 19,

courrier. fongip@fongip.sn



www.fongip.sn



C13 Salle C05 – C06

Prévention et résolution des problèmes médico-judiciaires.

ADJOUA Rith Pascal

Résumé

L'exercice de la médecine doit tenir compte d'un certain nombre de règles de bonne pratique médicale. Malgré toute la formation et les compétences des professionnels de santé, malgré l'infrastructure, l'équipement et le matériel mis à disposition par la structure de santé, malgré les conditions d'exercice adéquates avec les règles d'éthique et de déontologie ; malgré la relation patient/malade/administration, la courtoisie et la politesse dans la

collaboration ; le personnel médical et paramédical risque pourtant des mécontentements, des réclamations, des plaintes, des conflits.

Cela peut entraîner un engagement du professionnel de santé vers des problèmes médico-judiciaires. Il est nécessaire de prendre des mesures afin de les prévenir. Le professionnel de santé doit pratiquer son art en tenant compte des aspects médico-judiciaires en quatre points : l'établissement de la preuve des actes et des actions qui ont été posés et qui ont été réalisés effectivement par le professionnel de santé et son équipe au profit du patient ; la rédaction des documents médico-légaux ; l'assistance en poursuite judiciaire et les Modes Alternatifs de Règlements des Conflits (MARC) pour le règlement extra-judiciaire d'un éventuel conflit.

Ensuite, l'établissement de santé, la clinique ou l'hôpital doit prévoir la mise en place d'un programme de Gestion des Réclamations pour la prévention des conflits et une convention de Médiation en Santé. Cela peut être un avantage pour le personnel de santé ainsi que pour l'établissement de santé de s'attacher les services d'un cabinet de Médiation afin de compléter la démarche qualité avec la connaissance des difficultés managériales, le maintien de la cohésion du personnel et une garantie d'une collaboration sereine entre les acteurs de la structure de santé.

Mots Clés : Prévention, Problèmes médico-judiciaires, Médiation

C14 Salle C05-C06

Wommat.

FALL ABDOULAYE

Introduction

Le développement accéléré du numérique au Sénégal transforme progressivement l'accès aux services essentiels, notamment dans le secteur de la santé. Malgré une forte pénétration du mobile et d'Internet, le parcours de soins demeure long, coûteux et fragmenté. Les patients éprouvent des difficultés à obtenir un rendez-vous, à trouver une structure disponible, à localiser une pharmacie de garde ou à anticiper les perturbations liées aux grèves. Cette faible coordination entraîne des déplacements répétés, une perte de temps importante et une surcharge des services sanitaires. Pour répondre à ces défis, *Wommat* propose une plateforme mobile regroupant télé-information, télé-rendez-vous, gestion des files d'attente, suivi des résultats, télépaiement, chat sécurisé et recherche rapide des organisations de santé et de leurs services en temps réel. L'objectif est d'améliorer l'accès aux soins, réduire les déplacements inutiles et renforcer l'efficacité du système sanitaire, minimiser les coûts de la santé liés aux déplacements.

Méthode

La méthodologie adoptée comprend :

- ! La création d'un chat sécurisé, permettant l'envoi de textes, photos et messages audio pour faciliter la communication entre patients et services ;
- ! La mise en place d'un moteur de recherche instantanée des organisations de santé (hôpitaux, cliniques, laboratoires, cabinets, pharmacies) ;

La mise à disposition d'un tableau indiquant en temps réel les services disponibles : consultations, examens, perturbations, horaires, files d'attente.

Pour les populations, l'utilisation nécessite simplement un smartphone et des données mobiles. Pour les structures, l'intégration repose sur une convention, un smartphone par service et une connexion Internet. Une stratégie de proximité, appuyée par des kiosques communautaires, garantit l'accompagnement des usagers et une appropriation rapide.

Résultats

L'application améliore significativement le parcours de soins grâce à un accès clair et immédiat aux informations essentielles : disponibilité des services, horaires, fermetures, grèves et files d'attente. Le télé-rendez-vous réduit les déplacements, limite les oublis et fluidifie l'accueil grâce aux rappels automatiques.

Le chat sécurisé permet aux patients de communiquer directement avec les services, d'envoyer des documents, des images ou des messages vocaux pour obtenir rapidement une orientation.

La fonctionnalité de recherche rapide offre une visibilité instantanée sur les structures proches, leurs services disponibles, leurs examens réalisables et leurs horaires mis à jour.

Le suivi des résultats d'examens et les notifications en cas de reprise évitent des allers-retours inutiles. L'accès aux pharmacies de garde et aux prix des médicaments sécurise et accélère la prise en charge. Le télépaiement réduit la congestion et améliore l'organisation interne grâce à un tableau de bord dédié aux structures de santé. Globalement, l'application réduit les coûts, améliore l'efficacité des soins et augmente la satisfaction des usagers.

Conclusion

Wommat constitue une solution digitale complète et adaptée au contexte sénégalais. En centralisant les informations, en facilitant les échanges via un chat sécurisé, en rendant visibles les services disponibles en temps réel et en simplifiant la prise de rendez-vous, elle réduit les déplacements, optimise le temps des patients et modernise l'organisation des structures. Accessible et pratique, l'application contribue à renforcer l'équité, l'efficacité et la fluidité

du système de santé.

C15 Salle C05-C06

Devenir des médecins formés au Bénin de 1986 à 2019.

FassinouJG, AholouMR, AdjallaC, Azanmasso H ,MousseL, Sohinto J, Adégnindin A

Introduction

La formation médicale au Bénin a été caractérisée par un recrutement systématique des médecins formés dans la fonction publique jusqu'en 1986, année du gel de ce recrutement. Dès lors, les médecins formés devaient faire face aux défis d'insertion socio-professionnelle avec une probable orientation vers l'exercice en clientèle privée, une confrontation avec les réalités de l'exercice libéral notamment la difficulté d'insertion, l'insuffisance d'absorption des médecins formés issus des écoles de médecine, une rémunération précaire, le chômage des médecins, la faible résilience du secteur sanitaire privé... Cette étude a été initiée dans l'optique de déterminer quel est le devenir des médecins formés durant cette période.

Objectif principal!

Etudier le devenir des médecins béninois formés au Bénin à partir de 1986

Sujets et méthodes!

Nous avons réalisé un sondage avec une collecte par Google Forms. Il s'agit d'une étude prospective analytique avec collecte transversale allant du 07 septembre 2020 au 05 décembre 2020 qui regroupe les médecins diplômés d'état généralistes et spécialistes formés au Bénin de 1986 à 2019 exerçant ou non au Bénin et qui ont accepté participer à l'étude. L'anonymat et la confidentialité étaient respectés

Résultats!

Quatre cent soixante-quatorze (474) sujets étaient inclus dans notre série avec la tranche d'âge de 30 à 39 ans la plus représentée. Les sujets de l'étude étaient des médecins généralistes (40,7%) et spécialistes (36,3%)!; ils étaient formés à la faculté des Sciences de la Santé (56,5%), à la faculté de médecine de Parakou (33,5%), et diplômés d'état de 1986 à 2019 avec une durée de formation de base de sept (07) années (59,7%) et plus de dix ans (9,3%). Le financement de la formation médicale de base était assuré par une bourse de l'état (42,6%), un financement de la famille (49,4%), l'aide d'institution (4,4%). L'option des médecins de l'étude après l'obtention de leurs diplômes de doctorat d'état était l'entrée en spécialisation (48,5%), débiter une carrière professionnelle dans le pays (47%), exercer à l'étranger (3,4%). L'opportunité offerte était une prestation dans le secteur privé (78,9%), l'entrée dans la fonction publique (19,2%), l'entrée en spécialisation (41,1%) et l'installation en

clientèle privée (16,9%). L'opportunité saisie était la prestation dans le secteur sanitaire privé (46,8%), l'entrée en spécialisation (30%), l'entrée dans la fonction publique (13,1% sur 23,6% ayant participé au concours de recrutement dans la fonction publique), l'installation en clientèle privée (10%)!; la majorité étant accueillie par le secteur sanitaire privé (75,2%). Pour ce qui concerne les études de spécialisation, le financement était assuré par une bourse de l'état (15,43%), un autofinancement (69,44%). 52,6% des médecins avaient débuté les études de spécialisation dans les deux premières années après l'obtention de leur diplôme de doctorat d'état et un agent de l'état sur deux (49%) y était allé hors le plan de formation. Pour le lieu d'exercice, la majorité des médecins de l'étude exerçaient leur profession au Bénin (88,4%), dans le milieu urbain (73,2%) au Sud du pays (61,8) et dans le secteur privé (63,1%)!; une faible proportion des médecins de l'étude était à l'étranger (9,3%). Pour les médecins qui étaient à l'étranger, les principales raisons évoquées étaient d'ordre académique (DFMS, DFMSA, FFI, DIU...), liées aux difficultés d'insertion socioprofessionnelle et les mauvaises conditions de vie et de travail au Bénin, à l'insuffisance de plateau technique, à la recherche de mieux être mais aussi d'ordre familial.

Conclusion

Le gel du recrutement systématique dans la fonction publique au Bénin en 1986 a occasionné l'insertion des médecins formés au Bénin dans le secteur sanitaire privé qui constitue à ce jour le principal marché d'absorption de la corporation médicale avec une forte concentration dans le milieu urbain. Malgré l'octroi de la bourse de l'état, les familles occupent une place de choix dans le financement tant de la formation médicale de base que celle de spécialisation. Une forte proportion des médecins de l'étude travaillent exerce au Bénin notamment dans les services d'urgence.

C16 Salle C05-C06

Regard croisé des médecins sur l'exercice de la profession médicale au Bénin.

Fassinou JG, Aholou MR, Adjalla C, Azanmasso H, Mousse L, Sohinto J, Adégnindin A

Introduction

L'exercice de la profession médicale au Bénin est confronté depuis le gel du recrutement systématique dans la fonction publique en 1986, à des difficultés d'insertion socio professionnelle, une insuffisance d'absorption des médecins formés dans les écoles de médecine, une rémunération précaire, le chômage et le sous-emploi des médecins, une faible résilience du secteur sanitaire privé longtemps resté sans régulation...Ce sombre tableau qui caractérise la corporation médicale contraste cependant avec le manque criard de personnels qualifié observé dans le secteur sanitaire au Bénin. Les différents efforts des gouvernants dans le temps notamment les recrutements saisonniers des médecins n'ont pas pu pallier à ces phénomènes. C'est dans

ce contexte qu'intervient en 2018 les réformes du gouvernement dans le secteur de la santé avec l'imposition du choix de travailler dans le public ou le privé, l'institution d'une autorisation d'exercice en clientèle privée payante, l'augmentation des frais du dossier d'ouverture des formations sanitaires privées sans oublier la bataille médiatique inhérente.

C'est ce qui justifie cette étude que le Syndicat autonome des médecins du Bénin a initié

Objectif principal!:

Apprécier le regard des médecins sur l'exercice de leur profession en vue d'identifier les leviers de sa revalorisation

Sujets et méthodes!:

Nous avons réalisé un sondage avec une collecte par Google Forms. Il s'agit d'une étude prospective analytique avec collecte transversale allant du 16 Janvier 2020 au 19 Mai 2020 et regroupe tous les médecins diplômés d'état généralistes et spécialistes exerçant ou ayant exercés au Bénin et qui ont accepté participer à l'étude. L'anonymat et la confidentialité étaient respectés

Résultats!:

Trois cent quatre-vingt-dix (390) sujets étaient inclus dans notre série dont 72,1% étaient de sexe masculin!; la tranche d'âge de 30 à 40 était la plus fréquente (56,7%). L'exercice en milieu urbain surtout au Sud du pays était le plus représenté notamment dans les départements du littoral (22,33%), de l'Atlantique (19,42%) et de l'Ouémé (12,62%). 57,2% des sujets étaient médecins généralistes avec une expérience professionnelle de moins de 10 ans (85,4%)!et travaillent plus dans le secteur privé (71,5%) où ils sont majoritairement des prestataires de service (95,7%) et n'avaient pas d'autre choix (56,4%) selon le motif d'exercice dans le secteur privé. 59,7% des médecins étaient sortis de l'école de médecine au bout de sept années de formation et la première année après la sortie de l'école de formation était marquée par un chômage avec 20% des médecins embauchés dans le premier mois!; 28,88% après un délai d'un (01) an et 15,9% seulement avaient la possibilité d'entrée dans la fonction publique. En ce qui concerne les conditions d'exercice 79,5% n'étaient pas satisfaites, 62% rapportent un plateau technique non satisfaisant, avec un nombre insuffisant de personnel qualifié (58,1%), une rémunération non satisfaisante (77,2%). Pour cette rémunération, 80,4% des médecins généralistes avaient un revenu initial de!moins de 250 milles contre 54,75% au moment de l'enquête alors que 55,94% des médecins spécialistes avaient un revenu initial de!moins de 300 milles contre 18,46% au moment de l'enquête (grâce aux mesures de l'uniformisation des salaires dans le public pour les spécialistes). Malgré ces conditions de travail, 52,8% des médecins étaient fiers de leur profession et étaient prêts à la rejoindre à nouveau (56%) mais seulement 25,6 % recommanderaient la profession à leur descendance et 30,5% étaient prêts à rester au pays. Pour ce qui concerne la vie ordinale et associative, 95,1% des

médecins étaient inscrits à l'ordre des médecins avec 63.3% à jour de sa cotisation!; 46,9% des médecins militaient dans un syndicat.

Conclusion

Plusieurs déterminants caractérisent l'exercice de la profession médicale au Bénin notamment la forte concentration des médecins en milieu urbain et dans le secteur sanitaire privé, le chômage avec un long délai d'embauche, les conditions précaires de vie et de travail...Nonobstant ces facteurs, les médecins sont fières de leur profession mais très peu sont prêts à recommander la profession à leur descendance avec une grande majorité qui ne désirent plus exercer au pays. Cette étude soulève des leviers sur lesquels il convient d'agir pour une amélioration des conditions de vie et de travail des médecins au Bénin en vue de prévenir le phénomène d'exode massif des médecins vers l'occident ou d'autres pays

C17 Salle C05-C06

Intégration et valorisation de la médecine du travail dans les structures privées de santé au Sénégal.

Oumou Kalsoum SECK

Introduction

Les structures privées de santé occupent une place croissante dans le système sanitaire sénégalais et contribuent fortement à l'offre de soins. Les soignants y sont exposés à des risques biologiques, chimiques et psychosociaux similaires à ceux du secteur public. La santé et la sécurité des travailleurs déterminent directement la qualité des soins, la performance des établissements et la confiance des usagers.

Dans cette perspective, la souveraineté sanitaire dépasse l'accès aux médicaments et aux infrastructures : elle repose aussi sur la capacité nationale à protéger ses soignants et à instaurer une culture durable de prévention. Or, les initiatives de santé et sécurité au travail, malgré des ambitions affichées, n'ont pas encore généré de résultats probants. Leur mise en œuvre reste partielle et insuffisamment coordonnée avec les dispositifs existants du Ministère de la Santé et de l'Action social

Méthodes

Cette communication s'appuie sur une révision bibliographique avec une analyse documentaire des politiques nationales de santé et sécurité au travail, confrontée à des références internationales. Le cas du Brésil illustre, avec la Norme NR 32, l'efficacité d'une réglementation spécifique ayant réduit de 25 % les accidents biologiques grâce à la formation et à la prévention. Les instruments normatifs de l'OIT (Convention n°161, Recommandation n°171) rappellent l'obligation d'intégrer des services de santé au travail dans toutes les entreprises. Enfin, les directives de l'OMS soulignent que la protection

C19 Salle C12 – B12

Aspects épidémiologiques cliniques diagnostiques thérapeutiques et évolutifs des douleurs thoraciques non traumatiques au service d'accueil des urgences de la Clinique De l'amitié.

Ndong Serigne Bassirou, Gaye I., Diallo A., Ndiaye M., Dieye A., Thioub D., Traoré M.M.

Introduction

La douleur thoracique non traumatique (DTNT) constitue un motif fréquent de consultation aux urgences, représentant un enjeu diagnostique majeur en raison de la diversité de ses étiologies, allant des pathologies bénignes aux urgences vitales telles que les syndromes coronariens aigus, les embolies pulmonaires ou les dissections aortiques. Dans les pays à ressources limitées, ces difficultés sont amplifiées par l'insuffisance du plateau technique et l'accès limité à certains examens spécialisés, rendant l'évaluation clinique plus complexe. Cette étude visait à décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutives des patients présentant une DTNT au service d'accueil des urgences (SAU) de la Clinique de l'Amitié à Dakar.

Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive menée sur une période de douze mois, du 1er janvier au 31 décembre 2023. Ont été inclus tous les patients adultes hospitalisés pour DTNT avec un dossier complet et exploitable. Les données sociodémographiques, cliniques, paracliniques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutives ont été recueillies à partir des dossiers médicaux, puis analysées à l'aide du logiciel SPSS version 25.

Résultats

Parmi les 9600 consultations d'urgences enregistrées durant la période d'étude, 169 concernaient une douleur thoracique, soit une fréquence de 1,7 %. Sur ces cas, 49 patients répondaient aux critères d'inclusion. L'âge moyen était de $51,2 \pm 19,5$ ans (19–92 ans), avec une prédominance de la tranche 41–60 ans (37 %). Les femmes représentaient 65 % des patients. L'hypertension artérielle et la sédentarité étaient les principaux facteurs de risque, chacun présent dans 39 % des cas.

Cliniquement, la douleur était majoritairement d'apparition de novo (88 %), survenant à l'effort (79,6 %), de siège précordial (31 %) et à type de coup de poignard (56 %). Les irradiations dorsales étaient les plus fréquentes (59 %). La dyspnée constituait le principal signe associé (57 %). Sur le plan paraclinique, 73 % des radiographies thoraciques étaient anormales et 87 % des angioscanners thoraciques révélaient une pathologie, notamment des pneumopathies (34 %) ou des embolies pulmonaires (35 %). L'ECG était

aux structures publiques. Le développement de plateaux techniques interventionnels dans le secteur privé médical permet désormais une prise en charge plus rapide et plus accessible des urgences coronariennes. L'objectif de ce travail était de décrire le bilan d'activités de la salle de coronarographie d'une clinique privée de Dakar sur une période d'un an, en analysant les principales indications, les profils cliniques des patients et les modalités de prise en charge financière.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive sur douze mois, menée du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2024, incluant tous les patients ayant bénéficié d'une coronarographie ou d'une angioplastie à la Clinique Cardio de Dakar. Les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux et des registres de la salle de coronarographie. Les variables étudiées concernaient les caractéristiques sociodémographiques, les indications de la coronarographie, les résultats angiographiques et les modalités de financement des soins. Les données ont été analysées de manière descriptive.

Résultats

Au total, 275 coronarographies ont été réalisées durant la période d'étude. L'âge moyen des patients était de 59 ± 12 ans. La tranche d'âge la plus représentée est celle de 55-64 ans. On note une prédominance masculine (69 %). La plupart des patients (78,26%) était référée vers la clinique notamment par une structure médicale d'urgence. L'hypertension artérielle était le facteur de risque cardio-vasculaire dominant (39,47%) suivi du diabète 34,21% et du tabagisme 28,95%. Les principales indications de la coronarographie étaient les syndromes coronariens aigus (49 %), suivis de l'angor stable documenté (22 %), des ischémies myocardiques silencieuses ou tests non invasifs positifs (11 %) et d'autres indications (18%). Parmi les patients pris en charge pour SCA, les SCA sans sus-décalage du segment ST représentaient 62 % des cas, contre 38 % pour les SCA avec sus-décalage du segment ST. Une lésion coronaire significative était retrouvée chez 72 % des patients. L'IVA était la principale artère concernée. Concernant la prise en charge financière, 54 % des patients bénéficiaient d'une couverture médicale, tandis que 46 % finançaient directement leurs soins.

Conclusion

Cette étude montre une activité soutenue de la salle de coronarographie d'une clinique privée de Dakar, dominée par la prise en charge des syndromes coronariens aigus. Les cliniques privées spécialisées contribuent significativement à l'amélioration de l'accès aux soins cardiovasculaires au Sénégal. Le renforcement de la couverture financière des patients demeure un enjeu majeur pour optimiser la prise en charge des urgences coronariennes.

Mots clés!: Coronarographie, SCA, Clinique Cardio, Dakar

pronostic à long terme. L'évaluation du statut nutritionnel par l'IMC seul n'est pas suffisante pour déterminer la composition corporelle.

Mots clés : Composition corporelle, Diabète, Enfants, Adolescents, Abass Ndao

C3 Salle C12 – B12

Retard pubertaire chez les adolescents drépanocytaires suivis au service de pédiatrie de l'Hôpital Abass Ndao (Dakar).

Djibril Boiro, Moussa Djiby, Amadou Sow, Aminata Mbaye

Introduction

La drépanocytose est une maladie génétique chronique qui perturbe significativement la croissance et le développement pubertaire des adolescents, notamment via des mécanismes d'hypoxie, d'inflammation chronique et de malnutrition affectant l'axe hypothalamo-hypophysogonadique (HPG). Cette étude vise à déterminer la prévalence et les facteurs associés du retard pubertaire chez les adolescents drépanocytaires suivis à Dakar, dans un contexte de forte prévalence mais de données locales limitées.

Patients et méthodes

Nous avons mené une étude transversale descriptive sur une période de sept mois (avril à octobre 2025) au Centre Hospitalier Abass Ndao de Dakar. L'étude a inclus 35 adolescents drépanocytaires (phénotypes SS ou SC), âgés de 13 à 18 ans pour les filles et de 14 à 18 ans pour les garçons, suivis régulièrement. Les données sociodémographiques, cliniques, anthropométriques et pubertaires (classification de Tanner) ont été recueillies à partir des dossiers médicaux et d'un examen physique. L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel R.

Résultats

La prévalence globale du retard pubertaire dans notre cohorte était de 31,4% (11/35). Une disparité sexuelle très marquée a été observée : les garçons constituaient 90,9% (10/11) des cas de retard. L'analyse a révélé une association statistiquement significative entre le retard pubertaire et le sexe masculin ($p=0,043$) ainsi que les antécédents d'hospitalisation ($p=0,0131$). Aucune association significative n'a été trouvée avec le niveau socioéconomique, la consanguinité, le nombre de crises ou des signes cliniques spécifiques. Un retard de croissance a été noté chez 28,6% des patients.

réalisé dans 89 % des cas et anormal dans 56,8 %. La troponine était positive dans 93,7 % des tests réalisés.

Le diagnostic le plus fréquent était la pneumopathie (39 %), suivie de l'embolie pulmonaire et du syndrome coronarien aigu (16 % chacun). Sur le plan thérapeutique, les antalgiques (98 %), les anticoagulants (75 %) et l'oxygénothérapie (43 %) ont constitué les principaux traitements administrés. L'évolution était favorable dans 94 % des cas. Deux décès (4 %) ont été enregistrés, liés à un choc cardiogénique et à une fibrillation atriale compliquée.

Conclusion

Cette étude met en évidence la diversité étiologique des DTNT au SAU de la Clinique de l'Amitié, avec une prédominance des étiologies respiratoires et thromboemboliques. Les difficultés diagnostiques sont exacerbées par l'absence de plateau technique complet, notamment l'indisponibilité de la coronarographie. Le renforcement du plateau technique, la formation continue du personnel et l'amélioration de la prise en charge pré hospitalière sont essentiels pour optimiser le pronostic de ces patients.

Mots clés : Douleur thoracique non traumatique, Urgences, Diagnostic

C20 Salle C12 – B12

Achalasie de l'œsophage : comparaison entre la myotomie perorale endoscopique (POEM) et la dilatation pneumatique à l'Hôpital Principal de Dakar, Sénégal.

Sow Abdoul, Diagne CN, Touré O, Bamé NF, Ndiaye Y, Diédhiou AE, Ndiaye B, Coron E, Rahmi G, Diallo I

L'achalasie est une absence de péristaltisme sur le corps de l'œsophage associée à un défaut de relaxation du sphincter inférieur (SIO) en réponse à la déglutition. En l'absence de manométrie, le diagnostic repose sur la clinique, l'endoscopie digestive haute et le transit baryté. Le but de notre étude était de décrire ses aspects cliniques, para-cliniques, thérapeutiques en comparant l'efficacité entre la myotomie per-orale endoscopique (POEM) et la dilatation pneumatique.

Malades et méthode!

Il s'agit d'une étude rétrospective, longitudinale, descriptive et analytique allant du 01 Mars 2022 au 31 Mai 2024. Elle a intéressé tous les patients suivis en ambulatoire et/ou recrutés lors des missions humanitaires SENENDO et qui présentaient une achalasie.

Résultats!

Nous avons colligé 30 patients avec un âge moyen de 41 ans (extrêmes de 17 et 74ans), et une sex-ratio de 0,66 (13 hommes, 17 femmes). La dysphagie mécanique était le symptôme majeur (93,55%) associée à une perte de poids qui était supérieur à 5 kg dans 54,85%. Tous nos patients avaient un score d'ECKARDT au stade 3. La dilatation œsophagienne était présente à la FOGD dans 87,1%, avec un ressaut au passage du cardia chez 67,7% des patients. Cette dilatation œsophagienne était retrouvée au TOGD chez 87,1% patients avec un aspect en bec d'oiseau dans 45,16% des cas et en chaussette dans 25,81%. Trois patients ont bénéficié d'une manométrie œsophagienne, confirmant le diagnostic dans tous les cas. Le traitement était une myotomie per-endoscopique orale (POEM) chez 19 patients (63,3%) et une dilatation pneumatique dans 14 cas (36,7%). Le résultat était identique quelle que soit la technique utilisée, avec une nette amélioration des symptômes, avec un score d'ECKARDT, qui est passé du stade 3 au stade 0 (60%) ou stade 1 (36,66%) 1 mois après traitement, et à 6 mois.

Conclusion!

Dans notre contexte où la manométrie n'est pas disponible, le diagnostic de l'achalasie suspecté devant une dysphagie, peut être orienté par l'endoscopie digestive haute et le transit oeso-gastroduodéal. La dilatation pneumatique, d'apprentissage facile, et de réalisation aisée, est un bon moyen thérapeutique en Afrique, avec des résultats identiques à la myotomie endoscopique dans le court terme.

Mots clés!: Achalasie, POEM, dilatation, manométrie, Sénégal

C21 Salle C12 – B12

La cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE) à l'Hôpital Principal de Dakar : indications et résultats.

Sow Abdoul, Guèye MN, Touré O, Bamé NF, Ndiaye Y, Diédhiou AE, Ndiaye B, Diallo I

La CPRE est une technique d'endoscopie digestive interventionnelle permettant une prise en charge de pathologies biliaires ou pancréatiques, sans recourir à la chirurgie. Elle est réalisée depuis peu au Sénégal à l'Hôpital Principal de Dakar. Nous rapportons les indications et les résultats de la première série de patients ayant bénéficié d'une CPRE dans notre structure.

Malades et méthode

Il s'agissait d'une étude prospective descriptive sur 15 mois s'étalant du 1er janvier 2024 au 31 mars 2025, incluant tous les patients ayant bénéficié d'une CPRE.

Résultats

Nous avons inclus 114 patients. L'âge moyen était de 54,4 ans avec des extrêmes de 23 et 86 ans. Le sex-ratio était de 0,73 (48 hommes, 66 femmes). Les indications de la CPRE étaient dominées par une obstruction lithiasique de la voie biliaire (40%), une sténose tumorale liée à une tumeur de la tête du pancréas (26,3%) ou à secondaire à un cholangiocarcinome (14%). Une angiocholite aiguë représentait 7% des indications. L'examen n'a pu être réalisé chez 8 patients (7%), devant un envahissement duodénal empêchant le passage du duodénolescope. Ainsi, 106 patients (93%) ont bénéficié d'une CPRE. Le taux de succès technique du geste était de 89,6%. L'accès à la voie biliaire était fait par sphinctérotomie dans 68,8% des cas, par infundibulotomie chez 12,2% des patients, sur une papille déjà sphinctérotomisée dans 17,8% des cas, et par voie cholédoco-bulbaire échoendoscopique dans un cas. Le taux de réussite pour le traitement de la lithiase était de 95,6%. Pour les sténoses tumorales, le succès du drainage par la mise en place d'une prothèse biliaire métallique couverte ou d'une prothèse plastique était de 78,2%. Nous avons noté des complications chez 3 patients (2,8%), deux cas de pancréatite aiguë bénigne, et une hémorragie post-CPRE, avec une évolution favorable.

Conclusion

Les indications de la CPRE sont dominées par les pathologies tumorales et lithiasiques. Les patients sont souvent reçus à un stade avancé dans les sténoses tumorales, rendant l'accès à la papille duodénale très difficile. L'échoendoscopie thérapeutique, non encore disponible, dans notre structure pourrait permettre d'avoir un meilleur taux de succès de drainage biliaire.

Mots-clés : CPRE – Drainage biliaire – Hôpital Principal de Dakar.

C22 Salle C12 – B12

Les troubles fonctionnels intestinaux chez les étudiants de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar.

Fall Marième Polèle, Diallo S, Sarr M, Gueye MN, Cissé CK, Basséne ML, Dia D

Introduction

Malgré leur fréquence élevée et leur impact reconnu, les troubles fonctionnels intestinaux (TFI) restent peu étudiés chez les étudiants africains, notamment au Sénégal. L'objectif de notre étude était de décrire les TFI chez les étudiants de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar (UCAD).

PATIENTS ET METHODE : Etude prospective, transversale et descriptive menée au service médical des étudiants du centre des œuvres universitaires de Dakar du 25 novembre au 10 décembre 2024. Ont été inclus les étudiants âgés de 18 ans et plus, répondant aux critères de ROME IV des TFI.

Résultats

La prévalence des TFI était de 6,3 %. L'âge moyen était de 23,4 ans et la sex-ratio de 0,74. Le SII représentait 48,7 % des cas de TFI, dominé par le sous-type SII-C (27,3 %). Selon le score de Francis, 38,4 % des étudiants présentaient une forme minime de SII et 11 % une forme sévère. Les autres types de TFI étaient la constipation fonctionnelle (24,7 %), le ballonnement / distension abdominal fonctionnel (13,3 %), la diarrhée fonctionnelle (10 %) et les TFI non spécifiés (3,3 %). Sur le plan psychologique, 39,3 % des étudiants présentaient un état anxieux certain et 62 % une dépression certaine. Un traitement antispasmodique était prescrit dans 60 % des cas.

Conclusion

Les TFI sont fréquents chez les étudiants de l'UCAD, dominés par le SII. Ils sont souvent associés à l'anxiété et la dépression, d'où l'importance d'intégrer la prise en charge des facteurs psychosociaux dans la stratégie thérapeutique.

Mots clés : troubles fonctionnels intestinaux, syndrome de l'intestin irritable, critères de Rome IV, étudiants

C23 Salle C12 – B12

Le laser CO₂ au Sénégal : évaluation des indications en dermatologie interventionnelle libérale.

FAKHANI Lamiaa, H. HAKIM, B. A. Diatta

Objectifs

Cette étude visait à évaluer la demande en laser CO₂ dans un contexte de dermatologie libérale, analyser les caractéristiques épidémiologiques des patients, identifier les principales indications, apprécier l'efficacité et la tolérance du traitement, et élaborer une fiche d'information spécifique au laser CO₂ ablatif.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude descriptive, analytique et transversale avec un recrutement prospectif menée sur une période de six mois (25 mai au 25 novembre 2024) au Cabinet de Dermatologie du Dr Hadi Hakim. Ont été inclus tous les patients ayant bénéficié d'un traitement par laser CO₂ au cours de cette période.

Résultats

Nous avons inclus 223 patients soit une prévalence de 4,48%. L'âge moyen était de 40,18 ans (extrêmes : 4 à 82 ans), et le sex-ratio : 0,9. Les

nationalités sénégalaise et libanaise étaient les plus représentées (24,66%). Les phototypes clairs constituaient 59,19% de la population.

Les principales indications du laser CO₂ étaient les tumeurs bénignes (82,96%), suivies des atteintes à retentissement psychologique (4,48%), des cicatrices (3,14%), des vergetures, de la laxité et de la sécheresse vaginales, ainsi que de cas de resurfaçage cutané, de xanthélasma ou de lichen hypertrophique. Treize patients (5,83%) présentaient des indications multiples, associant souvent lésions cutanées et impact esthétique ou psychologique. Quatorze indications inhabituelles ont également été recensées : masses cutanées, érythème, tuméfactions, frein lingual, maladie de Crohn et folliculite fibrosante.

Les antécédents médicaux incluaient des cas isolés de neurofibromatose de type 1, de sclérose tubéreuse de Bourneville, de dermatoses photo-aggravées, de troubles thyroïdiens (3,14%), de diabète (2,69%), de troubles de la coagulation (1,79%) et divers antécédents chirurgicaux. Une virose tumorale à HPV a été diagnostiquée chez 30,50% des patients, sous forme de verrues vulgaires (49,37%) ou de condylomes génitaux (43,04%).

Concernant les modalités techniques, le laser CO₂ ablatif pulsé a été le plus utilisé (51,57%), suivi du mode ablatif continu (40,81%), du fractionné (4,93%) et du fractionné vaginal (1,79%). Une seule séance a suffi dans 81,61% des cas, avec une durée inférieure à 5 minutes pour 64,57% d'entre eux. Les coûts variaient considérablement, de la gratuité à plus de 60000 FCFA.

L'évolution a été très satisfaisante dans la majorité des cas avec une amélioration clinique constatée chez 43,5% des patients. Les récurrences (1,79%) et les apparitions de nouvelles lésions (2,24%) étaient exceptionnelles. Il convient de noter que 46,64% des patients ont été perdus de vue. Des effets indésirables ont été observés dans 7,17% des cas.

Conclusion

Le laser CO₂ s'affirme comme un outil thérapeutique et esthétique largement utilisé en dermatologie libérale, avec une prévalence de recours significative (4,48%). Les patients présentent une grande diversité de profils socio-épidémiologiques et de phototypes. Les indications sont multiples, et les résultats observés en termes d'efficacité et de tolérance sont globalement satisfaisants. Une fiche d'information a été élaborée afin d'encadrer cette pratique, en précisant les bénéfices attendus, les limites thérapeutiques et les précautions d'usage nécessaires.

Mots-clés : Laser CO₂ ; Indications thérapeutiques ; Dermatologie ; Sénégal

C24 Salle C12 - B12

Les étiologies des mycoses cutanées superficielles : étude clinique et microbiologique portant sur 364 prélèvements mycologiques sur une période de 24 mois.

KADDACHI Rania, H. HAKIM, T. Siby, B. A. Diatta

Introduction

L'objectif général de cette étude était de déterminer le profil mycologique des mycoses cutanées superficielles diagnostiquées dans un laboratoire libéral. Les objectifs spécifiques étaient d'analyser le profil épidémiologique des patients adressés pour un examen mycologique et d'identifier les agents fongiques isolés à l'examen direct et à la culture.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive et analytique menée sur une période de 24 mois, de janvier 2022 à décembre 2023. Ont été inclus tous les patients, sans restriction d'âge ni de sexe, adressés au laboratoire BIO 24 pour un prélèvement mycologique devant une suspicion clinique de mycose superficielle.

Résultats

Au total, 364 prélèvements mycologiques ont été analysés, dont 77 positifs, correspondant à une prévalence de 21,15 %. La population étudiée était majoritairement féminine (63,5 %), avec une sex-ratio H/F de 0,57. L'âge moyen des patients était de 38,7 ans (extrêmes : 1 à 87 ans), la tranche d'âge de 40 à 59 ans étant la plus représentée (42,22 %).

Les dermatophytes constituaient le principal groupe isolé (38,96 %). Les dermatophytoses atteignaient essentiellement le cuir chevelu sous forme de teignes (66,67 %), suivies des onychomycoses dermatophytiques (13,33 %), exclusivement localisées aux ongles des pieds, des atteintes de la peau glabre (13,33 %) et des intertrigos (6,67 %). Les espèces prédominantes étaient *Microsporium audouinii* var. *langeronii* (36,70 %), *Trichophyton soudanense* (23,30 %) et *Trichophyton* sp. (23,30 %).

Les levures représentaient 32,47 % des isolats et appartenaient exclusivement au genre *Candida*, dominé par *Candida albicans* (56 %). Les candidoses superficielles se manifestaient principalement par des onychomycoses (52 %), touchant préférentiellement les ongles des mains (69,23 %), suivies des intertrigos (36 %) et des atteintes muqueuses (28 %), essentiellement vaginales et buccales.

Les moisissures représentaient 28,57 % des isolats, dominées par *Fusarium solani* (36,36 %). Elles étaient responsables principalement d'onychomycoses (50 %), majoritairement localisées aux ongles des pieds, ainsi que d'intertrigos des petits plis (45,45 %).

Conclusion

Les mycoses cutanées superficielles constituent un motif fréquent de prescription d'examens mycologiques en pratique libérale. Elles concernent

une population hétérogène et sont dues à une grande diversité d'agents fongiques, dominée par les dermatophytes, suivis des levures et des moisissures. L'examen mycologique, associant examen direct et culture, demeure indispensable pour confirmer le diagnostic et orienter une prise en charge thérapeutique adaptée.

Mots-clés : Mycoses superficielles ; Dermatophytes ; Candida ; Moisissures ; Sénégal.

C25 Salle C12 – B12

Renforcer l'offre ophtalmologique nationale : rôle d'une clinique privée dans l'accès aux soins spécialisés au Sénégal.

Caufapé Mireia, Sall B., Sarr B., Diallo M., Sourou T, Sacramento D., Ndiaye H.

Introduction!

L'accès aux soins ophtalmologiques spécialisés demeure limité dans de nombreux contextes africains, avec un recours fréquent à l'étranger pour certaines pathologies. La Clinique des Yeux a développé, au cours des dernières années, une offre structurée de soins tertiaires visant à réduire ces inégalités.

Méthodes!

Étude descriptive rétrospective couvrant la période 2023–2025. L'analyse a porté sur quatre axes : (1) mise en place d'un programme de greffe de cornée, (2) développement d'un service de rétine, (3) déploiement d'actions centrées sur le patient (information, accompagnement, réduction des délais, coordination du parcours) et (4) l'intégration de la clinique dans le réseau de soins national, **avec le développement d'une offre locale de chirurgie de la cataracte par phacoémulsification**, afin de réduire le recours à l'étranger et améliorer l'accès aux soins spécialisés. Les indicateurs retenus concernaient les types d'actes réalisés, les parcours de soins et l'évolution de l'accès aux prises en charge spécialisées.

Résultats!

L'introduction de la chirurgie de la cataracte par phacoémulsification a permis des interventions moins invasives et une récupération plus rapide. Le programme de greffe de cornée a permis d'offrir sur place une prise en charge auparavant réalisée à l'étranger, réduisant délais et coûts. Le service de rétine a élargi l'accès aux examens et traitements spécialisés, en particulier pour les pathologies liées au diabète, tout en facilitant le suivi continu. Les initiatives orientées vers l'expérience patient (amélioration de l'accueil, information pré- et postopératoire, accompagnement administratif, renforcement de la communication) ont contribué à une meilleure adhésion au traitement et à une satisfaction accrue.

La collaboration avec les structures publiques et privées, **ainsi qu'avec les institutions de prévoyance maladie et les compagnies d'assurance**, a

favorisé des parcours plus fluides, une meilleure prise en charge financière et une orientation plus précoce des cas complexes.

Conclusion! L'expérience de la Clinique des Yeux montre qu'un acteur privé, lorsqu'il développe des services spécialisés tout en plaçant le patient au centre du parcours, peut contribuer de manière concrète au renforcement de l'offre nationale.

Elle suggère également que, dans des contextes où les besoins dépassent souvent les capacités disponibles, **la complémentarité entre structures publiques et privées** – en lien avec les dispositifs de prévoyance et d'assurance – représente une opportunité importante pour améliorer l'accès et la continuité des soins au bénéfice des patients.

C26 Salle C12 – B12

Préserver aujourd'hui pour concevoir demain : perspectives innovantes de la procréation médicalement assistée au Sénégal.

THIAM Moustapha

La Procréation Médicalement Assistée (PMA) connaît des avancées majeures au cours des dernières décennies, notamment dans le domaine de la préservation de la fertilité. Celle-ci représente aujourd'hui un enjeu essentiel pour les patients exposés à un risque de perte de leur potentiel reproductif, en particulier dans les contextes d'oncofertilité, d'insuffisance ovarienne prématurée ou de report du projet parental.

Au Sénégal, bien que l'offre de PMA se développe progressivement à travers la SOSEMERE (Société Sénégalaise de Médecine de la Reproduction ex FIV SÉNÉGAL), la préservation de la fertilité reste encore limitée par des contraintes techniques, économiques et organisationnelles. Pourtant, le besoin est réel : l'infertilité touche environ **15 % à 20 % des couples** sénégalais, dans un contexte social où la parentalité est un pilier fondamental. Les innovations récentes, telles que l'amélioration des techniques de **vitrification ovocytaire** et embryonnaire, la personnalisation des protocoles de stimulation et les progrès en biologie de la reproduction, ouvrent désormais de nouvelles perspectives pour répondre à cette demande croissante.

L'innovation au Sénégal s'articule aujourd'hui autour de deux axes majeurs. Premièrement, l'**oncofertilité** doit devenir un réflexe clinique multidisciplinaire ; avec l'amélioration de la survie des jeunes patients atteints de cancers (lymphomes, cancers du sein).

Deuxièmement, la cryoconservation des gamètes lors de la prise en charge d'une pathologie susceptible d'altérer la fertilité.

Cette présentation propose un état des lieux de la PMA au Sénégal, met en lumière les techniques actuelles de préservation de la fertilité chez la femme et chez l'homme, et discute les défis éthiques, culturels et organisationnels spécifiques au contexte local. Dans une société à 95 % musulmane, l'acceptabilité de ces techniques repose sur un dialogue constant entre science et éthique.

Enfin, les perspectives futures visant à intégrer pleinement la préservation de la fertilité dans la prise en charge globale des patients sont abordées. L'objectif est de positionner le Sénégal comme un **hub sous-régional d'excellence**, capable de transformer la PMA d'une médecine de dernier recours en une stratégie proactive de santé reproductive.

C27 Salle C12 – B12

Aspects clinico-radiologiques de l'épiphysiolyse fémorale supérieure : à propos de 51 cas.

Thiam Sag, Mar B, Dia FM, Kemesso B, Niang S, Niane MM, Kinkpe C

Introduction

L'épiphysiolyse fémorale supérieure (EFS) est une pathologie de la hanche du grand enfant et de l'adolescent. Elle correspond à un glissement en bas et en arrière de l'épiphyse fémorale par rapport au col à travers la plaque de croissance. Le but de cette étude est de décrire les aspects radiologiques typiques de l'EFS permettant un diagnostic précoce et une meilleure prise en charge.

Méthodes

Étude rétrospective menée entre janvier 2016 et avril 2025 portant sur les données d'imagerie préopératoire de 45 patients (51 hanches) au Centre Hospitalier de l'Ordre de Malte. Les clichés de face du bassin et de profil de hanche (incidence de Lauenstein) ont été analysés. La sévérité du glissement épiphysaire a été évaluée selon l'angle de Southwick. Le scanner a été utilisé en cas de doute.

Résultats

L'âge moyen des patients était de 13 ans avec un sex-ratio de 2,75. Les signes cliniques étaient dominés par des douleurs de hanche ou du genou sans traumatisme. L'atteinte était unilatérale dans 86,7 % des cas, prédominante à gauche (58,8 %). Le glissement était léger dans 9,8 %, modéré dans 41,2 % et sévère dans 49 %. Le scanner a confirmé le diagnostic dans 11,8 % des cas.

Conclusion

L'épiphysiolyse fémorale supérieure est une urgence chirurgicale devant être systématiquement évoquée devant une boiterie chez l'adolescent en surcharge pondérale. Le diagnostic repose sur des clichés standards, et le retard de prise en charge expose à des séquelles sévères.

Mots-clés : épiphysiolyse, bascule, incidence-de-Lauenstein, angle de Southwick, radiographie-bassin-de-face.



PREMIUM VOYAGES
— Sénégal —

LE VOYAGE, NOTRE PASSION.
VOTRE CONFORT, NOTRE AFFAIRE.

VOS DÉPLACEMENTS PROFESSIONNELS, ACCOMPAGNÉS À CHAQUE ÉTAPE

Premium Voyages accompagne les professionnels de santé et les organisations dans leurs déplacements, au Sénégal comme à l'international.

Congrès, missions professionnelles, séjours d'équipe ou prolongations personnelles: nous prenons en charge la réservation des vols, hébergements, transports et services, avec une attention particulière portée au confort, à la fluidité et aux détails.

- ✓ Voyages professionnels & congrès internationaux
- ✓ Séjours et déplacements au Sénégal
- ✓ Logistique d'offsites et de séjours d'équipe (hôtels, transports, coordination)
- ✓ Conciergerie & activités complémentaires
- ✓ Tourisme local & excursions sur mesure
- ✓ Voyages religieux individuels et en groupe

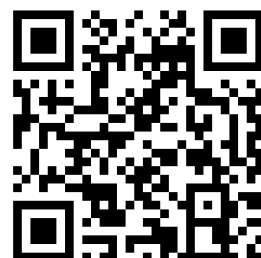


Parlons de votre prochain voyage
SCANNEZ POUR PRENDRE CONTACT



Accredited
Agent

Sacré Coeur 3, Lot 150AVDN, Dakar
+22133 822 06 66 / 77 384 04 03
www.premiumvoyages-sn.com



Communication Affichées

COMMUNICATIONS AFFICHÉES!!

A1!

Dépression du post-partum et vulnérabilités psychosociales : impact sur la dyade mère-enfant à propos d'un cas.
SECK Sokhna, CAMARA M., BA EHM.

La dépression du post-partum (DPP) est la pathologie psychiatrique la plus fréquente de la période postnatale et constitue un problème majeur de santé publique. Souvent sous-diagnostiquée, notamment dans les pays à ressources limitées, elle peut entraîner des conséquences importantes sur la mère, la relation mère-enfant et le développement ultérieur de l'enfant. La DPP résulte de facteurs de vulnérabilité multiples, parmi lesquels les facteurs socio-environnementaux occupent une place centrale. À travers une observation clinique réalisée au CHNU de Fann, ce travail illustre les facteurs de vulnérabilité de la DPP et leurs répercussions sur la dyade mère-enfant.

Observation

Aida (nom d'emprunt), âgée de 34 ans, est admise pour la première fois au service de psychiatrie du CHNU de Fann 23 jours après son accouchement. La symptomatologie débute une semaine après la naissance et se manifeste par un retrait social, une perte d'intérêt, un désinvestissement du nourrisson avec refus de l'allaitement, une insomnie totale, un refus alimentaire et des idées de mort. L'évolution est marquée par des propos nihilistes, une négligence de soi et l'apparition d'hallucinations auditives, visuelles et kinesthésiques.

L'examen psychiatrique retrouve une humeur triste, une hypomimie, une anxiété importante, des idées délirantes congruentes à l'humeur et des

troubles perceptifs. Le diagnostic de dépression du post-partum avec symptômes psychotiques est retenu. La prise en charge associe un traitement antidépresseur, un antipsychotique, un anxiolytique et un soutien psychologique.

L'anamnèse met en évidence plusieurs facteurs de vulnérabilité : conflits conjugaux anciens, violence conjugale, absence totale de soutien affectif et financier du conjoint, grossesse non planifiée survenue dans un contexte de séparation, isolement affectif et dépendance économique vis-à-vis de la famille. Sur le plan relationnel, l'observation révèle une altération marquée des interactions mère-enfant, caractérisée par un mode relationnel de retrait, une pauvreté des échanges et un défaut de portage.

Conclusion

Cette observation met en évidence le caractère multifactoriel de la dépression du post-partum et souligne le rôle central des facteurs socio-environnementaux dans sa survenue. Elle illustre également l'impact majeur de la DPP sur la dyade mère-enfant, avec un risque d'altération durable du développement affectif et psychique du nourrisson. Ces éléments plaident pour un dépistage précoce des facteurs de vulnérabilité dès la grossesse et pour une prise en charge globale et précoce, intégrant la mère, l'enfant et l'environnement familial.

Mots clés!: Dépression post-partum ; Dyade mère-enfant ; Facteurs de vulnérabilité

A2

Profil épidémiologique, clinique et thérapeutique des étudiants hospitalisés

en Psychiatrie au CHNU de Fann (DAKAR).

SECK Sokhna, CHAFAATOU. M., CAMARA M., BA F.

1.! Introduction

La santé mentale des étudiants constitue un enjeu majeur de santé publique, en raison de la forte prévalence des troubles psychiatriques débutant avant l'âge de 25 ans et de la vulnérabilité psychosociale propre à la période universitaire. En Afrique subsaharienne, les données relatives aux formes sévères de souffrance psychique chez les étudiants, notamment celles nécessitant une hospitalisation psychiatrique, demeurent limitées. Cette étude vise à décrire le profil épidémiologique, clinique et thérapeutique des étudiants hospitalisés à la clinique psychiatrique Moussa Diop du CHNU de Fann à Dakar sur une période de six ans.

2.! Méthodes

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive menée du 1er janvier 2019 au 31 décembre 2024 à la clinique psychiatrique Moussa Diop du CHNU de Fann. La population d'étude comprenait l'ensemble des étudiants hospitalisés durant la période considérée. Les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux à l'aide d'une fiche standardisée conçue sur KoboToolbox. Les dossiers inexploitable en raison de données manquantes ont été exclus. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel R (version 4.4.1), avec une description des variables quantitatives et qualitatives en effectifs et pourcentages.

3.1 Résultats

Sur 3 330 patients hospitalisés durant la période d'étude, 346 étaient des étudiants, soit une prévalence hospitalière de 10,39 %. L'analyse détaillée a porté sur 93 dossiers exploitables. L'âge moyen des patients était de 24,4 ans, avec une prédominance masculine. Les diagnostics les plus fréquents étaient les troubles psychotiques aigus et transitoires, les troubles bipolaires, les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives et la schizophrénie. Tous les patients ont bénéficié d'un traitement médicamenteux dominé par les neuroleptiques et les tranquillisants.

4.1 Conclusion

Cette étude met en évidence une proportion importante d'étudiants parmi les patients hospitalisés en psychiatrie, avec une prédominance de troubles psychotiques et de troubles bipolaires. Elle souligne la nécessité de renforcer les stratégies de prévention, de dépistage précoce et de prise en charge de la santé mentale en milieu universitaire au Sénégal.

Mots clés! Etudiants, psychiatrie, Dakar

A3

Aspects épidémiologiques et cliniques des troubles mentaux chez les femmes hospitalisées en Psychiatrie au CHNU de Fann (DAKAR).

SECK Sokhna, THIAM K., WADE R., CAMARA M.

Introduction

Les comorbidités addictives représentent un enjeu majeur chez les patients schizophrènes, aggravant le pronostic et complexifiant la prise en charge thérapeutique. En Afrique subsaharienne, les données épidémiologiques

demeurent limitées. Cette étude vise à déterminer la prévalence et caractériser le profil sociodémographique des patients schizophrènes consommateurs de substances psychoactives dans un contexte hospitalier psychiatrique sénégalais.

Méthodes

Étude transversale, rétrospective et descriptive menée au CHNPT sur 110 patients schizophrènes hospitalisés entre janvier et décembre 2024. Les données sociodémographiques, cliniques et addictologiques ont été collectées à partir des dossiers médicaux. L'analyse statistique a utilisé le test du Chi-2 et la régression logistique multivariée, avec un seuil de significativité fixé à $p < 0,05$.

Résultats

La prévalence de consommation de substances psychoactives était de 56,6% ($n=56/110$). L'âge moyen des patients était de $36,68 \pm 12,49$ ans (extrêmes : 17-71 ans). Le sexe masculin constituait un facteur majeur : 66,67% des hommes versus 11,11% des femmes consommaient des SPA ($p < 0,001$; OR ajusté = 11,1 [IC95% : 1,58-77,60]). Le statut professionnel était significativement associé à la consommation ($p = 0,01$) : 81,48% chez les patients inactifs, 71,43% chez les employés et 61,11% en emploi informel. Le milieu urbain présentait une tendance à une consommation plus élevée (61,67%) versus milieu rural (48,72%), sans atteindre la significativité ($p = 0,2$). Le cannabis représentait la substance la plus consommée, reflétant les caractéristiques du contexte sénégalais.

Conclusion

Cette étude révèle une prévalence élevée de consommation de SPA chez les patients schizophrènes hospitalisés au Sénégal, avec des profils de vulnérabilité spécifiques. Le sexe masculin et l'inactivité professionnelle émergent comme facteurs de risque majeurs. Ces données plaident pour une intégration systématique du dépistage et de la prise en charge addictologique dans les services de psychiatrie, adaptée au contexte africain.

Mots-clés : Schizophrénie, Substances psychoactives, Prévalence, Facteurs sociodémographiques

A4

Volvulus chronique sur mésentère commun chez le grand enfant : à propos d'un cas et revus de la littérature.

Fall Mbaye, Seye C Yonga D, Mboup M., Ndiaye B., Ba PA., Ndour O.

Introduction

Le volvulus intestinal sur mésentère commun est une complication potentiellement grave d'une malrotation intestinale, le plus souvent diagnostiquée en période néonatale. Chez le grand enfant, il peut se présenter sous une forme chronique, avec des symptômes aspécifiques et

intermittents, retardant le diagnostic. Nous présentons ici l'observation d'un enfant de 7 ans pris en charge pour un volvulus chronique sur mésentère commun, afin de discuter les aspects diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs de cette pathologie rare.

Observation

Nous rapportons le cas d'un garçon de 7 ans, présentant depuis la petite enfance des douleurs abdominales et vomissements intermittents, résistants au traitement symptomatique. Le diagnostic a été confirmé par un transit œso-gastro-duodénal et une tomodensitométrie abdominale, révélant un volvulus sur mésentère commun incomplet avec bride de Ladd. La laparotomie a permis de réaliser une dévolvulation, une libération de la bride, une appendicectomie et une mise en position de mésentère commun complet. L'évolution a été favorable avec une prise pondérale de 2 kg à trois mois.

Conclusion

Ce cas souligne l'importance d'évoquer un volvulus chronique sur malrotation dans les douleurs abdominales récurrentes de l'enfant, même en l'absence de signes aigus.

A5

Duplication urétrale chez l'enfant : diagnostic et prise en charge chirurgicale.

Fall Mbaye, Fall Y, Cissé L, Mboup M, Ndiaye B, Ndour O, Ngom G.

Introduction

La duplication urétrale est une malformation congénitale rare du bas appareil urinaire, souvent découverte dans l'enfance. Nous rapportons un cas chez un garçon de 8 ans, avec un écoulement urinaire périnéal persistant.

Observation

L'enfant présentait un écoulement urinaire périnéal depuis la naissance, associé à des infections urinaires récurrentes. L'examen clinique et l'urétrocystographie rétrograde ont permis de poser le diagnostic de duplication urétrale avec un urètre accessoire s'ouvrant au niveau du périnée. Le traitement consistait en une résection chirurgicale de l'urètre ectopique avec ligature proximale a été réalisée. Les suites opératoires étaient simples. À trois semaines postopératoires, le jet urinaire était normal par le méat apical, sans écoulement résiduel. L'examen anatomopathologique a confirmé la nature urétrale du tissu réséqué.

Conclusion

La duplication urétrale doit être évoquée devant un écoulement urinaire ectopique persistant. Le traitement chirurgical permet une résolution complète des symptômes.

A6

Déterminants Socio-obstétricaux de la détresse psychologique pendant la grossesse : une étude préliminaire au poste de santé de Mermoz.

Momar CAMARA, NWACHUKWU CC, SECK S, DIEYE M, SAMBA OM, GUEYE R, DIAGNE I, BA EHM, KANE RW, SYLLA A.

Introduction

L'identification de facteurs de risque de troubles psychologiques périnataux permet des interventions préventives ciblées. Cette étude analyse les déterminants socio-obstétricaux associés au stress, à l'anxiété et à la dépression pendant la grossesse au Sénégal.

Méthodes : Étude prospective descriptive et analytique menée d'octobre à décembre 2022 auprès de 32 femmes enceintes au poste de santé de Mermoz, Dakar. Évaluation par Depression Anxiety and Stress Scale-21 (DASS-21). Variables testées : âge, statut matrimonial, gestité, parité, soutien conjugal et estime de soi. Tests statistiques : Chi2 et Fisher ($p < 0,05$).

Résultats

Facteurs de risque significatifs identifiés : (1) Âge jeune (< 25 ans) : stress 69,2% vs 34,1% chez > 25 ans ($p < 0,001$), dépression accrue ($p < 0,001$) ; (2) Célibat : plus de stress, anxiété ($p = 0,005$) et dépression ($p < 0,001$) ; 72,7% des jeunes étaient célibataires ($p = 0,016$) ; (3) Primigestité : 21% de stress vs 15,6% chez multigestes ($p < 0,001$), effet dose-réponse sur la dépression ($p = 0,032$) ; (4) Nulliparité : 25% de stress vs 6,2% chez primipares ($p < 0,001$) ; (5) Faible soutien conjugal : impact sur stress ($p < 0,001$) et dépression ($p = 0,045$), mais pas sur anxiété ($p = 0,233$) ; (6) Estime de soi : 53,1% d'estime faible, corrélée au soutien conjugal ($p = 0,003$). Profil à très haut risque : femme jeune, célibataire, première grossesse, faible soutien.

Conclusion

Cette étude identifie des facteurs de risque permettant un dépistage ciblé. Les interventions préventives devraient prioritairement viser les jeunes femmes célibataires, primigestes/nullipares avec faible soutien conjugal.

Mots-clés : Grossesse, stress, dépression, soutien conjugal

A7

Perception de la maladie et représentations du trouble neurologique fonctionnel : implications pour l'adhésion thérapeutique.

Momar CAMARA, KOUAKOU NMIC, DIEYE M., KANE R W., SYLLA A.

Introduction

La perception qu'ont les patients de leur maladie influence l'adhésion thérapeutique et le pronostic. Dans le trouble neurologique fonctionnel (TNF), la communication diagnostique est particulièrement complexe en raison du passé stigmatisant et du flou nosologique persistant. L'objectif était d'évaluer la perception de la maladie chez les patients atteints de TNF et ses implications thérapeutiques.

Méthodes

Étude transversale menée de janvier à juin 2024 auprès de 8 patientes avec TNF selon le DSM-5 (Hôpital Albert Royer, Dakar). La perception de la maladie a été évaluée par le Brief Illness Perception Questionnaire (Brief-IPQ), questionnaire validé de 9 items explorant les dimensions cognitives et émotionnelles. Huit items quantitatifs (échelle 0-10) évaluaient : conséquences perçues, durée anticipée, contrôle personnel, efficacité du traitement, symptômes ressentis, préoccupation, compréhension et impact émotionnel. Score total sur 80 (plus élevé = menace plus sévère). Analyses avec SPSS version 25.

Résultats

Le score moyen de perception était de 44,375 points sur 80 (range : 15-61), correspondant à une menace perçue modérée. Cependant, 63% (n=5) des patientes percevaient leur maladie comme une menace sévère (score >50), tandis que 25% (n=2) ne se sentaient pas significativement menacées. L'analyse item par item révélait des résultats contrastés : les patientes comprenaient leur maladie (score moyen compréhension : 3,2/10 - score inversé) et croyaient en l'efficacité du traitement (score contrôle traitement : 3,8/10 - inversé), mais perdaient le contrôle sur la maladie par moments (score contrôle personnel : 5,4/10) et, surtout, pensaient que la maladie durerait "pratiquement jusqu'à la fin de leur vie" (score durée chronique : 7,8/10).

Conclusion

Malgré une bonne compréhension formelle du diagnostic de TNF, les patientes perçoivent la maladie comme chronique et définitive, révélant une discordance entre compréhension cognitive et représentation pronostique. Cette perception pessimiste constitue un facteur pronostique défavorable nécessitant des interventions psychoéducatives ciblées sur le pronostic réel et les possibilités d'amélioration.

Mots-clés : Perception maladie, éducation thérapeutique, trouble neurologique fonctionnel.

A8

Prévalence de l'usage de substances psychoactives chez les patients schizophrènes hospitalisés : étude transversale au Centre Hospitalier National Psychiatrique de Thiaroye, Sénégal.

Momar CAMARA, NIAVA AMNC, SECK S, DIEYE M, SAMBA OM, GUEYE R, DIAGNE I, BA EHM, SYLLA A.

Introduction

Les comorbidités addictives représentent un enjeu majeur chez les patients schizophrènes, aggravant le pronostic et complexifiant la prise en charge thérapeutique. En Afrique subsaharienne, les données épidémiologiques demeurent limitées. Cette étude vise à déterminer la prévalence et caractériser le profil sociodémographique des patients schizophrènes consommateurs de substances psychoactives dans un contexte hospitalier psychiatrique sénégalais.

Méthodes

Étude transversale, rétrospective et descriptive menée au CHNPT sur 110 patients schizophrènes hospitalisés entre janvier et décembre 2024. Les données sociodémographiques, cliniques et addictologiques ont été collectées à partir des dossiers médicaux. L'analyse statistique a utilisé le test du Chi-2 et la régression logistique multivariée, avec un seuil de significativité fixé à $p < 0,05$.

Résultats

La prévalence de consommation de substances psychoactives était de 56,6% ($n=56/110$). L'âge moyen des patients était de $36,68 \pm 12,49$ ans (extrêmes : 17-71 ans). Le sexe masculin constituait un facteur majeur : 66,67% des hommes versus 11,11% des femmes consommaient des SPA ($p < 0,001$; OR ajusté = 11,1 [IC95% : 1,58-77,60]). Le statut professionnel était significativement associé à la consommation ($p = 0,01$) : 81,48% chez les patients inactifs, 71,43% chez les employés et 61,11% en emploi informel. Le milieu urbain présentait une tendance à une consommation plus élevée (61,67%) versus milieu rural (48,72%), sans atteindre la significativité ($p = 0,2$). Le cannabis représentait la substance la plus consommée, reflétant les caractéristiques du contexte sénégalais.

Conclusion

Cette étude révèle une prévalence élevée de consommation de SPA chez les patients schizophrènes hospitalisés au Sénégal, avec des profils de vulnérabilité spécifiques. Le sexe masculin et l'inactivité professionnelle émergent comme facteurs de risque majeurs. Ces données plaident pour une intégration systématique du dépistage et de la prise en charge addictologique dans les services de psychiatrie, adaptée au contexte africain.

Mots-clés : Schizophrénie, Substances psychoactives, Prévalence, Facteurs sociodémographiques



A9

Précicare : une innovation digitale pour la santé communautaire en Afrique de l'Ouest : expérience de la phase pilote du projet Précieux Care au Sénégal.

BA Ibrahima, DIOP Ahmadou Bamba, DIOP, DIOP Alimatou, SIDIBE Adja Korka, NDIAYE Ousmane, DIOP Safiatou, ATHIE Safietou, FALL Edouard Latyr, DIONE Abdou Aziz, DIOP Aïssatou, NOELAKI Samtou Quentin, SECK Serigne Saliou, DIOP Aïssatou, SYLLA Khadidjatou, MANFO Thierry, NDONG Aida.

Introduction

Les maladies chroniques non transmissibles (MCNT) constituent un fardeau grandissant en Afrique subsaharienne, où elles représentent près de 28 % de la mortalité globale en Afrique de l'Ouest selon l'OMS. Leur prise en charge est entravée par la faible digitalisation des systèmes de santé, l'absence de traçabilité, les difficultés d'accès aux soins et la forte dépendance aux pratiques traditionnelles. Pour répondre à ces défis, l'association Précieux Care a développé Précicare, une application mobile intégrée destinée à optimiser le dépistage, le suivi, la prescription, la gestion pharmaceutique et la recherche communautaire.

Matériels et méthodes : Une étude descriptive, observationnelle et multicentrique a été conduite lors de la Caravane Médicale Nationale 2025 dans trois localités rurales de la région de Tambacounda (Bakel, Kidira, Goudiry). Tous les patients consultés ont été enregistrés via Précicare, incluant les modules DPN, PharmaCare, TabCare, Dr Care IA et le registre épidémiologique. Les données sociodémographiques, les comportements de santé, les diagnostics et les prescriptions ont été analysés sous Excel et SPSS.

Résultats

Un total de 848 patients a été consulté : 67 % d'hommes, âge moyen 47 ± 10 ans. La prévalence de l'hypertension était de 43 %, celle du diabète de 10,6 % et celle des parasitoses de 28 %. Le tabagisme concernait 8,8 % des patients, la consommation d'alcool 2,6 % et la phytothérapie 34,6 %. Précicare a permis d'enregistrer 100 % des consultations, d'assurer la traçabilité complète des 848 ordonnances, d'effectuer 114 dépistages HTA/diabète et de constituer une base de données épidémiologiques consolidée.

Conclusion

L'expérience pilote montre que Précicare est un outil efficace, fiable et adapté aux contextes ruraux africains. Elle optimise la continuité des soins, améliore la sécurité pharmaceutique, facilite le dépistage et génère des données essentielles à la planification sanitaire. L'outil constitue un modèle reproductible dans la région ouest-africaine.

Mots-clés : Précicare, Santé communautaire, MCNT, Innovation numérique, Afrique de l'Ouest, Sénégal



MATERIEL MEDICAL HOSPITALIER

NOUVEL HORIZON POUR LA SANTE

- EQUIPEMENTS BIOMEDICAUX
- CONSOMMABLES ET ACCESSOIRES
- SERVICES APRES VENDE

IRM Philips Helium-free



Scanner Philips



Angio azurion bi-plan Philips



Philips EPIQ CVX



Dräger Evita-v600



Dräger Fabius IRM Appareil d'anesthésie



Dräger Atlan 300



Dräger Couveuse Isolette 8000



Dräger Monitoring centrale



Dräger Appareil de Respirateur de transport



ZOLL



Ambulance



Fluke Appareil de contrôle et de calibration



Fresenius Pousse-seringue



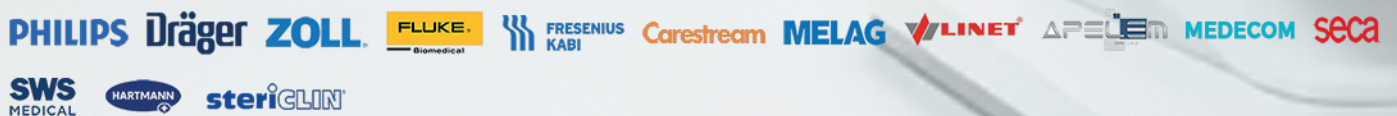
Balance Seca 874



Trimax65



La technologie pour la vie



Sipres 2, face Mosquée Abass SALL Liberté 6- Dakar (Sénégal)

BP: 50856 DAKAR MOB : +221 78 161 02 98 / +221 77 117 55 10 / TEL : +221 33 827 44 88

Email: mmh@orange.sn / Site web : www.mmh-africa.com

Projet de la Précieuse Ecole-Santé : une approche innovante de l'éducation à la santé dans les écoles.

BA Ibrahima, DIOP Ahmadou Bamba, DIOP Alimatou, SIDIBÉ Adja Korcka, NDIAYE Ousmane, DIOP Safiatou, ATHIE Safietou, FALL Edouard Latyr, DIONE Abdou Aziz, DIOP Aïssatou, NOELAKI Samtoun Quentin, SECK Serigne Saliou, DIOP Aïssatou, SYLLA Khadidjatou, MANFO Thierry, NDONG Aida.

Introduction

Le projet PRÉCIEUSE ÉCOLE-SANTÉ, initié par l'association Précieux Care, s'inscrit dans une dynamique visant à promouvoir la santé scolaire au Sénégal. Il vise à renforcer les capacités des enseignants, des étudiants et des professionnels de santé en matière de prévention des maladies et d'hygiène, grâce à une approche éducative intégrée. Cette initiative, déployée dans plusieurs régions du pays, vise à améliorer durablement les pratiques de santé dans les écoles et les communautés.

Objectifs! former les enseignants et élèves pour devenir des relais efficaces de l'éducation à la santé dans les écoles.

Méthodologie

Le projet repose sur une approche participative et multidisciplinaire impliquant enseignants, élèves, professionnels de santé et parents. Les stratégies incluent des formations en présentiel et en ligne pour les enseignants, les professionnels de santé et les étudiants, des ateliers interactifs sur l'hygiène, la prévention des maladies courantes et les premiers secours, des formations à la surveillance à domicile des maladies chroniques non transmissibles, des supports éducatifs adaptés (guides, affiches, vidéos éducatives), ainsi que des actions de sensibilisation auprès des familles et des communautés locales.

Résultats

Depuis son lancement, le projet a obtenu des résultats significatifs, notamment la formation de 60 enseignants issus de 60 écoles dans 5 Inspectorats of Education and Training (IEF) à Dakar, la formation de professionnels de santé des Inspectorates Médicales des Écoles (IME) à Dakar pour renforcer leurs compétences en éducation à la santé ; Renforcement des capacités en éducation à la santé et prévention des agents des services de santé et paramédicaux à Thiès, Dakar et Touba ; la formation de plus de 3000 étudiants à l'éducation à la santé dans les écoles sur une période de 4 mois ; la formation à la surveillance à domicile des maladies chroniques non transmissibles, incluant la mesure de la tension artérielle, la surveillance glycémique, la gestion du suivi et l'identification des signes de complications, pour les jeunes étudiants ; la formation continue de plus de 400 enseignants via visioconférence, garantissant l'apprentissage à distance et le suivi des pratiques pédagogiques.

Conclusion

Le projet PRÉCIEUSE ÉCOLE-SANTÉ est une initiative innovante et efficace visant à améliorer la santé scolaire et communautaire au Sénégal. Les résultats obtenus démontrent l'importance d'une approche intégrée

combinant formation des enseignants, implication des étudiants et renforcement des capacités des professionnels de santé.

Mots-clés : éducation à la santé, hygiène scolaire, prévention des maladies, santé communautaire, Sénégal.

A11

Adhésion et observance thérapeutique chez les patients vivant avec une maladie chronique non transmissible dans les régions de Thiès, Tambacounda et Saint-Louis (Sénégal).

BA Ibrahima, DIOP Ahmadou Bamba, DIOP Alimatou, SIDIBÉ Adja Korka, NDIAYE Ousmane, DIOP Safiatou, ATHIE Safietou, FALL Edouard Latyr, DIONE Abdou Aziz, DIOP Aïssatou, NOELAKI Samtou Quentin, SECK Serigne Saliou, DIOP Aïssatou, SYLLA Khadidjatou, MANFO Thierry, NDONG Aida.

Introduction

Les maladies chroniques non transmissibles (MCNT) constituent la première cause de mortalité au niveau mondial, responsables de plus de 74 % des décès selon l'OMS. Dans un contexte comme celui du Sénégal, marqué par des disparités régionales, un faible pouvoir d'achat, une insuffisance de couverture sociale, et un niveau d'instruction très variable, l'adhésion thérapeutique représente un défi majeur.

Objectif

Décrire le niveau d'adhésion et d'observance thérapeutique chez les patients vivant avec une maladie chronique non transmissible (MCNT) et identifier les facteurs socio-économiques, cognitifs et structurels qui influencent le respect thérapeutique dans trois régions du Sénégal.

Matériels et méthodes

Étude transversale auprès de 153 patients porteurs d'hypertension artérielle et/ou de diabète, recrutés lors de la caravane nationale d'Août et Septembre 2025 de Précieux Care. Les données ont porté sur l'adhésion, l'oubli de traitement, les barrières économiques, les interruptions de traitement, et les facteurs cognitifs.

Résultats

Les femmes représentaient 67,97 %. Plus de la moitié des patients n'avaient aucun niveau d'instruction (56,86 %). Une majorité vivait avec un revenu mensuel < 50.000 FCFA (63,40 %). L'hypertension représentait la MCNT la plus fréquente (66,01 %). L'observance était faible : 26,14 % déclaraient oublier « toujours » leur prise. Le coût constituait un obstacle majeur (64,05 %), et 53,59 % rapportaient avoir interrompu un traitement faute de moyens. Les problèmes de mémoire/cognition étaient associés à une plus forte fréquence d'oubli. Une corrélation marquée existait entre la perception du coût comme obstacle et l'interruption thérapeutique.

Discussion!

La littérature africaine montre une relation constante entre faible niveau d'instruction et mauvaise observance. Les coûts directs de traitement représentent un obstacle majeur à la continuité thérapeutique. Le trouble de la mémoire est largement documenté dans les MCNT, notamment chez les patients âgés, diabétiques ou poly-médiqués

Conclusion : L'observance thérapeutique est fortement compromise par les déterminants économiques, cognitifs et éducatifs. Les résultats soulignent un besoin urgent de stratégies de soutien communautaire, de réduction du coût des traitements et d'éducation thérapeutique adaptée au faible niveau d'instruction de la population.

Mots clés!: Précieux Care, MNT, diabète, HTA, santé communautaire

A12

Perception communautaire des maladies chroniques non transmissibles dans trois régions du Sénégal : connaissances, représentations, et attitudes face aux MCNT.

BA Ibrahima, DIOP Ahmadou Bamba, DIOP Alimatou, SIDIBÉ Adja Korka, NDIAYE Ousmane, DIOP Safiatou, ATHIE Safietou, FALL Edouard Latyr, DIONE Abdou Aziz, DIOP Aïssatou, NOELAKI Samtou Quentin, SECK Serigne Saliou, DIOP Aïssatou, SYLLA Khadidjatou, MANFO Thierry, NDONG Aida.

Introduction

Les maladies chroniques non transmissibles (MCNT), principalement l'hypertension artérielle, le diabète, les maladies cardiovasculaires et certains troubles respiratoires, représentent une charge sanitaire croissante en Afrique subsaharienne. La perception communautaire des MCNT joue un rôle déterminant dans le dépistage, l'adhésion thérapeutique, les comportements de prévention et le recours aux soins

Objectif

Décrire la perception communautaire des maladies chroniques non transmissibles (MCNT), les attitudes envers les personnes vivant avec une MCNT, les déterminants du dépistage, et les comportements associés dans trois régions du Sénégal.

Matériels & méthodes

Étude transversale incluant 519 participants. Les variables étudiées concernaient : la perception de la curabilité, les attitudes sociales, les recours aux tradipraticiens, le dépistage, l'abandon thérapeutique, et les connaissances des moyens de prévention.

Résultats

La cohorte était majoritairement féminine (77,1 %). Près de 28,3 % déclaraient avoir une maladie chronique. L'HTA était la plus citée (42,2 %). Plus de la moitié des participants (53,9 %) réalisaient un dépistage annuel. La majorité (60,7 %) considérait que les MCNT ne sont pas guérissables. Les attitudes communautaires étaient fortement positives : 95,6 % estimaient que les personnes vivant avec une MCNT doivent être soutenues. Toutefois, 19,1 % déclaraient recourir à un tradipraticien. L'abandon thérapeutique concernait 29,3 %, principalement à cause d'une « guérison ressentie » ou du coût élevé.

Discussion!

La non-participation au dépistage est associée à la croyance dans l'inutilité du dépistage, la perception de bonne santé, le coût du transport, la faible littératie en santé. Le coût est le premier obstacle à la continuité thérapeutique.

Conclusion

La perception communautaire des MCNT est globalement réaliste et empathique, mais plusieurs croyances et comportements (tradipraticiens, abandon thérapeutique, faible dépistage) limitent la prise en charge optimale. Des interventions d'éducation sanitaire communautaire sont nécessaires pour corriger les perceptions erronées et renforcer la prévention.

Mots clés!: Précieux Care, HTA, Sénégal, santé communautaire, diabète

A13

La maladie à IGG4 révélée par un ictère : une observation au Sénégal.

Fall Marième Polèle, Diallo S, Issa A, Gueye MN, Bassène ML, Dia D.

Introduction!

la maladie à IgG4 est une pathologie fibro-inflammatoire de découverte récente, pouvant atteindre plusieurs organes. Nous en rapportons une observation avec des atteintes pancréatique, biliaire et rénale.

Observation!

Il s'agissait d'un patient de 38 ans qui présentait un ictère associé à un prurit généralisé et un amaigrissement. Il avait des antécédents de rhinite allergique. L'examen physique trouvait un ictère et des lésions de grattage. Il y avait une cholestase et une cytolyse. Le taux d'IgG 4 sérique était de 3,63 g/L. La (tomodensitométrie)!TDM abdominale et la pancréato-Bili-IRM trouvaient des signes de maladie auto-immune avec une atteinte pancréatique, biliaire et rénale. L'évolution était favorable sous corticothérapie au long cours.

Conclusion!

La maladie à IgG 4 est rare mais probablement sous diagnostiquée en Afrique. Elle est souvent d'évolution favorable sous corticothérapie bien conduite.

Mots clés!: maladie à IgG 4 – pancréatite auto immune – cholangite sclérosante – néphrite.

A14

Quand un scanner abdominal révèle une urgence cardiaque : apport de l'analyse Radio-Anatomique globale en pratique privée.

THIAM SAG, Aïdara CM, DIA FM, KEMESSO B, NIANG.

Introduction

En imagerie médicale, l'interprétation des examens est souvent guidée par l'indication clinique initiale, ce qui peut conduire à une lecture focalisée et à l'omission de signes extra-territoriaux pourtant cliniquement majeurs.

L'analyse radio-anatomique globale constitue un élément essentiel de qualité et de sécurité diagnostique, en particulier en pratique privée.

Observation

Nous rapportons le cas d'un patient de 59 ans adressé pour un scanner abdominal injecté dans le cadre d'une ascite de moyenne abondance. Le contexte clinique initial ne comportait pas de symptomatologie cardiaque clairement identifiée. L'analyse abdominale confirmait la présence d'une ascite sans lésion digestive ou hépatique évidente permettant d'expliquer la symptomatologie. La poursuite d'une lecture attentive et systématique des coupes thoraco-abdominales incluses dans l'examen a permis de mettre en évidence une cardiomégalie associée à une hypodensité sous-endocardique du ventricule gauche. La topographie sous-endocardique et la distribution territoriale de cette anomalie étaient évocatrices d'une ischémie myocardique, suggérant une atteinte du territoire de l'artère interventriculaire antérieure.

Sur la base de cette analyse radio-anatomique globale, une suspicion d'ischémie myocardique a été formulée dans le compte rendu, avec recommandation de corrélation clinico-biologique et de prise en charge cardiologique urgente. Le patient a ainsi été rapidement réorienté vers une structure spécialisée, permettant d'éviter une errance diagnostique centrée exclusivement sur l'ascite et un retard de prise en charge d'une pathologie potentiellement létale.

Conclusion

Ce cas illustre l'importance d'une lecture globale et rigoureuse des examens d'imagerie, au-delà de l'indication initiale. L'analyse radio-anatomique globale constitue un pilier de la qualité, de la responsabilité professionnelle et de la souveraineté diagnostique en médecine privée, en contribuant

directement à l'amélioration de la sécurité du patient et de l'efficacité du parcours de soins.

Mots-clés : tomodensitométrie, ischémie myocardique, errance diagnostique, radio-anatomie

A15

Profil clinique, thérapeutique et évolutif de l'acné en Dermatologie libérale au Sénégal.

ASSONE Lorenza, H. HAKIM, B. A. DIATTA.

Introduction

L'objectif général de cette étude était d'évaluer le profil épidémiologique des patients suivis pour acné en dermatologie libérale au Sénégal. Les objectifs spécifiques étaient de décrire les aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs de l'acné, d'identifier les formes cliniques prédominantes et d'analyser les facteurs associés ainsi que le retentissement évolutif et cicatriciel.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude descriptive et analytique menée en milieu libéral. Ont été inclus tous les patients suivis pour acné, quel que soit l'âge ou le sexe. Les données recueillies portaient sur les caractéristiques socio-démographiques, cliniques, les formes de sévérité, les traitements prescrits (topiques, systémiques et esthétiques) ainsi que l'évolution et la survenue de complications pigmentaires ou cicatricielles. L'analyse a été réalisée à l'aide d'outils statistiques adaptés.

Résultats

L'acné représentait un motif fréquent de consultation dermatologique. Elle concernait majoritairement les adolescents et les jeunes adultes, avec une prédominance féminine. Les formes cliniques les plus rencontrées étaient les acnés mixtes et inflammatoires. Les localisations prédominantes étaient le visage, suivi du tronc. Les facteurs aggravants fréquemment retrouvés incluaient la puberté, le stress, les manipulations cutanées et l'utilisation de produits cosmétiques inadaptés.

Les formes modérées à sévères étaient associées à un risque accru de complications, notamment l'hyperpigmentation post-inflammatoire et les cicatrices atrophiques ou hypertrophiques, particulièrement chez les phototypes foncés. La prise en charge reposait sur des stratégies thérapeutiques combinées, associant traitements topiques, traitements systémiques et procédures esthétiques selon la sévérité. L'évolution était globalement favorable sous traitement bien conduit, bien que les récurrences et les séquelles cicatricielles restent fréquentes en cas de retard de prise en charge.

Conclusion

L'acné constitue une pathologie dermatologique fréquente en pratique libérale au Sénégal, touchant une population jeune et exposée à un risque élevé de séquelles pigmentaires et cicatricielles. Une évaluation clinique rigoureuse, une classification adaptée de la sévérité et une prise en charge précoce et individualisée sont essentielles pour améliorer le pronostic cutané et la qualité de vie des patients.

Mots-clés : Acné ; Dermatologie libérale ; Sévérité ; Cicatrices ; Sénégal.

A16

ETUDE DE LA PREVALENCE DES PARASIToses INTESTINALES CHEZ DES PATIENTS ATOPIQUES RE" US POUR EXPLORATIONS ALLERGOLOGIQUES AU SERVICE DE DERMATOLOGIE DU CENTRE DES ŒUVRES UNIVERSITAIRES DE DAKAR DURANT LA PERIODE DE DECEMBRE 2024 À OCTOBRE 2025

DIADIE Saer, MBENGUE PM, SAMB SF, FALL N, MENDY P, LY F, NIANG SO

Résumé

Introduction

La relation entre la prévalence des parasitoses intestinales et le profil de sensibilisation allergénique chez des patients atopiques n'a pas été étudiée au Sénégal. Nos objectifs étaient non seulement de déterminer la prévalence des parasitoses intestinales mais aussi d'évaluer les liens entre Helminthiases-atopie, sensibilité aux trophallergènes- *Giardias*, profil de sensibilisation-Phénotype de l'atopie.

Méthodes

Nous avons réalisé une étude transversale descriptive et analytique menée sur une période de dix mois. Trente-trois patients présentant une atopie documentée ont été inclus. Tous ont bénéficié d'un interrogatoire standardisé, d'un examen clinique, de prick-tests respiratoires et/ou alimentaires, ainsi que d'un examen parasitologique des selles. Les données ont été analysées à l'aide des logiciels SPSS 23.0 et Excel.

Résultats

Les résultats montrent une forte prévalence de la sensibilisation allergique, dominée par les acariens et les moisissures pour les pneumallergènes, et par les allergènes marins, les cacahuètes et les œufs en ce qui concerne les trophallergènes. Le rendement parasitologique était faible (12,1%). Les germes étaient exclusivement représentés par des protozoaires, dominés par *Giardia intestinalis*. Aucun cas d'helminthe n'a été détecté. Une corrélation statistiquement significative a été observée entre la présence de protozoaires et certains phénotypes atopiques (dermatite atopique, conjonctivite allergique).

Conclusion

Nos observations renforcent la théorie hygiéniste en lien avec l'éradication des helminthes. De plus *Giardia intestinalis* est le parasite majoritaire chez les sujets présentant une dermatite atopique.

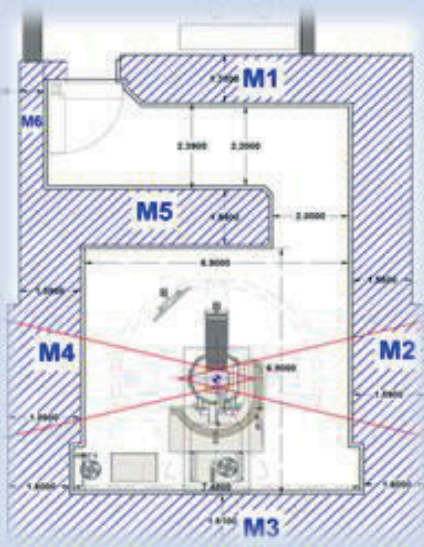
Mots clé : Atopie, Parasitoses intestinales, tests allergologiques.

SERFIM



S.A.R.L

La SERFIM votre partenaire pour toutes vos solutions Hospitalières



Radioprotection



Consommables de bloc



Etudes préalables et constructions

+221 77 868 09 22

+221 76 246 58 37

Cité Sica, n°8, Dakar

directrice.ob@serfimedical.com

directeur.eh@serfimmedical.com

WWW.SERFIMMEDICAL.COM

NINEA : 63320852R2,

RCCM: SN-DKR-2021-M-9502



Scannez-moi !



RESEAU DE CENTRES DE RADIOLOGIE ET D'IMAGERIE MEDICALE

La référence de l'imagerie médicale

NOS CENTRES

BIPA SAHM

En face état civil Hôpital Abass Ndao
Tél : 33 823 65 23 - 77 132 80 80

BIPA GOLF

En face Hôpital Dalal Diam
Tél : 33 837 36 53 - 77 482 73 73

BIPA RUFISQUE

À côté de l'Hôpital Youssou Mbaregane
Tél : 33 910 09 41 - 77 835 74 74

BIPA KEUR MASSAR

À côté du centre de santé
Tél : 33 873 71 85 - 78 193 63 63

**RADIOGRAPHIE - SCANNER - ÉCHOGRAPHIE/DOPPLER - MAMMOGRAPHIE
UNITÉ MOBILE DE RADIOGRAPHIE ET MAMMOGRAPHIE**

GROUPE DE RADIOLOGUES ASSOCIÉS

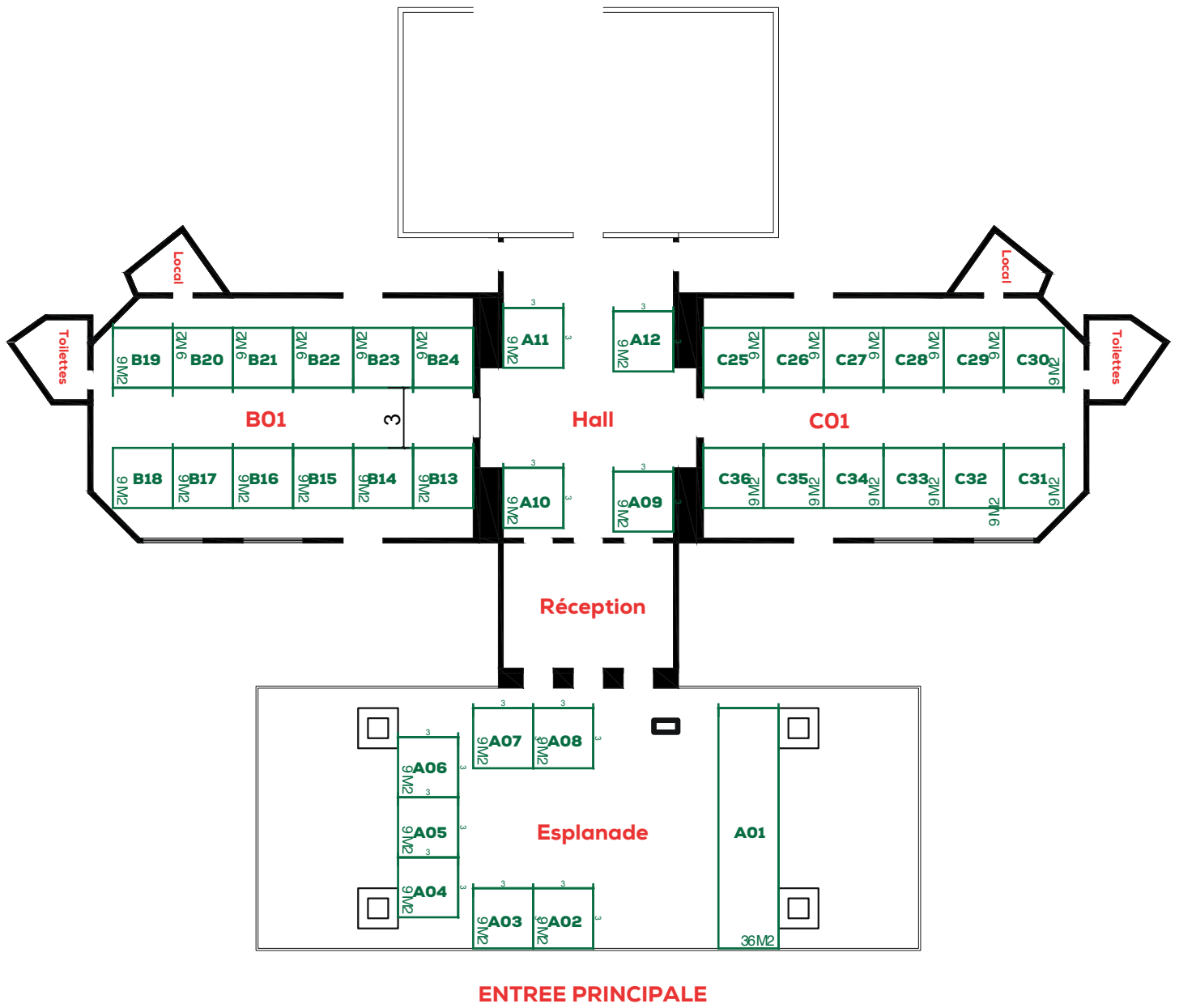


www.bipa.sn

HORAIRES D'OUVERTURE

7J/7 DE 8H-00H

PLAN



EXPOSANTS

A01 : ACD
 A02 : SYMEPS
 A03 : CDC
 A04 : FAMZA
 A05 : LASA
 A06 : SUNU BANK
 SUNU ASSURANCES
 A07 : BSIC
 A08 : CBAO
 A09 : GHPL

A10 : FAJMA
 A11 : DR SETT
 A12 : BIO 24
 B13 : AVENIR MEDICAL
 B14 : REMEPHA
 B15 : SIR
 B16 : MMH
 B17 : FUJIFILM
 B18 : DIMINTER
 B19 : DKT

B20 : SOCAFI PHARMA
 B21 : STRIDES
 B22 : CELLULIFT
 B23 : TECHNOLOGIES SERVICES
 B24 : ETHICA
 C25 : RADIOLOGUES ASSOCIÉS
 C26 : CLINIQUEYA SALAM
 C27 : SERFIM SARL
 C28 : SAINT CHRISTOPHER
 C29 : NEUSOFT MEDICAL SYSTEM

C30 : CHORUS
 C31 : PREMIUM VOYAGES
 C32 : LIKAK RESEARCH
 C33 : USSD
 C34 : SOMAMED
 C35 : OMT
 C36 : BIPA

PARTENAIRES & SPONSORS



CONTACTS SYMEPS

Tél : +221 33 865 07 94

Email : infosymeps@gmail.com

Adresse : Siège ONMS, Ouakam cité Africa, résidence Tasmanie, Lot 9/4

www.symeps.org



La santé à portée de main



Plateforme de téléconsultation

FAJ'MA est une plateforme e-santé qui connecte instantanément patients et professionnels de santé grâce aux nouvelles technologies.

Elle réunit tout l'écosystème des soins pour rendre la santé :

- plus accessible
- plus abordable
- plus durable



FAJ'MA

TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE

Votre santé, partout, à tout moment

FAJ'MA : DES SOINS DE QUALITÉ PARTOUT ET POUR TOUS

NOS SERVICES

- Téléconsultation sécurisée
- Écoute attentive et confidentielle
- Ordonnance électronique
- Résultats d'examen à distance
- Suivi des malades chroniques
- Orientation et mise à disposition de médecins urgentistes en cas de besoin



fajjma21@gmail.com

www.fajma.com

acd | Afrique Conception Distribution

Partenaire de référence de la médecine privée au Sénégal



SOMATOM scanner 64 barrettes
SIEMENS HEALTHINEERS



IRM MAGNETOM Sempra
SIEMENS HEALTHINEERS



PSA Hightech
NOVAIR



Respirateur de réanimation
LOWENSTEIN MEDICAL



Générateur de dialyse
B. BRAUN



Table de radiologie
os-poumon
SIEMENS HEALTHINEERS



Banaliseur de déchets
BERTIN TECHNOLOGIES



Défibrillateur, Moniteur
SCHILLER

Depuis plus de vingt ans, **Afrique Conception Distribution (ACD)** accompagne les structures de santé publiques et privées dans l'**acquisition, l'installation et la maintenance d'équipements médicaux** répondant aux standards internationaux de qualité.

Grâce à des **partenariats techniques** avec des **leaders mondiaux du secteur médical** et à un **service après-vente structuré et performant**, ACD apporte des solutions fiables, adaptées aux réalités du terrain et aux exigences des praticiens.

En tant que **sponsor officiel du 1^{er} Congrès Scientifique de la Médecine Privée du Sénégal** organisé par le SYMEPS, ACD s'inscrit pleinement dans la dynamique de **renforcement du secteur privé de la santé**, en soutenant l'**innovation, la performance médicale et l'amélioration continue de la prise en charge des patients**.

ACD réaffirme ainsi son engagement à demeurer un **partenaire stratégique des médecins et des établissements de santé**, au service d'un système de soins durable et tourné vers l'avenir.



Ambulance type B/C
fourgon



Ambulance type A
Toyota Land cruiser



Véhicule léger
médicalisée (VLM)

acd | Afrique
Conception
Distribution

Dialyse, Imagerie médicale, Bloc opératoire, Fluides médicaux

arcd Africa

Ambulances & Véhicules légers médicalisés

« +de 20 ans d'innovation au service de la santé »

Sicap Liberté 4 Lot B 104 • Dakar, Sénégal

Tél. : +221 33 825 74 52 • 77 213 20 24 • 76 163 57 03 (SAV)

Email : contact@acd.sn / contact@arcd-africa.com / intervention@acd.sn (SAV)

Web : www.acd.sn / www.arcd-africa.com