

République de Guinée
Travail – Justice – Solidarité

Ministère de la Santé et de l'hygiène Publique

**Direction Nationale de la Prévention et de
la Santé Communautaire**



**Programme National Intégré de Prévention et de
Contrôle des Maladies Non Transmissibles
(PNIPCMNT)**

Aout 2010

Sommaire

Introduction.....	4
1 CONTEXTE	7
1.1 Présentation du Pays.....	7
1.2 Situation Sanitaire de la Guinée	10
2 ANALYSE SITUATIONNELLE DES MNT.....	13
2.1 Ampleur des maladies non transmissibles.....	13
2.2 Capacités de réponse du système de santé aux MNT	17
3 ANALYSE STRATEGIQUE.....	21
3.1 Forces	21
3.2 Faiblesses	21
3.3 Opportunités	22
3.4 Menaces.....	22
4 PROGRAMME NATIONAL INTEGRE DE PREVENTION ET DE CONTROLE DES MNT.....	23
4.1 But du PNIPCMNT	23
4.2 Objectifs du PNIPCMNT	23
4.3 Stratégies du PNIPCMNT	24
4.4 Actions prioritaires du PNIPCMNT.....	24
4.5 Cadre de mise en Œuvre du PNIPCMNT	26
4.6 Financement du PNIPCMNT	30
4.7 Suivi et Evaluation du PNIPCMNT	30
4.8 Indicateurs du PNIPCMNT	31
5 ANNEXES	32
5.1 Annexe 1 : Cadre logique	32
5.1 Annexe 2 : Programmation physique	36
6 REFERENCES.....	41

SIGLES

AGEAD : Association Guinéenne pour l'Education et l'Aide aux Diabétiques

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

BG : Basse Guinée

CMC : Centre Médical Communal

EDS : Enquête Démographique et de Santé

FID : Fédération Internationale du Diabète

FNUAP : Fond des Nations Unis pour la Population

DNSP : Direction Nationale de la Santé Publique **HTA**

: Hypertension artérielle

MNT : Maladies chroniques Non Transmissibles

MSHP : Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

PIB : Produit Intérieur Brut

PND : Plan National de Développement Sanitaire

PNIPCMNT : Programme National Intégré de Prévention et de Contrôle des Maladies Non Transmissibles

PMA : Paquet Minimum d'Activités

PSF : Pharmaciens Sans Frontières

SNIS : Système National d'Information Sanitaire

STEPS : Enquête OMS sur les Facteurs de risque communs aux Maladies non transmissibles

WDF : World Diabetes Foundation

WHO-PEN : World Health Organization's Package of Essential Noncommunicable disease (Algorithmes de prise en charge des Maladies Non Transmissibles)

Introduction

Les maladies chroniques constituent la principale cause de maladie et de décès chez l'adulte dans le monde. Selon l'OMS les maladies chroniques non transmissibles (MNT) regroupent : le diabète, les maladies cardiovasculaires, les affections respiratoires chroniques, le cancer, la santé bucco-dentaire, la drépanocytose, les déficiences auditives et les maladies mentales. Parmi ces affections, les maladies cardiovasculaires, les cancers, les affections respiratoires chroniques et le diabète sont les premières causes de mortalité dans le monde. Dans le rapport de l'OMS « prévenir les MNT un investissement vital », ces quatre affections ont provoqué en 2005, 35 millions de décès, soit 60 % de l'ensemble des décès à l'échelle mondiale ⁽¹⁾. 80% de ces décès surviennent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire ; et ces chiffres sont en constante augmentation ⁽²⁾.

Ces maladies sont évitables par le contrôle des facteurs de risque qu'elles ont en commun, à savoir essentiellement le tabagisme, la mauvaise alimentation, la sédentarité et l'usage nocif de l'alcool. Selon les projections de l'OMS, si rien n'est fait, la mortalité due aux maladies non transmissibles augmentera de 17% dans le monde et d'environ 27% en Afrique au cours des dix prochaines années.

C'est pour cela que l'OMS a approuvé en mai 2000 le cadre politique de la stratégie mondiale de lutte contre les maladies chroniques non transmissibles. La riposte mondiale organisée à partir de cette date a connu les étapes suivantes :

- En 2003 l'élaboration de la convention cadre de l'OMS pour la lutte anti tabac ⁽³⁾;
- En 2004 l'élaboration de la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé ⁽⁴⁾ ;

¹ Organisation Mondiale de la Santé. Preventing chronic diseases. A vital investment. OMS 2005.

² Organisation Mondiale de la Santé. Prévention des Maladies Chroniques - Un investissement vital.

OMS agence de santé publique de Canada 2006.

Internet : http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/

³ Organisation Mondiale de la Santé. Convention-Cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. OMS 2004

⁴ Organisation Mondiale de la Santé. Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé. OMS 2004

- En 2007 l'élaboration du plan d'action mondial 2008-2013 de lutte contre les maladies non transmissibles en collaboration avec les états membres ⁽⁵⁾ ;
- En 2008 l'adoption du plan d'action mondial de lutte contre les maladies non transmissibles par l'assemblée Mondiale de la santé ;
- En 2010 de la stratégie visant à réduire l'usage nocif de l'alcool.

Le plan d'action mondial de lutte contre les maladies non transmissibles se fixe 6 objectifs, définit les mesures à prendre au cours de la période 2008-2013 aussi bien par les Etats que par les partenaires et propose les indicateurs de performance pour orienter les interventions aux niveaux national, régional et mondial.

Ces 6 objectifs sont :

1. Accorder un rang de priorité élevé aux MNT dans les activités liées au développement aux niveaux mondial et national, et intégré les activités de prévention et de lutte aux politiques de l'ensemble des ministères concernés ;
2. Elaborer des politiques et des plans nationaux de lutte contre les maladies non transmissibles et les renforcer ;
3. Promouvoir des interventions destinées à réduire les principaux facteurs de risques communs modifiables de maladies non transmissibles ;
4. Promouvoir la recherche pour prévenir et combattre les maladies non transmissibles ;
5. Promouvoir des partenariats pour prévenir et combattre les maladies non transmissibles ;
6. Suivre les maladies non transmissibles et leurs déterminants et évaluer les progrès accomplis au niveau national, régional et mondial.

En Guinée, plusieurs programmes nationaux ont été mis en place dans le cadre de la lutte contre les maladies non transmissibles. Il s'agit des programmes de lutte contre le diabète ⁽⁶⁾, contre les maladies cardiovasculaires ⁽⁷⁾ le cancer ⁽⁸⁾, les maladies mentales ⁽⁹⁾.

⁵ Organisation Mondiale de la Santé. Plan d'action 2008 – 2013 pour la stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles. OMS

⁶ Ministère de la santé et de l'hygiène publique - Programme National de Prévention et de Lutte contre le Diabète, République de Guinée Juillet 2007

⁷ Ministère de la santé et de l'hygiène publique - Programme National de Prévention et de Lutte contre les Maladies Cardiovasculaires en Guinée. République de Guinée Août 2007

Ces programmes ne disposent ni de structures adéquates, ni des ressources nécessaires à leur mise en œuvre efficace, ni des procédures de gestion requises. Un point focal a été désigné pour la drépanocytose et une analyse situationnelle réalisée.

Les informations étayant au mieux la situation des MNT ont été obtenues à partir des données issues du système d'information sanitaire, des résultats de l'enquête STEPS 2009 et du document de synthèse des capacités nationales de riposte vis-à-vis des MNT.

Les facteurs de risques communs au diabète, à l'HTA, aux maladies cardiovasculaires, aux affections respiratoires chroniques et aux Cancers constituent un motif important pour l'intégration des activités de prévention et de contrôle de ces affections. Cette intégration permettra une meilleure coordination des interventions et un financement plus efficient.

Pour prévenir et contrôler les principales MNTs en Guinée, il est nécessaire de créer un programme national intégré de prévention et de contrôle des maladies non transmissibles. La mise en œuvre de ce programme permettra de prendre en compte les objectifs régionaux et mondiaux auxquels le gouvernement de la République de Guinée a souscrit.

Tenant compte des facteurs de risques communs et modifiables des MNT, de l'importance épidémiologique, de la charge de morbidité, la facilité d'intégration des MNT et des engagements du gouvernement à mettre en œuvre les initiatives et directives internationales, les MNT comprises dans le présent programme sont :

- Le diabète
- Les Maladies cardiovasculaires
- Les Cancers
- Les affections respiratoires chroniques non transmissibles

Les autres MNT seront progressivement intégrées au présent Programme selon les besoins.

⁸ Ministère de la santé et de l'hygiène publique - Programme National de Lutte contre le Cancer. République de Guinée Juin 2004

⁹ Ministère de la santé et de l'hygiène publique - Programme National de Lutte contre les maladies mentales. République de Guinée 2000

1 CONTEXTE

1.1 Présentation du Pays

1.1.1 Données Physiques

La République de Guinée est située en Afrique Occidentale, entre 7° et 12° latitude nord et 8° et 15° longitude ouest. Elle est limitée par La Guinée Bissau au nord-ouest, le Sénégal et le Mali au nord, la Côte d'Ivoire et le Mali à l'est, le Liberia et la Sierra Leone au sud et l'Océan Atlantique à l'ouest. Le pays est bordé par 300 km de côte et s'étend sur 800 km d'est en ouest et 500 km du nord au sud. Sa superficie totale est de 245 857 km².

1.1.2 Données géographiques

Sur le plan géographique, La Guinée est divisée en quatre régions naturelles qui sont : la basse guinée, la moyenne Guinée, la haute Guinée et la Guinée forestière.

La basse Guinée est une région de plaines côtières qui couvre 18% du territoire national et qui se caractérise sur le plan climatique par de fortes précipitations qui varient entre 3000 et 4000 mm par an.

La moyenne Guinée est une région de massifs montagneux qui couvre 22% du territoire national, avec des niveaux de précipitations annuelles qui varient entre 1500 et 2000 mm.

La haute Guinée est une région de plateaux et de savanes arborées qui couvre 40% de la superficie du pays et où le niveau des précipitations varie entre 1000 et 1500 mm par an.

La Guinée forestière est un ensemble de massifs montagneux qui couvre 20% du territoire national, avec une pluviométrie qui varie entre 2000 et 3000 mm.

1.1.3 Données démographiques

Selon les données du recensement de 1996, la population guinéenne se chiffre à 7.557.027 habitants, contre un chiffre de 4 700 000 habitants en 1983. Le taux d'accroissement naturel est de 2,8%. En y ajoutant les effets des mouvements migratoires, le taux annuel d'accroissement est de 3,1%. Les projections indiquent que si ce taux se maintient, la population guinéenne sera de 10,6 millions d'habitants à l'horizon 2010. Les principaux indicateurs sociodémographiques sont présentés dans le tableau ci-après.

Tableau n°1 : Principaux indicateurs sociodémographiques

Indicateur	Zone rurale	Zone urbaine	Pays
Taux de natalité	40,8‰	31,8‰	38,4‰
Taux de mortalité infanto-juvénile	133‰	204‰	163‰
Taux de mortalité maternelle	-	-	980 pour 100 000 naissances vivantes
Indice synthétique de fécondité	6,3	4,4	5,7

Source : EDS 2005

1.1.4 Education

Le taux net de fréquentation scolaire (TNFS) pour le primaire est de 44 % (**EDS, 2005**). Ce taux est de 47% pour les garçons contre 41% pour les filles. En outre, il présente des écarts selon le milieu de résidence : milieu rural 34 % contre 70 % pour le milieu urbain.

Le taux d'alphabétisation de la population guinéenne est de 31,7% et se caractérise par un déséquilibre entre les hommes et les femmes, avec les proportions respectives de 55,5% et 22,1% pour le pays (**EDS, 2005**). Ce taux d'alphabétisation varie entre 40% et 50% selon les régions. Il se caractérise par un déséquilibre entre les hommes et les femmes, avec des proportions respectives de 41% et 22% pour le pays. Cette situation influe négativement sur l'adoption de certains comportements favorables à la santé et la transmission de messages de Communication pour un Changement de Comportement.

A cause du bas niveau d'éducation de la majorité de la population, les comportements adoptés par la population sont peu favorables à la santé. Ils se caractérisent par un faible respect des règles d'hygiène de l'environnement, le manque d'informations sur la sexualité, les méthodes contraceptives, les bonnes habitudes alimentaires, les méfaits du tabac et l'abus d'alcool. L'embonpoint est valorisé, surtout chez les femmes.

De plus, on note une augmentation de la criminalité, de la consommation de la drogue et des accidents de route, surtout en milieu urbain.

Quelques études menées sur l'itinéraire thérapeutique montrent que la majorité des malades commencent ou terminent leurs soins en médecine traditionnelle. Lorsque certains signes

(ictère, par exemple) apparaissent, le malade n'est jamais conduit à une structure de soins «moderne», sauf en phase terminale. Ceci montre l'importance accordée à la médecine traditionnelle par la population et le poids des croyances sur le choix de leurs options thérapeutiques.

1.1.5 Organisation administrative

Au plan administratif, la Guinée est divisée en 7 régions administratives auxquelles s'ajoute la ville de Conakry qui jouit d'un statut de collectivité décentralisée spécifique. Le pays compte 33 préfectures, 38 communes urbaines dont 5 à Conakry et 302 communautés rurales de développement. Ces collectivités se subdivisent en 308 quartiers (urbains) et 1615 districts (ruraux). (EDS, 2005).

1.1.6 Economie

La monnaie nationale du pays est le franc guinéen et la politique économique de la Guinée est basée sur le libéralisme économique adopté en 1985. La performance économique acquise s'est traduite par un taux de croissance économique moyenne de 4,8% (1990 à 1999.) et un taux d'inflation de 1,9% en 1997 (EDS, 2005).

Toutefois, cette tendance s'est inversée durant la période de 2000 à 2005 par la chute du prix de la bauxite sur le marché international, l'insécurité au niveau des frontières, la suspension de la coopération avec les principaux bailleurs de fonds etc.

Durant ces périodes, le taux de croissance économique moyen s'est établi à environ 2,3%, contre un objectif de 5% initialement fixé dans le DSRP1, et l'inflation est passée de 5,4% en 2002 à 39,1% en 2006, contribuant ainsi à une détérioration du pouvoir d'achat des populations. Le phénomène de la pauvreté est beaucoup plus marqué dans les zones rurales des régions naturelles. (DSRP2, 2007). L'agriculture, l'élevage et la pêche sont les principales occupations des populations. Le pays regorge d'importants gisements de bauxite, de fer et d'autres minerais.

1.1.7 Niveau socio-économique

Le niveau de pauvreté de la population guinéenne reste préoccupant. Près de la moitié de la population (49,2 %) vit au-dessus du seuil de pauvreté c'est-à-dire dispose d'une consommation par tête inférieure à 387.692 FG (196 USD) par personne et par an. Parmi

ces individus pauvres, 19,1% de la population vivent en pauvreté extrême, c'est-à-dire disposent d'un revenu au-dessous de 228.900 FG (116 USD) par personne et par an **(DSRP2, 2007)**

La pauvreté continue d'être un phénomène rural, près de 60 % de la population de ce milieu est pauvre contre 23,5% en milieu urbain. L'examen des indicateurs de pauvreté selon la région naturelle montre que la Haute Guinée et la Moyenne Guinée demeurent les régions les plus pauvres du pays avec des ratios de pauvreté respectifs de 67,5 % et 55,4 %. **(DSRP2, 2007).**

1.2 Situation Sanitaire de la Guinée

1.2.1 Etat de santé de la population

Au niveau des structures primaires publiques et privées, les principales causes de consultations sont le paludisme, les maladies diarrhéiques aiguës, les parasitoses intestinales, les infections respiratoires aiguës, les maladies sexuellement transmissibles, les états de malnutrition, les affections bucco-dentaires et les traumatismes divers. Les statistiques en milieu hospitalier indiquent que les principales causes d'hospitalisation sont : le paludisme, les infections respiratoires, les anémies non drépanocytaires, les maladies diarrhéiques, les maladies chirurgicales, les affections gynécologiques et les maladies cardiovasculaires.

Les causes de mortalité au sein de la population ne sont pas connues, à cause de la faiblesse de l'état civil et de l'absence d'études à une échelle nationale. Les informations recueillies dans les établissements hospitaliers publics renseignent que les principales causes de mortalité sont : le paludisme pernicieux, les infections respiratoires basses, les anémies chez les enfants, les maladies cardiovasculaires, les affections hépatiques, les tumeurs et les complications liées à l'accouchement chez les adultes. A ces causes s'ajoutent, en augmentation progressive, le SIDA, le diabète sucré et l'hypertension artérielle.

Les niveaux des principaux indicateurs de mortalité selon l'enquête démographique et de santé (EDS) de 2005 sont les suivants : Taux de mortalité infantile 91 pour mille ; Taux de mortalité infanto-juvénile 163 pour mille ; Taux de mortalité maternelle : 980 pour 100 000 naissances vivantes.

1.2.2 Structure générale du système de soins

Le système de soins guinéen est composé des sous secteurs public et privé.

Le sous-secteur public est organisé de façon pyramidale et comprend de la base au sommet : le poste de santé, le centre de santé, l'hôpital préfectoral, l'hôpital régional et l'hôpital national. Le sous-secteur privé comprend d'une part les structures médicales et d'autre part les structures pharmaceutiques.

Dans la typologie du sous-secteur médical, on distingue le cabinet de soins infirmiers ou de sage-femme, le cabinet de consultations médicales et la clinique.

Les structures pharmaceutiques et biomédicales sont composées des points de vente, des officines privées, des sociétés grossistes et des laboratoires d'analyses biomédicales.

1.2.3 Ressources du secteur

1.2.3.1 Infrastructures sanitaires

Les infrastructures du secteur sont constituées essentiellement d'établissements de santé répartis entre les secteurs public et privé.

L'ensemble des infrastructures présente des états physiques et fonctionnels différents à cause des décalages dans leur réalisation, dans les méthodes technologiques utilisées et dans la maintenance.

Le niveau des équipements correspond généralement à celui défini dans la carte sanitaire, mais avec des différences notables dans leur fonctionnalité.

Le secteur informel se développe rapidement et de façon incontrôlée. Bien qu'il contribue à rendre disponibles les services de santé, l'on ignore tout des tarifs appliqués et, surtout, de la qualité de ces services. Il met en péril la viabilité des structures officielles.

Le secteur pharmaceutique et biomédical est composé de 230 officines, 40 points de vente et 10 laboratoires.

1.2.3.2 Ressources humaines

L'ensemble des structures sanitaires du pays emploie 11 536 travailleurs dont 9710 professionnels de la santé correspondant à 84,17% des travailleurs (**MSHP, 2009**).

Le secteur public renferme l'essentiel de ces ressources humaines : 86,97% des travailleurs et 87,97% de professionnels de santé, et constitue ainsi le secteur prépondérant de la santé en Guinée.

L'analyse de la qualification et de la distribution du personnel a montré de sérieux problèmes de gestion et trois types importants de déséquilibre : quantitatif, qualitatif et de distribution.

Les problèmes de gestion sont liés à la démotivation du personnel, l'absence de différenciation des tâches des différentes catégories de prestataires, faute de description de poste.

Le déséquilibre quantitatif se caractérise par l'excès de certaines catégories professionnelles (ATS et médecins par exemple) et l'insuffisance ou l'absence d'autres (sages-femmes, préparateurs en pharmacie, assistants sociaux par exemple).

Le déséquilibre qualitatif est lié au faible niveau des élèves au recrutement, à la faiblesse des capacités d'encadrement (insuffisance numérique d'encadreurs, manque de matériel didactique, de bibliothèque, etc.), à l'absence de plan de carrière, à l'inadéquation entre les compétences de certains agents et les fonctions qu'ils assument.

Le déséquilibre de distribution se caractérise par une répartition inéquitable du personnel entre Conakry et le reste du pays, les zones urbaines et les zones rurales et même entre les régions.

1.2.3.3 Ressources financières et financement du secteur

Le financement du secteur de la santé provient de quatre sources principales : l'Etat, les collectivités locales, la population et les bailleurs de fonds.

En Guinée le secteur de la santé est sous financé comparativement aux normes minimales requises pour le financement des interventions essentielles en santé, estimées à 34 dollar EU par habitant et par an. Les dépenses totales en santé étaient de 22 Dollars EU par habitant en 2004. Les dépenses totales de santé en pourcentage du PIB sont estimées à 5,3 %. L'Etat alloue à la santé 4,5 % des dépenses publiques et 7,3 % des dépenses de santé sont financés par l'aide extérieure. Les versements directs des utilisateurs des services de soins représentant plus de 99 % des dépenses privées en santé ^[10].

¹⁰ Ministère de la santé et de l'hygiène publique- Plan National de Développement Sanitaire. 2003

2 ANALYSE SITUATIONNELLE DES MNT

En République de Guinée, les MNT constituent un problème majeur de santé publique. Les données disponibles montrent qu'elles sont en constante progression.

2.1 Ampleur des maladies non transmissibles

2.1.1 Le diabète

L'enquête STEPS menée en 2009 sur les facteurs de risque des MNT à Conakry et en Basse Guinée ⁽¹¹⁾ a permis d'obtenir les données suivantes :

- Dans la population âgée de 15 à 64 ans la prévalence du diabète était de 3,5% ; elle était de 5,2% chez les sujets âgés de 25 à 64 ans. Les hommes étaient concernés de la même manière que les femmes respectivement : 3,4% et 3,6%.
- La prévalence du diabète dans la population âgée de 15 à 64 ans était de 3,1% dans la ville de Conakry, et de 3,9% et 3,8% respectivement en zone urbaine et en zone rurale pour la région de la Basse Guinée.
- Au cours de l'enquête il est apparu que 74,3% des cas de diabète n'étaient pas diagnostiqués.
- Parmi les cas de diabète connus, la majorité n'était pas traitée.

Cependant, il faut mentionner que les données comparables pour les autres régions naturelles du pays ne sont pas disponibles.

La mortalité intra hospitalière liée au diabète (7.67 % des admissions) est essentiellement le fait de complications aiguës (acidocétose) intriquées avec les complications infectieuses notamment les lésions du pied diabétique ⁽¹²⁾.

2.1.2 Les maladies cardiovasculaires

L'étude STEPS ⁽¹³⁾ a permis d'obtenir les données suivantes sur l'hypertension artérielle.

¹¹ Ministère de la santé et de l'hygiène publique/OMS : Note de synthèse de l'enquête STEP – Guinée. République de Guinée 2010

¹² Baldé NM, Bah H, Sangaré M Bah, Abdalah A, Diallo AS. Quelles sont les causes de mortalité chez les diabétiques au CHU de Donka ? Guinée Médicale 1999;26:27-32.

- L'HTA concerne 28,1% de la population enquêtée, dont 28,3% chez les hommes et 28,0% pour les femmes. Ce pourcentage était de 23,8 % à Conakry, 25,1% en Basse Guinée urbaine et 34,1% en Basse Guinée rurale.
- Les cas d'HTA méconnus représentaient 74,0% des cas.

Selon les données issues des statistiques du Service de Cardiologie de l'Hôpital National Ignace Deen, l'hypertension artérielle était la pathologie la plus fréquemment observée en 2009 avec 51% des admissions ; les cardiopathies ischémiques représentaient 8,41% (¹⁴).

Sur l'ensemble du territoire, le nombre de cas de maladies cardiovasculaires pris en charge dans les structures sanitaires entre 2004 et 2008 est de 31 162 cas. Ce total de cas est reparti comme suit : ville de Conakry : 10 323 cas ; région de Kindia : 2 581 cas ; région de Boké : 2 684 cas ; région de Mamou : 2 422 cas ; région de Labé : 1 579 cas ; région de Kankan : 2 775 cas ; région de Faranah : 3 203 cas et région de N'Zérékoré : 5 595 (¹⁵).

2.1.3 Les cancers

Les données disponibles tirées du registre du cancer de Conakry (¹⁶) pour la période de 1992 à 2006 montrent que :

- Le taux d'incidence du cancer du col de l'utérus à Conakry était de 48,3 p. 100 000 femmes. La tranche d'âge la plus concernée par ce cancer était celle de 35-45 ans.
- Le cancer du sein a un taux d'incidence de 0,3 p. 100 000 hommes et 14,3 p. 100 000 femmes.
- Le cancer du foie est le plus fréquent des cancers dans le sexe masculin (31,5 p. 100 000 hommes).
- Le cancer de la prostate est de 15,5 p. 100 000 hommes.
- Chez l'enfant, le lymphome de Burkitt est le cancer le plus fréquent, suivi du néphroblastome.

¹³ Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, OMS – Guinée, Enquête STEPS à Conakry et en Basse Guinée, 2009, Note de Synthèse

¹⁴ Service de Cardiologie, Hôpital National Ignace Deen, CHU de Conakry. Statistiques de monitoring 2009.

¹⁵ Données SNIS, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, 2004-2006

¹⁶ Registre du Cancer de la Ville de Conakry. Service d'Anatomo-pathologie CHU de Donka-Conakry. République de Guinée

2.1.4 Les affections respiratoires chroniques

La prévalence de l'asthme bronchique et des affections associées en milieu scolaire chez les élèves âgés de 13 à 14 ans, était de 10,3% (IC : 9,25-11,37) en 1995-1996 ⁽¹⁷⁾. En 2002-2003 la prévalence de l'asthme bronchique était de 12,4% en milieu scolaire à Conakry ⁽¹⁸⁾.

2.1.5 La drépanocytose

Les données disponibles sont issues de l'analyse rétrospective des résultats de demande du test d'Emmel dans les laboratoires privés et publics du pays. Le test d'Emmel était positif dans 11,57% des demandes de routine de cet examen en 2007 et 2008 ⁽¹⁹⁾.

2.1.6 Association des MNT

L'association des MNT chez un même patient n'est pas rare. Ainsi :

- La moitié (50,12%) des patients diabétiques de type 2 suivis dans le service d'Endocrinologie de l'hôpital national de Donka souffre d'une hypertension artérielle, 39,04 % d'entre eux ont une dyslipidémie, 50 % présentent une obésité et 40 % de ces patients sont fumeurs ⁽²⁰⁾.
- Parmi les patients admis au Service de Cardiologie de l'hôpital national Ignace Deen pour hypertension artérielle, 57,9 % ont une Insuffisance Cardiaque et 17,2 % un AVC en 2007 ⁽²¹⁾.
- Les résultats de l'enquête réalisée en Moyenne Guinée en 2003, montrent que l'HTA est fréquemment associée aux dyslipidémies ⁽²²⁾.

2.1.7 Facteurs de risque des MNT

Les MNT partagent des facteurs communs de risque. L'OMS retient une liste restreinte de 8

¹⁷ Ampleur de l'asthme et des affections associées chez les élèves de 13 à 14 ans à Conakry. Service de Pneumologie, Ministère de la santé et de l'hygiène publique.

¹⁸ Enquête ISAAC – International Study of Asthma and Allergies in Childhood ; 2002-2003.

¹⁹ Ministère de la santé et de l'hygiène publique. Analyse situationnelle de la Drépanocytose en Guinée. Février 2010. République de Guinée

²⁰ Baldé MD et al. Hypertension artérielle au CHU de Conakry. Guinée Médicale 2003;42:47-50

²¹ Ministère de la santé et de l'hygiène publique. Analyse situationnelle du Programme Maladies Cardiovasculaires. 2007. République de Guinée.

²² Baldé MD, Baldé NM, Kaba ML, Diallo I, Diallo MM, Kaké A, Bah D, Camara A, Baldé. M. Hypertension artérielle : épidémiologie et anomalies métaboliques au Foutah Djallon en Guinée. Mali Med 2006;21(3):19-22.

facteurs de risque modifiables, faciles à mesurer. Ces facteurs de risque prennent en compte 80% de la charge de morbidité liée aux MNT.

Les données disponibles ont été recueillies au cours de l'Enquête STEPS réalisée dans la ville de Conakry et en Basse Guinée ⁽²³⁾.

2.1.7.1 Tabac

Le pourcentage de la population fumant actuellement du tabac est de 12,8%, dont 23,2% chez les hommes et 2,0% chez les femmes. Ce pourcentage est de 10 % à Conakry, 10,5% en zone urbaine et 16,7 % en zone rurale Basse Guinée.

2.1.7.2 Alcool

Le pourcentage de la population qui consomme de l'alcool actuellement (ceux qui ont bu de l'alcool au cours des 30 derniers jours) est de 2,3%, dont 3,9% chez les hommes et 0,6% chez les femmes. Ce pourcentage est de 3,5% à Conakry, 2,5% en zone urbaine et 0,7 % en zone rurale en BG.

2.1.7.3 Consommation insuffisante de fruits et légumes

Le pourcentage des adultes qui consomment moins de 5 portions de fruits et légumes en moyenne par jour était de 79,3% dont 81,2% chez les hommes et 77,3% pour les femmes. Ce pourcentage est de 88 % à Conakry, 77,8% en zone urbaine et 69,4% en zone rurale en BG.

2.1.7.4 Bas niveau d'activité physique

Le pourcentage de la population qui a un niveau bas d'activité physique (soit <600 MET-minutes/semaine) était de 14,2% ; 9,2% chez les hommes et 19,3% pour les femmes. Ce pourcentage était de 19,3 % à Conakry, 20% en zone urbaine et 6,3% en zone rurale en BG.

2.1.7.5 Surcharge pondérale et obésité

Le pourcentage de la population atteint de surcharge pondérale est de 18,2% dont 11,4% chez les hommes et 25,8% pour les femmes. Ce pourcentage était de 23 % à Conakry, 25,8% en zone urbaine et 10,1% en zone rurale pour la BG.

2.1.7.6 Hyperglycémie modérée à jeun

Pourcentage de la population ayant des troubles de la glycémie à jeun défini par une valeur du

²³ Ministère de la santé et de l'hygiène publique/OMS : Note de synthèse de l'enquête STEPS – Guinée. République de Guinée 2010

sang total capillaire $\geq 100\text{mg/dl}$ et $<110\text{mg/dl}$ est de 1,6% ; 1,9% chez les hommes et 1,3% pour les femmes. Ce pourcentage est de 2,3 % à Conakry, 0,3% en zone urbaine et 1% en zone rurale pour la BG.

2.1.7.7 Hypercholestérolémie

Le pourcentage de la population ayant un taux de cholestérol élevé ($\geq 190\text{ mg/dl}$ ou actuellement sous traitement médical pour un cholestérol élevé) : 9,8% dont 6,3% chez les hommes et 13,4% pour les femmes. Ce pourcentage est de 14,3 % à Conakry, 11,5% en zone urbaine et 4,1 % en zone rurale en Basse Guinée.

Les données STEPS n'ont pas été recueillies pour les autres régions de la Guinée.

Peu d'informations sont disponibles sur les facteurs de risque spécifiques pour la drépanocytose (consanguinité) et certains cancers (infections virales : hépatites B et C, papillomavirus, Aflatoxines, etc.).

2.1.7.8 Association de facteurs de risque pour les MNT

Le pourcentage de la population de 25 à 44 ans qui avait 3 facteurs de risque ou plus était de 15,4% ; ce pourcentage était de 21,6 % pour les sujets âgés de 25 à 64 ans et de 35,2% pour les sujets âgés de 45 à 64 ans. Le pourcentage de la population de 25 à 64 ans qui n'avait aucun des facteurs mentionnés ci-dessus n'était que de 7,9% ⁽²⁴⁾.

Les informations sur les associations de facteurs de risque des autres pathologies MNT ne sont pas disponibles.

2.2 Capacités de réponse du système de santé aux MNT

L'analyse sur les capacités de réponse du système de santé face aux MNT a fait l'objet d'une enquête réalisée en partenariat avec l'OMS ⁽²⁵⁾.

2.2.1 Structures pour le dépistage et la prise en charge des MNT

Ces dernières années, des progrès ont été réalisés pour améliorer la prise en charge des patients diabétiques. Ainsi, en plus du service d'Endocrinologie et Diabétologie du CHU de Conakry, 6 hôpitaux régionaux sur 7 disposent d'une unité fonctionnelle de prise en charge des

²⁴ Ministère de la santé et de l'hygiène publique/OMS : Note de synthèse de l'enquête STEPS – Guinée. République de Guinée 2010

²⁵ Ministère de la santé et de l'hygiène publique/OMS : Profil du pays concernant les capacités et les mesures de lutte contre les maladies chroniques non transmissibles. République de Guinée 2010

patients diabétiques. Des initiatives sont parallèlement en cours pour améliorer l'offre et la qualité des soins des patients diabétiques : accès au dosage de l'hémoglobine glyquée, amélioration de l'accès à l'insuline notamment pour les enfants diabétiques, prévention et prise en charge du pied diabétique, éducation des patients.

La prise en charge des sujets ayant un cancer n'est effective que dans les hôpitaux nationaux et dans une clinique privée à Conakry. La décentralisation du dépistage des lésions précancéreuses du col de l'utérus est effectuée dans les Centres Médicaux Communaux et dans certains hôpitaux préfectoraux et régionaux.

La prise en charge de l'hypertension artérielle se fait selon les PMA dans les différentes structures de soins. L'offre de soins des maladies cardiovasculaires n'est effective que dans les hôpitaux, et se fait en fonction des capacités de la structure. Il n'existe cependant pas de prise en charge standardisée pour les différents niveaux de structures. Il en est de même pour les affections respiratoires chroniques et la drépanocytose. Il n'y a pas encore de structures formalisées de prise en charge des sujets drépanocytaires.

2.2.2 Médicaments et équipements

La disponibilité de produits pharmaceutiques à coût abordable pour les patients est l'un des principaux problèmes de la prise en charge des MNT. Le nombre de molécules inscrites dans la liste nationale des médicaments essentiels pour la prise en charge de ces maladies est insuffisant par rapport aux besoins actuels. Le recours à la médecine traditionnelle pour le traitement des MNT est très fréquent ⁽²⁶⁾.

L'électrophorèse de l'hémoglobine n'est disponible que dans 3 laboratoires privés à Conakry.

Le matériel de dépistage des MNT et de leurs complications est peu disponible : lecteurs de glycémies, dosage du cholestérol, électrophorèse, hémoglobine glyquée, ionogramme sanguin, électrocardiographe, échodoppler, mammographe, chimiothérapie, colposcope, etc. Ce matériel est principalement disponible à Conakry dans les hôpitaux nationaux et les structures privées.

Certains équipements essentiels dans la prise en charge des MNT et de leurs complications ne sont pas du tout disponibles en Guinée : matériels pour la réalisation de l'épreuve d'effort, la

²⁶ Baldé NM, Youla A, Baldé MD, Kaké A, Diallo MM, Baldé MA, Maugendre D. Herbal medicine and treatment of diabetes in Africa: an example from Guinea. *Diabetes Metab* 2006;32(2):171-5

rétinographie, l'angiographie rétinienne, le holter tensionnel, la radiothérapie, la chimiothérapie, la chirurgie vasculaire etc. Les dosages de marqueurs spécifiques ne sont pas disponibles : CPK MB, microalbuminurie, ionogramme urinaire, marqueurs tumoraux.

2.2.3 Ressources humaines

L'effectif du personnel de santé formé au diagnostic et à la prise en charge des MNT est très insuffisant. Si l'on exclu celui des hôpitaux nationaux, ce personnel est constitué essentiellement de ceux des unités de diabétologie des hôpitaux régionaux et pour le dépistage des lésions précancéreuses du col et l'autopalpation du sein dans certains hôpitaux régionaux et préfectoraux/CMC.

2.2.4 Associations de patients vivants avec les MNT

Différentes associations, en partenariat avec des ONG, œuvrent dans le domaine du diabète, des maladies cardiovasculaires et de la drépanocytose en Guinée. Ces associations ne sont pas fédérées au plan national. Parmi les associations de lutte contre le diabète, l'AGEAD est la seule association présente dans toutes les villes qui ont une unité de diabétologie, membre de la Fédération Internationale du Diabète et participe à ce titre à tous les fora internationaux sur le diabète. L'ONG SOS drépanocytose est la plus active dans ce domaine.

2.2.5 Ressources financières allouées aux MNT

Il n'y a pas une ligne budgétaire spécifique aux MNT. Cependant, certains programmes de lutte contre les MNT (cancer, diabète et maladies cardiovasculaires) sont l'objet d'une ligne dans le budget national de développement. Malgré tout, ces fonds alloués ne sont pas accessibles.

Des partenaires institutionnels comme l'OMS, le FNUAP appuient certaines activités dans le cadre de leurs plans de coopération annuels.

Peu d'ONG ou d'institutions spécialisées appuient la lutte contre les MNT. Cependant dans le cadre du diabète, certaines institutions spécialisées (Fondation Mondiale pour le Diabète, Pharmaciens Sans Frontières, Fédération Internationale du Diabète) appuient la formation du personnel et de la mise en place d'une offre structurée de soins. Le laboratoire Novo-Nordisk offre de l'insuline gratuite pour le traitement des enfants diabétiques, dans le cadre d'un projet global qui vise à organiser de manière optimale toutes les composantes de la prise en charge.

2.2.6 Système d'information

Le volet surveillance des MNT n'est pas pris en compte par le système d'information du Ministère de la Santé. Les données collectées sur les MNT sont très partielles et ne permettent pas de suivre de façon appropriée les indicateurs liés à la réduction des facteurs de risque et de la maladie. Les facteurs de risque des MNT ne sont pas notifiés. Par ailleurs, des enquêtes ne sont pas réalisées pour suivre la variation de ces facteurs de risque. Il n'y a pas de personnel qualifié à la collecte, au traitement et à l'analyse des données collectées sur les MNT. Le système de suivi/évaluation des programmes de lutte contre le diabète, le cancer, les maladies cardiovasculaires et la drépanocytose ne sont pas fonctionnels.

2.2.7 Gouvernance du système

Les MNT ont été retenues comme priorité dans le document de politique du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. Cependant, l'opérationnalisation de cette politique dans sa composante lutte contre les MNT accuse du retard.

La prise en charge des MNT se fait à travers 4 programmes distincts disposant chacun de ressources propres avec un système de coordination spécifique à chaque maladie. La coordination des interventions se fait au niveau de la DNSP. Il n'existe pas de façon explicite un manuel de procédures administratives et de gestion de ces programmes.

3 ANALYSE STRATEGIQUE

Dans cette section il sera abordé les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces du système de santé vis-à-vis des MNT.

3.1 Forces

- Les MNT sont retenues comme une priorité au niveau national et inscrites au Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) ;
- L'existence d'un système de soins de santé primaires ;
- Les interventions réalisées dans le cadre de la prise en charge des MNT sont intégrées au système de soins ;
- Des initiatives de décentralisation dans la lutte contre les MNT existent dans les districts et régions sanitaires ;
- L'enquête STEPS a permis de mesurer l'ampleur des facteurs de risque des MNT à Conakry et en Basse Guinée ;
- L'analyse situationnelle sur la drépanocytose a révélé l'ampleur de cette affection dans le pays ;
- L'existence d'un registre national de cancer.

3.2 Faiblesses

- Le faible niveau de financement public du système de santé et de soins ;
- Le coût de la prise en charge des MNT est essentiellement supporté par les ménages ;
- Le faible niveau de couverture et l'insuffisance des équipements pour la prise en charge des MNT ;
- Le faible niveau de compétences des agents de santé pour la prise en charge des MNT ;
- La faible capacité de surveillance des MNT ;
- Le peu d'intérêt pour la recherche vis-à-vis des MNT ;
- La faible disponibilité et la faible accessibilité aux médicaments, dispositifs de surveillance et consommables ;

- La faible diffusion et la faible utilisation des stratégies et guides de prise en charge disponibles pour certaines MNT ;
- L'insuffisance des aires pour la pratique du sport ou de l'exercice physique ;
- La faible implication des communautés.

3.3 Opportunités

- L'existence d'autres politiques et programmes sectoriels qui peuvent avoir des points de convergence avec la vision transversale dans la prévention primaire des facteurs de risque des MNT (Agriculture, Commerce, Jeunesse et Sport, Education, etc.) ;
- Le soutien des partenaires, ONG et associations intéressés aux MNT ;
- L'engagement du gouvernement à la réduction de la pauvreté à travers la Stratégie de Réduction de la Pauvreté ;
- La politique de promotion de la santé existe au niveau du Ministère de la Santé.

3.4 Menaces

- Les cadres de gouvernance politique, juridique et économique du pays.

4 PROGRAMME NATIONAL INTEGRE DE PREVENTION ET DE CONTROLE DES MNT

4.1 But du PNIPCMNT

Le but du Programme National Intégré de Prévention et de Contrôle des Maladies Non Transmissibles (PNIPCMNT) est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population.

4.2 Objectifs du PNIPCMNT

4.2.1 Objectif général

L'objectif général du Programme National Intégré de Prévention et de Contrôle des Maladies Non Transmissibles (PNIPCMNT) est de réduire de 10% la morbidité et de 20% la mortalité liées aux MNT d'ici 2015.

4.2.2 Objectifs Spécifiques

Les objectifs spécifiques sont :

1. Intégrer la prévention et le contrôle des MNT dans au moins 60% dans les politiques et programmes sectoriels du pays d'ici 2015 ;
2. Réduire d'au moins 10% le niveau d'exposition des individus et des populations aux facteurs de risques communs aux MNT et aux déterminants sociaux d'ici 2015 ;
3. Répondre à 40% des besoins de soins et de services des personnes atteintes de MNT d'ici 2015 ;
4. Mobiliser au moins 80% des ressources financières requises en faveur des MNT d'ici 2015.

4.3 Stratégies du PNIPCMNT

Le PNIPCMNT comporte 5 axes stratégiques :

La politique de contrôle des MNT est fondée sur les axes stratégiques suivants :

1. Promotion de l'activité physique, des bonnes habitudes alimentaires, la lutte contre le tabagisme et l'usage nocif de l'alcool
2. Renforcement des capacités de prise en charge des MNT y compris la réadaptation et la réinsertion sociale
3. Mise en place des mécanismes de financement
4. Promotion de la recherche opérationnelle sur les MNT
5. Développement du partenariat entre les secteurs concernés par les MNT (Agriculture, Economie-Finances, Commerce, Education, Jeunesse et Sports, Justice, Urbanisme, Tourisme et Habitat, Décentralisation, etc.).

4.4 Actions prioritaires du PNIPCMNT

Les principales activités du PNIPCMNT sont définies ci-dessous, par axe stratégique.

4.4.1 Développement du partenariat entre les secteurs concernés pour le contrôle des MNT

- Promouvoir la production locale et la consommation des fruits et légumes
- Réglementer l'exportation et la vente des fruits et légumes
- Elaborer/Appliquer les textes législatifs relatifs à l'usage public du tabac et de l'alcool
- Augmenter les taxes à l'importation du tabac et de l'alcool
- Créer des espaces fumeurs
- Créer/Développer des aires et pistes pour la pratique de l'exercice physique
- Promouvoir la législation antitabac par la mise en œuvre de la convention cadre de lutte contre le tabac de l'OMS
- Mettre en place des structures de gestion du tabagisme en milieu scolaire.

4.4.2 Promotion de l'activité physique, des bonnes habitudes alimentaires et de la lutte contre le tabagisme et l'usage nocif de l'alcool

- Organiser des tribunes radiodiffusées pour promouvoir l'activité physique et les bonnes habitudes alimentaires
- Réaliser les activités de communication interpersonnelle et médiatiques pour les populations sur les avantages d'une alimentation saine et équilibrée Promouvoir des activités de communication sur le mérite de l'activité physique sur la santé
- Sensibiliser la population sur les méfaits du tabac et l'usage nocif de l'alcool
- Célébrer les journées mondiales de lutte contre les facteurs de risque
- Impliquer les communautés dans les campagnes d'information et de communication pour le changement de comportement.

4.4.3 Renforcement des capacités de prise en charge des MNT y compris la réadaptation et la réinsertion sociale

- Réhabiliter/construire les infrastructures de prise en charge des MNT
- Mettre en place et intégrer des unités opérationnelles de diagnostic et de prise en charge des cas
- Doter les unités de prise en charge en équipements et matériels appropriés pour la prise en charge des MNT
- Assurer la maintenance des équipements et matériels
- Mettre en place un système d'approvisionnement en médicaments et consommables, et outils de gestion
- Assurer la formation du personnel chargé de la prise en charge des MNT
- Assurer la supervision du personnel chargé de la prise en charge des MNT
- Introduire des outils de gestion standardisés et validés (WHO-PEN) pour la prise en charge et la surveillance des MNT
- Mettre en place des centres de sevrage pour le tabac et l'usage nocif de l'alcool
- Mettre en place des structures de gestion du tabagisme en milieu non scolaire en ciblant prioritairement les adolescents
- Développer le partenariat avec les ONG et les associations
- Mettre en place des réseaux de relais communautaire

- Développer la collaboration avec les tradi-praticiens
- Renforcer le partenariat entre les secteurs public et privé.

4.4.4 Mise en place des mécanismes de financement

- Assurer le plaidoyer pour le financement du programme de PLMNT
- Organiser des tables rondes pour la mobilisation des ressources
- Soutenir les ONG et associations pour l'assistance aux malades
- Promouvoir la gratuité ou la subvention des médicaments pour la prise en charge des MNT.

4.4.5 Promotion de la recherche opérationnelle sur les MNT

- Réaliser des activités de recherche sur les MNT
- Soutenir la recherche sur l'apport de la médecine traditionnelle dans la prise en charge des MNT
- Restituer et diffuser les résultats de recherche.

4.5 Cadre de mise en Œuvre du PNIPCMNT

Le cadre de mise en œuvre du PNIPCMNT est celui du système de santé général du pays à travers les différents niveaux de la pyramide (central, intermédiaire et périphérique) et le niveau communautaire. A l'instar des autres programmes de santé, le PNIPCMNT relève de la Direction Nationale de la Santé Publique (DNSP).

Le cadre de mise en œuvre comprend la coordination du programme et les structures de prise en charge selon les différents niveaux de la pyramide sanitaire.

4.5.1 Coordination

La coordination du Programme est organisée au niveau national, régional et préfectoral.

4.5.1.1 Au niveau national

Une coordination nationale sera créée pour la mise en œuvre et suivi des activités du programme. Cette coordination, qui est une structure légère rattachée à la Direction Nationale de la Santé Publique, est chargée de :

- Assurer la coordination de toutes les activités du Programme ;

- Assurer la coordination des appuis des partenaires au développement pour une utilisation optimale et efficace des ressources du programme ;
- Orienter l'intervention des partenaires au développement dans un souci d'harmonisation et de cohérence globale ;
- Préparer les rapports de suivi du programme et informer les décideurs nationaux et les partenaires au développement de l'évolution du programme ;
- Elaborer les termes de références des différentes études ;
- Elaborer et faire appliquer les textes juridiques visant à réduire l'exposition aux facteurs de risque ;
- Créer un fonds national pour soutenir le programme dans la mise en œuvre de ses activités ;
- Utiliser les réseaux de communication pour la diffusion des messages sur les MNT
- Créer un observatoire national pour suivre l'évolution des déterminants sociaux, des comportements et facteurs de risque ;
- Initier et soutenir les activités de recherche en relation avec les MNT.

4.5.1.2 Au niveau régional

La coordination au niveau régional est assurée par le directeur régional de la santé. Il veille à l'intégration des activités du Programme dans le plan d'action annuel de la région et organise des réunions trimestrielles pour le suivi des plans en cours d'exécution. Il assure la gestion de l'appui institutionnel apporté aux services régionaux.

4.5.1.3 Au niveau préfectoral

La coordination au niveau préfectoral est assurée par le directeur préfectoral de la santé. Il veille à l'intégration des activités du Programme dans le plan d'action annuel de la préfecture et organise une réunion trimestrielle pour le suivi des plans en cours d'exécution. Il assure la gestion de l'appui institutionnel apporté aux services préfectoraux.

4.5.2 Structures d'exécution

4.5.2.1 Les Hôpitaux nationaux

Le niveau national comprend les 2 Hôpitaux Nationaux.

Ce niveau est chargé de :

- Développer les activités de formation et de recherche sur les MNT ;
- Diffuser les résultats des activités de recherche sur les MNT ;
- Assurer la prise en charge des cas de MNT ;
- Participer à l'élaboration et la diffusion des messages sur les MNT et leurs facteurs de risque ;
- Intégrer dans les instances des Hôpitaux nationaux le suivi, et l'évaluation des activités liées aux MNT ;
- Créer un observatoire national pour le suivi de l'évolution des déterminants sociaux, des comportements et des facteurs de risque des MNT.

4.5.2.2 Les Hôpitaux régionaux, d'entreprise et privés

Le niveau intermédiaire comprend les Hôpitaux Régionaux, les hôpitaux d'entreprises et les hôpitaux privés.

Ce niveau est chargé de :

- Développer les activités de prévention des MNT dans les structures de soins
- Intégrer les activités en relation avec la prise en charge des MNT dans les structures de soins
- Organiser la sensibilisation vis-à-vis des MNT et leurs facteurs de risque
- Intégrer dans les instances régionales le suivi, et l'évaluation des activités liées aux MNT
- Créer un observatoire régional pour le suivi de l'évolution des déterminants sociaux, des comportements et des facteurs de risque des MNT.

4.5.2.3 Les Hôpitaux préfectoraux/CMC

Le niveau périphérique comprend les Hôpitaux Préfectoraux et les Centres Médicaux Communaux.

Ce niveau est chargé de :

- Développer les activités de prévention des MNT dans les structures de soins
- Intégrer les activités en relation avec la prise en charge des MNT dans les structures de soins
- Organiser la sensibilisation vis-à-vis des MNT et leurs facteurs de risque
- Intégrer dans les instances préfectorales le suivi, et l'évaluation des activités liées aux MNT
- Créer un observatoire préfectoral pour le suivi de l'évolution des déterminants sociaux, des comportements et des facteurs de risque des MNT.

4.5.2.4 Niveau communautaire

Ce niveau comprend les centres de santé et les agents communautaires.

4.5.2.4.1 Centres de Santé/CSA

Ce niveau comprend les centres de santé et les centres de santé améliorés.

Il est chargé de :

- Développer les activités de prévention des MNT dans les structures de soins ;
- Intégrer les activités en relation avec la prise en charge des MNT dans les structures de soins ;
- Organiser la sensibilisation vis-à-vis des MNT et leurs facteurs de risque dans la communauté ;
- Intégrer dans les réseaux de relais communautaires la communication sur les MNT ;
- Intégrer dans les instances sous-préfectorales le suivi, et l'évaluation des activités liées aux MNT ;
- Intégrer les données sur les MNT dans les rapports d'activités mensuels.

4.5.2.4.2 Les relais communautaires

Les agents communautaires sont chargés de :

- Organiser les campagnes de sensibilisation sur les MNT ;
- Impliquer les ONG et associations dans les campagnes de sensibilisation ;
- Soutenir les individus et les familles victimes des MNT ;

- Organiser des journées communautaires sur les MNT.

4.6 Financement du PNIPCMNT

Le financement des MNT proviendra des sources suivantes : l'Etat, les collectivités, les ONGs/Associations, les partenaires au développement et les ménages.

Ce financement sera possible par le relèvement substantiel de la part accordée aux MNT dans le budget de la santé.

Les systèmes nationaux de protection sociale et de solidarité seront encouragés à prendre en compte les MNT.

4.7 Suivi et Evaluation du PNIPCMNT

Le système de suivi / évaluation du programme permettra de suivre l'évolution des résultats et l'impact des interventions du programme.

4.7.1 Suivi du PNIPCMNT

Le suivi se fera à travers :

- La supervision
- Le monitoring
- L'élaboration des rapports périodiques de résultats :
 - Rapports mensuels d'activités ;
 - Rapports administratifs trimestriels d'activités ;
 - Réunions de coordination.

4.7.2 Evaluation du PNIPCMNT

Pendant l'exécution du programme sont prévues une évaluation à mi parcours et une évaluation finale.

L'évaluation à mi-parcours portera sur les indicateurs d'intrants et de résultats.

Les outils et supports conçus à cet effet sont de trois ordres :

- La fiche de suivi des réalisations physiques
- Les rapports comptables semestriel et annuel

- Le tableau de bord des interventions du programme.

L'évaluation finale se fera sous forme d'une enquête, l'une qualitative, l'autre quantitative.

L'enquête quantitative portera sur les indicateurs de résultats et sur les indicateurs d'impact.

4.8 Indicateurs du PNIPCMNT

Les indicateurs ont été définis par objectif spécifique.

Réduire le niveau d'exposition des individus et des populations aux facteurs de risques communs aux MNT et aux déterminants sociaux

- Proportion de sujets non exposé aux facteurs de risque communs
- Proportion des sujets ayant une alimentation saine et équilibrée
- Proportion des sujets pratiquant des exercices physiques préventifs.

Répondre aux besoins de santé et aux attentes des personnes atteintes de MNT

- Proportion des personnes atteintes de MNT prises en charge conformément aux normes définies (WHO PEN) et leur attente
- Proportion de sujets ayant bénéficié d'une insertion ou une réinsertion sociale suite aux conséquences des MNT.

Assurer une protection financière contre les frais occasionnés par les MNT

- Proportion de personne souffrant de MNT ayant eu une assistance financière
- Proportion de financement de l'Etat, des ONG et des partenaires dans la lutte contre les MNT.

Réaliser la recherche sur les MNT

- Nombre de travaux de recherche réalisés et diffusés sur les MNT
- Existence d'une base de données sur les MNT
- Nombre de recherches dont les résultats ont été utilisés pour les MNT
- Nombre de supervisions réalisées
- Nombre d'évaluations réalisées.

**PLAN STRATEGIQUE DU PROGRAMME NATIONAL INTEGRE DE
PREVENTION ET DE CONTROLE DES MNT**

Préambule

Les couts ont été estimés sur les bases suivantes :

- Formation : 100 USD/personne et par jour
- Evaluation :
- Equipement :
- Un kit informatique par équipe formée (5000 USD l'unité, pour 48 unités)
- Infrastructure :

Ces couts estimés ont été validés pour les composantes exécutées, ou sous la responsabilité du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, par une équipe composée de Cadres du Ministère de la Santé (4), d'un cadre de l'OMS bureau pays (1) et d'un expert OMS AFRO (1).

Les couts prévus pour être exécutés sous la responsabilité des autres Départements ont été estimés, quand cela était possible en partenariat avec des cadres de ces départements, ou estimés plus simplement par les experts réunis par le Ministère de la Sante.

Cette budgétisation initiale a ensuite été l'objet de validation au cours d'un atelier multisectoriel.

Planification de la mise à l'échelle de l'offre de soins pour les MNT :

An 1 : Faire évoluer des Unités de Diabétologie vers les Unités de MNT avec le WHO-Pen dans les 8 régions (Formation, Equipement, Construction et réorientation des locaux pour les MNT),

Intégrer les 3 Hôpitaux des Compagnies minières (Fria, Kamsar et SAG), les Hôpitaux privés ;

An 2 : Installer et intégrer 10 autres Unités de MNT avec le WHO-Pen dans les préfectures, dont les 5 CMC, (Formation, Equipement, Construction et réorientation des locaux pour les MNT) ;

An 3 : Installer et intégrer 10 autres Unités de MNT avec le WHO-Pen dans les préfectures (Formation, Equipement, Construction et réorientation des locaux pour les MNT) ;

An 4 : Installer et intégrer 10 autres Unités de MNT avec le WHO-Pen dans les préfectures (Formation, Equipement, Construction et réorientation des locaux pour les MNT) ;

An 5 : Installer et intégrer 10 autres Unités de MNT avec le WHO-Pen dans les CS améliorés (Formation, Equipement, Construction et réorientation des locaux pour les MNT).

Stratégie N°1 : Développement du partenariat entre les secteurs concernés par les MNT (Agriculture, Economie-Finances, Commerce, Education, Jeunesse et Sports, Justice, Urbanisme, Tourisme et Habitat, Décentralisation, etc.)

Actions prioritaires	Période					Coût estimé (USD)	Responsabilité
	1	2	3	4	5		
1.1.1. Promouvoir la production locale et la consommation des fruits et légumes	10000	10000	10000	10000	10000	50000	Agriculture/I.T.A. Commerce/Industrie Hôtellerie/Cantines
1.1.2. Elaborer/Appliquer les textes réglementaires régissant l'exportation et la vente des fruits et légumes	8000	3000	3000	3000	3000	20000	Douanes Commerce
1.1.3. Elaborer/Appliquer les textes réglementaires régissant les importations, l'usage du tabac et de l'alcool	15000	5000	5000	5000	5000	35000	Economie/Finances / Douanes Commerce
1.1.4. Augmenter les taxes à l'importation du tabac et de l'alcool au profit de la santé	5000	-	-	-	-	5000	Finances / Douanes
1.1.5. Elaborer/Appliquer les textes interdisant de fumer dans les lieux publics	8000	3000	3000	3000	3000	20000	Santé / Justice Police
1.1.6. Créer/Développer des aires et pistes pour la pratique de l'exercice physique au niveau de toutes les sous-préfectures et par quartiers pour Conakry et les Chefs lieux de régions	2.200.000	2.200.000	2.200.000	2.200.000	2.200.000	11.000.000	Urbanisme Collectivités Sports et Jeunes
SOUS TOTAL 1	2.246.000	2.221.000	2.221.000	2.221.000	2.221.000	11.130.000	

Stratégie N°1 : Développement du partenariat entre les secteurs concernés par les MNT (Agriculture, Economie-Finances, Commerce, Education, Jeunesse et Sports, Justice, Urbanisme, Tourisme et Habitat, Décentralisation, etc.) - Suite

Actions prioritaires	Période					Coût estimé (USD)	Responsabilité
	1	2	3	4	5		
1.1.7. Promouvoir la législation antitabac par la mise en œuvre de la convention cadre de lutte contre le tabac de l'OMS.	20.000	20.000	10.000	-	-	50000	Justice
1.1.8. Mettre en place des structures de gestion du tabagisme en milieu scolaire (Collèges et Lycées)	20.000	20.000	20.000	20.000	20.000	100.000	Education Santé scolaire CECOJE Clubs antitabac ONG antitabac
SOUS TOTAL 2	40.000	40.000	30.000	20.000	20.000	150.000	
TOTAL 1	2 286 000	2 261 000	2 251 000	2 241 000	2 241 000	11 280 00	

Stratégie N°2 : Promotion de l'activité physique, des bonnes habitudes alimentaires, la lutte contre le tabagisme et l'usage nocif de l'alcool Objectifs spécifiques

Actions prioritaires	Période					Coût estimé (USD)	Responsabilité
	1	2	3	4	5		
2.1.1. Organiser des tribunes radiodiffusées pour promouvoir l'activité physique et les bonnes habitudes alimentaires (Forfait pour Conakry et les 4 régions, par an et pour 5 ans)	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	500 .000	Santé et Communication Collectivités locales Affaires sociales et féminines
2.1.2. Réaliser les activités de communication interpersonnelle et médiatiques pour les populations sur les avantages d'une alimentation saine et équilibrée	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000	250.000	Hôtellerie/Tourisme Affaires sociales et féminines Promotion Emploi Jeunes PME, ONG
2.1.3. Promouvoir des activités de communication sur le mérite de l'activité physique sur la santé	65.000	65.000	65.000	65.000	65.000	325 000	Communication, Santé Personnes âgées, Anciens combattants Anciens sportifs ONG personnes âgées
2.1.4. Sensibiliser la population sur les méfaits du tabac et l'usage nocif de l'alcool	65.000	65.000	65.000	65.000	65.000	325 000	
2.1.5. Célébrer les journées mondiales de lutte contre les facteurs de risque	70.000	70.000	70.000	70.000	70.000	350 000	
2.1.6. Impliquer les communautés dans les campagnes d'information et de communication pour le changement de comportement (Cohorte par an et par district et communes, soit environ 38) ; 50 M de GNF par séance soit environ 7500 USD. Progressivité dans l'étendue (20 communes an 1, puis 18 communes an 2, puis 1/3 de l'an 1 les 3 dernières années)	150.000	135.000	50.000	50.000	50.000	435.000	
SOUS TOTAL	500.000	485.000	400.000	400.000	400.000	2 185 00	

Stratégie N°3 : Renforcement des capacités de prise en charge des MNT y compris la réadaptation et la réinsertion sociale

Actions prioritaires	Période					Coût estimé (USD)	Responsabilité
	1	2	3	4	5		
3.1.1. Réhabiliter/construire les infrastructures de prise en charge des MNT	500.000	500.000	500.000	500.000	500.000	2.500.000	Santé Partenaires financiers
3.1.2. Mettre en place des unités opérationnelles de diagnostic et de prise en charge des cas (Voir Point 3.1.1.)	-	-	-	-	-	-	Santé Partenaires techniques financiers
3.1.3. Doter les unités de prise en charge en équipements et matériels appropriés pour la prise en charge des MNT	375.000	375.000	375.000	375.000	375.000	1.875.000	Santé Partenaires techniques financiers
3.1.4. Assurer la maintenance des équipements et matériels (Voir Point 3.1.3.)	-	-	-	-	-	-	-
3.1.5. Mettre en place un système d'approvisionnement et doter en médicaments, consommables, et outils de gestion	300.000	300.000	300.000	300.000	300.000	1.500.000	Santé Partenaires techniques financiers
3.1.6. Assurer la formation du personnel chargé de la prise en charge des MNT (100 USD /personne/jour pour 7 jours ; 10 personnel/ unité MNT ; 7000 par unité)	105.000	70.000	70.000	70.000	70.000	385.000	Santé Partenaires techniques financiers
3.1.7. Assurer la supervision du personnel chargé de la prise en charge des MNT (250 USD par jour et par personne ; pour une équipe : 2 médecins et 2 infirmiers; 3 jours + 2 jours de voyage) ; une supervision par an	75 000	50 000	50 000	50 000	50 000	275.000	Santé Partenaires techniques financiers
SOUS TOTAL 1	1.355.000	1.295.000	1.295.000	1.295.000	1.295.000	6.535.000	

Stratégie N°3 : Renforcement des capacités de prise en charge des MNT y compris la réadaptation et la réinsertion sociale (Suite)

Actions prioritaires	Période					Coût estimé (USD)	Responsabilité
	1	2	3	4	5		
3.1.8. Introduire des outils de gestion standardisés et validés (WHO-PEN) pour la prise en charge et la surveillance des MNT (Voir 3.1.6)	50 000	50 000	50 000	50 000	50 000	250 000	
3.1.9. Renforcer le partenariat entre les secteurs public et privé (Environ 400 cabinets de soins répertoriés sur la Guinée ; 100 cabinets /an ; 2 jours de formations ; une personne par cabinet ; soit 400 personnes à former ; 100 USD par jour et personne)	20.000	20.000	20.000	20.000	20.000	100.000	
3.1.10. Développer la collaboration avec les tradi-praticiens (Conakry la 1ere année, et 2 régions administratives par an les années suivantes ; 2 jours au total pour Conakry et 3 jours pour l'intérieur, dont le voyage ; 100 personnes pour Conakry et 50 par régions)	20.000	20.000	20.000	20.000	20.000	100.000	Santé Partenaires techniques financiers
3.1.11. Mettre en place des centres de sevrage pour le tabac et l'usage nocif de l'alcool (Voir 3.1.2)	50 000	50 000	50 000	50 000	50 000	250 000	Santé
3.1.12. Mettre en place des structures de gestion du tabagisme en milieu non scolaire en ciblant prioritairement les adolescents (2 jours de formation ; 100 USD par jour et personne ; pour 50 structures relais ; 10 structures par an ; 2 personnes par structures)	20.000	20.000	20.000	20.000	20.000	100.000	CECOJE Clubs antitabac ONG antitabac Voir Ministère de la Jeunesse et Dr Niélé et Habib Diallo
3.1.13. Développer le partenariat avec les ONG et les associations (2 jours de formation ; 100 USD par jour et personne ; 10 personnes par an ; 2 personnes par associations partenaires ; 10 par an ; 2	20.000	20.000	20.000	20.000	20.000	100.000	Santé

personnes par structures)							
3.1.14. Mettre en place des réseaux de relais communautaires (Niveau CRD et communes urbaines, 410 + 38 = 448) ; (2 jours de formation ; 50 USD par jour et personne ; pour 448 ; 112 par an ; 2 personnes par structure)	22.400	22.400	22.400	22.400	-	89.600	Santé
<u>SOUS TOTAL 2</u>	202 400	202 400	202 400	202 400	202 400	989 000	
<u>TOTAL 3</u>	1 557 000	1 497 000	1 497 000	1 497 000	1 497 000	7 524 000	

Stratégie N°4 : Mise en place des mécanismes de financement

Actions prioritaires	Période					Coût estimé (USD)	Responsabilité
	1	2	3	4	5		
4.1.1. Assurer le plaidoyer pour le financement du programme de PLMNT (10 réunions la première année, puis 5 réunions par an ensuite pour un total de 30 réunions sur les 5 ans ; 2000 USD par réunion)	30.000	10.000	10.000	10.000	10.000	70.000	Santé
4.1.2. Organiser des tables rondes pour la mobilisation des ressources (12000 USD par table ronde ; 5 tables rondes la première année et 2 par an ensuite)	60.000	24.000	24.000	24.000	24.000	156.000	Santé
4.1.3. Soutenir les ONG et associations pour l'assistance aux malades	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	50.000	Santé
4.1.4. Promouvoir la gratuité ou la subvention des médicaments pour la prise en charge des MNT (Voir Point 4.1.1)	-	-	-	-	-	-	Santé
<u>SOUS TOTAL</u>	100.000	44.000	44.000	44.000	44.000	276.000	

Stratégie N°5 : Promotion de la recherche sur les MNT

Actions prioritaires	Période					Coût estimé (USD)	Responsabilité
	1	2	3	4	5		
5.1.1. Réaliser des activités de recherche sur les MNT	300.000	100.000	100.000	100.000	100.000	700.000	Santé, Enseignement supérieur et Recherche Scientifique
5.1.2. Soutenir la recherche sur l'apport de la médecine traditionnelle dans la prise en charge des MNT	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000	250.000	Santé, Enseignement supérieur et Recherche Scientifique
5.1.3. Restituer et diffuser les résultats de recherche	60.000	60.000	60.000	60.000	60.000	300.000	Santé, Enseignement supérieur et Recherche Scientifique Communication
<u>SOUS TOTAL</u>	410.000	210.000	210.000	210.000	210.000	1.250.000	

Stratégie N°6 : Coordination du Programme National de Prévention et de Contrôle des MNT en Guinée

Actions prioritaires	Période					Coût estimé (USD)	Responsabilité
	1	2	3	4	5		
6.1. Réaliser des réunions techniques de coordination	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	25.000	Santé et Partenaires
6.2. Assurer le fonctionnement de la coordination du programme pour réaliser les activités de supervision et de monitoring périodiques	60.000	-	-	-	-	60.000	Santé et Partenaires
6.3. Assurer la fourniture des outils de gestion du programme	5.000					5.000	Santé et Partenaires
6.4. Organiser des réunions de revue du Programme (3 jours de revue, 100 USD par personne)	30.000	30.000	30.000	30.000	30.000	150.000	Santé et Partenaires
<u>SOUS TOTAL</u>	100.000	35.000	35.000	35.000	35.000	240.000	

Récapitulatif	Budget
<u>Stratégie N°1</u>	11 280 00
<u>Stratégie N°2</u>	2 185 00
<u>Stratégie N°3</u>	7 524 000
<u>Stratégie N°4</u>	276.000
<u>Stratégie N°5</u>	1.250.000
<u>Stratégie N°6</u>	240.000
Total général	20 788 500 USD

Par Année ?

6 REFERENCES

1. Department of Health - The National Service Framework for Diabetes (NSFD)- A ten-year Programme. MAURITIUS- Mars 2007
2. Ministère de la santé et de la population -Plan national de lutte contre les maladies chroniques non transmissibles 2007-2011- République du Congo novembre 2006
3. Commonwealth Department of Health and Age Care, - National Diabetes Strategy 2000-2004 - Canberra 1999
4. Ministère de la santé publique- Programme National de Lutte contre le Diabète 2004 – 2010, Cameroun 1999
5. Ministère de la santé et de l'hygiène publique - Programme National de Prévention et de Lutte contre les Maladies Cardiovasculaires en Guinée. République de Guinée Août 2007
6. Ministère de la santé et de l'hygiène publique - Programme National de Prévention et de Lutte contre de Diabète, République de Guinée Juillet 2007
7. Ministère de la santé et de l'hygiène publique - Programme National de Lutte contre le Cancer. République de Guinée Juin 2004
8. Ministère de la santé et de l'hygiène publique- Programme National de Prévention et de Lutte contre la Drépanocytose. République de Guinée 2008
9. Ministère de la santé et de l'hygiène publique/OMS : Profil du pays concernant les capacités et les mesures de lutte contre les maladies chroniques non transmissibles. République de Guinée 2010
10. Ministère de la santé et de l'hygiène publique/OMS : Note de synthèse de l'enquête STEP–Guinée. République de Guinée 2010
11. Ministère de la santé et de l'hygiène publique. Annuaire nationale statistique. SNIS. République de Guinée
12. Organisation Mondiale de la Santé – Bureau régional de l'Afrique. Prévention et contrôle du Diabète : une stratégie pour la région Africaine de l'OMS, Rapport du Directeur régional. AFR/RC57/7. 25 Juin 2007
13. Organisation Mondiale de la Santé. Lutte contre les Maladies Non Transmissibles : mise en œuvre de la stratégie mondiale, rapport du secrétariat. EB122/9. 16 Janvier 2008
14. International diabetes federation Africa region – World Health Organization Afro. An integrated strategic plan for diabetes and related health risks. A joint initiative of IDF Africa and WHO-AFRO. 2006
15. Organisation Mondiale de la Santé. Prévention des Maladies Chroniques - Un investissement vital. OMS agence de santé publique de Canada 2006. Internet : http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/
16. Organisation Mondiale de la Santé. Plan d'action 2008 – 2013 pour la stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles. OMS
17. Organisation Mondiale de la Santé. Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé. OMS 2004
18. Organisation Mondiale de la Santé. Bureau Régionale de l'Afrique. Prévention et contrôle du diabète : une stratégie pour la région africaine de l'OMS. AFR/RC57/7 du 27 juin 2007.
19. Ministère de la santé publique- Politique Nationale de Lutte contre les maladies non transmissibles. République de Bénin.