

**REPUBLIQUE DE GUINEE**



**MINISTERE DE LA SANTE**

-----  
**DIRECTION NATIONALE DES GRANDES ENDEMIES ET DE LA LUTTE  
CONTRE LA MALADIE**

.....  
**DIVISION MALADIES NON TRANSMISSIBLES**

.....  
**PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LES MALADIES NON  
TRANSMISSIBLES  
(PNLMNT)**



**PLAN STRATEGIQUE NATIONAL MULTISECTORIEL  
DE LUTTE CONTRE LES  
MALADIES NON TRANSMISSIBLES  
(2021-2025)**

**Décembre 2020**

# PREFACE

La République de Guinée considère la santé comme un droit pour tous. Elle a également adopté les objectifs de développement durable dans lesquels les Maladies Non Transmissibles (MNT) occupent une place de choix. Ces MNT prennent de l'ampleur dans notre pays et constituent un défi réel pour notre système de santé. Dans la majorité des cas leur découverte est tardive, avec des complications et décès qui peuvent être évités.

Si rien n'est fait les conséquences sanitaires mais aussi économiques et sociales liées aux MNT, déjà considérables, vont s'accroître. La plupart des Maladies Non Transmissibles ont en commun des facteurs de risque qui sont évitables. Ainsi pour réduire de manière significative leur impact sur le système de santé les interventions à visée préventive doivent être prioritaires.

C'est dans ce cadre que le Ministère de la Santé a élaboré le Plan stratégique National 2021-2025 de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles. Ce plan est aligné sur nos engagements en terme d'Objectifs de Développement Durable, et en cohérence avec le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2015-2024) dont le premier objectif stratégique est de réduire la mortalité liée aux Maladies Transmissibles et Non Transmissibles. Les interventions seront menées selon six axes stratégiques pour atteindre cet objectif. Chaque axe comporte un résultat attendu, une stratégie d'intervention, des actions prioritaires et différentes activités pour permettre d'atteindre les cibles.

Les problèmes de Santé que couvrent les Maladies Non Transmissibles n'ont pas encore le niveau de priorité qu'ils méritent, ni les ressources adéquates pour y faire face. C'est le lieu de remercier tous les partenaires déjà engagés auprès de services de santé, y compris les Sociétés Privées et Organisations non gouvernementales, et inviter davantage de partenaires à s'intéresser et collaborer afin d'améliorer la qualité de l'offre de soins pour les MNT.

Nous remercions tous les partenaires qui ont contribué à l'élaboration de ce plan stratégique et formulons l'espoir que toutes les parties prenantes du système de santé contribueront chacune en ce qui la concerne à sa mise en œuvre.



Ministre de la Santé

Médecin-Colonel Rémy LAMAH  
Grand Officier de l'Ordre National du  
Mérite de la République Française

## TABLE DES MATIERES

|   |           |
|---|-----------|
| ACRONYMES ET ABREVIATIONS.....  | 5         |
| LISTE DES TABLEAUX .....  | 7         |
| LISTE DES FIGURES.....  | 7         |
| INTRODUCTION .....  | 8         |
| PROCESSUS D'ELABORATION DU PLAN .....   | 10        |
| <b>1. PREMIERE PARTIE : PROFIL GENERAL.....</b>                               | <b>11</b> |
| <b>1.1. Situation géographique.....</b>                                       | <b>11</b> |
| <b>1.2. Situation démographique .....</b>                                     | <b>11</b> |
| <b>1.3. Situation économique.....</b>   | <b>12</b> |
| 1.3.1. Situation macro-économique.....  | 12        |
| 1.3.2. Agriculture.....   | 12        |
| 1.3.3. Elevage .....  | 12        |
| 1.3.4. Pêche.....   | 12        |
| <b>1.4. Situation socio-économique .....</b>                                  | <b>13</b> |
| <b>1.5. Situation socio-culturelle .....</b>                                  | <b>13</b> |
| <b>1.6. Jeunesse, activités physiques et sportives .....</b>                  | <b>13</b> |
| <b>1.7. Transport et communication .....</b>                                  | <b>14</b> |
| <b>1.8. Approvisionnement en eau potable et assainissement .....</b>          | <b>14</b> |
| <b>1.9. Comportements, coutumes et attitudes .....</b>                        | <b>14</b> |
| <b>1.10. Situation politique et administrative .....</b>                      | <b>15</b> |
| <b>1.11. Situation du système de santé.....</b>                               | <b>15</b> |
| 1.11.1. Gouvernance et leadership .....                                       | 15        |
| 1.11.1.1. Cadre institutionnel.....   | 15        |
| 1.11.1.2. Coordination des interventions dans le secteur de la santé .....    | 16        |
| 1.11.1.3. Planification, suivi et évaluation .....                            | 16        |
| 1.11.1.4. Participation communautaire et collaboration intersectorielle ..... | 16        |
| 1.11.1.5. Régulation et lutte contre les pratiques illicites .....            | 16        |
| 1.11.2. Produits de Santé et technologies médicales.....                      | 16        |
| 1.11.2.1. Produits de Santé .....   | 16        |
| 1.11.2.2. Infrastructures et équipements .....                                | 16        |
| 1.11.3. Ressources humaines.....  | 17        |
| 1.11.3.1. Planification .....   | 17        |
| 1.11.3.2. Effectifs en personnel de santé.....                                | 17        |
| 1.11.3.3. Gestion .....   | 17        |
| 1.11.4. Financement.....  | 17        |
| 1.11.4.1. Financement pour la couverture sanitaire universelle .....          | 18        |
| 1.11.5. Système d'information sanitaire .....                                 | 18        |
| 1.11.6. Prestations de Santé .....  | 18        |
| <b>2. DEUXIEME PARTIE : ANALYSE DE LA SITUATION DES MNT .....</b>             | <b>19</b> |
| <b>2.1. Situation des MNT dans le monde .....</b>                             | <b>19</b> |
| <b>2.2. Situation des MNT en Afrique.....</b>                                 | <b>19</b> |
| <b>2.3. Situation des maladies non transmissibles en Guinée .....</b>         | <b>20</b> |
| 2.3.1. Le Diabète sucré .....   | 20        |
| 2.3.1.1. Diabète de type 1.....   | 20        |

|             |  |           |
|-------------|--|-----------|
| 2.3.1.2.    | Diabète de type 2 .....  | 20        |
| 2.3.1.3.    | Diabète Gestationnel (DG).....   | 21        |
| 2.3.2.      | Maladies cardiovasculaires .....   | 22        |
| 2.3.2.1.    | Hypertension artérielle.....   | 22        |
| 2.3.2.2.    | Maladies Coronaires.....   | 23        |
| 2.3.2.3.    | Artériopathie Périphérique.....  | 23        |
| 2.3.2.4.    | Accidents Vasculaires cérébraux.....   | 23        |
| 2.3.2.5.    | Maladie Rénale Chronique .....   | 23        |
| 2.3.3.      | Les cancers .....  | 24        |
| 2.3.4.      | Les affections respiratoires chroniques .....                                | 25        |
| 2.3.4.1.    | Broncho Pneumopathie Chronique Obstructives (BPCO) .....                     | 26        |
| 2.3.4.2.    | Asthme .....   | 26        |
| 2.3.5.      | Drépanocytose.....   | 26        |
| 2.3.6.      | Surdité et déficiences auditives .....                                       | 27        |
| 2.3.7.      | Traumatismes et violences.....   | 27        |
| 2.3.8.      | Santé mentale.....   | 28        |
| 2.3.9.      | Santé oculaire .....   | 28        |
| 2.3.9.1.    | La Cataracte .....   | 29        |
| 2.3.9.2.    | Les vices de réfraction .....  | 29        |
| 2.3.9.3.    | Le Glaucome .....  | 29        |
| 2.3.9.4.    | La rétinopathie diabétique .....   | 29        |
| 2.3.9.5.    | L'Onchocercose.....  | 29        |
| 2.3.9.6.    | Le Trachome .....  | 30        |
| 2.3.9.7.    | Autres activités de lutte contre la cécité.....                              | 30        |
| <b>2.4.</b> | <b>Facteurs de risque des maladies non transmissibles.....</b>               | <b>31</b> |
| 2.4.1.      | Tabac.....   | 31        |
| 2.4.2.      | Alcool .....   | 31        |
| 2.4.3.      | Consommation insuffisante de fruits et légumes.....                          | 31        |
| 2.4.4.      | Bas niveau d'activité physique .....   | 31        |
| 2.4.5.      | Surcharge pondérale et obésité .....   | 31        |
| 2.4.6.      | Hyperglycémie modérée à jeun.....  | 31        |
| 2.4.7.      | Hypercholestérolémie.....  | 31        |
| 2.4.8.      | Les infections .....   | 32        |
| 2.4.9.      | Association de facteurs de risque pour les maladies non transmissibles ..... | 32        |
| <b>2.5.</b> | <b>Mortalité prématurée liée aux MNT .....</b>                               | <b>32</b> |
| <b>2.6.</b> | <b>État des lieux des capacités et mesures de lutte contre les MNT .....</b> | <b>33</b> |
| 2.6.1.      | Analyse des données de l'enquête SARA .....                                  | 33        |
| 2.6.1.1.    | Disponibilité des services pour les Maladies Non Transmissibles .....        | 33        |
| 2.6.1.2.    | Capacité opérationnelle des Maladies Non Transmissibles .....                | 33        |

|  |   |           |
|--|---|-----------|
| 2.6.2.   | Collaboration multisectorielle et partenariats dans la lutte contre les MNT.....                          | 35        |
| 2.6.3.   | Système d'information sanitaire, surveillance et enquêtes concernant les MNT.....                         | 35        |
| 2.6.3.1.   | Lutte contre les MNT dans le sous-secteur privé de soins .....  | 37        |
| 2.6.3.2.   | Lutte contre les MNT dans le sous-secteur de la médecine traditionnelle .....                             | 37        |
| 2.6.3.3.   | Contribution de la société civile.....  | 38        |
| <b>3.</b>  | <b>TROISIEME PARTIE : ANALYSE DES FORCES, DES FAIBLESSES, DES OPPORTUNITES ET DES MENACES SUR LES MNT</b> | <b>39</b> |
| <b>3.1.</b>  | <b>Forces .....</b>   | <b>39</b> |
| <b>3.2.</b>  | <b>Faiblesses.....</b>  | <b>39</b> |
| <b>3.3.</b>  | <b>Opportunités .....</b>   | <b>40</b> |
| <b>3.4.</b>  | <b>Menaces .....</b>  | <b>40</b> |
| <b>4.</b>  | <b>QUATRIEME PARTIE : AXES STRATEGIQUES DE LA LUTTE CONTRE LES MNT .....</b>                              | <b>41</b> |
| <b>4.1.</b>  | <b>Vision.....</b>  | <b>41</b> |
| <b>4.2.</b>  | <b>Mission .....</b>  | <b>41</b> |
| <b>4.3.</b>  | <b>But et Objectifs .....</b>   | <b>41</b> |
| 4.3.1.   | But.....  | 41        |
| 4.3.2.   | Objectif général .....  | 41        |
| 4.3.3.   | Objectifs spécifiques .....   | 41        |
| <b>4.4.</b>  | <b>Modalité de mise en œuvre du plan .....</b>  | <b>41</b> |
| <b>4.5.</b>  | <b>Actions prioritaires dans la lutte contre les Maladies Non Transmissibles.....</b>                     | <b>42</b> |
| <b>4.6.</b>  | <b>Cadre de mise en œuvre du plan .....</b>   | <b>55</b> |
| 4.6.1.   | Cadre institutionnel .....  | 55        |
| 4.6.2.   | Le rôle des différents acteurs de la mise en œuvre du plan .....  | 55        |
| 4.6.2.1.   | Le rôle du Ministère de la Santé .....  | 55        |
| 4.6.2.2.   | Le rôle du secteur privé.....   | 55        |
| 4.6.2.3.   | Le rôle de la société civile.....   | 55        |
| 4.6.2.4.   | Le rôle des autres secteurs d'activités de l'Etat.....  | 55        |
| 4.6.2.5.   | Le rôle des Partenaires Techniques et Financiers.....   | 55        |
| 4.6.2.6.   | Le rôle de l'Assemblée Nationale.....   | 55        |
| 4.6.2.7.   | Le rôle des structures de prestation de soins publiques, parapubliques et privées.....                    | 56        |
| 4.6.2.8.   | Le rôle des structures communautaires.....  | 56        |
| 4.6.3.   | Coordination des interventions.....   | 56        |
| <b>4.7.</b>  | <b>Suivi et Evaluation du plan.....</b>   | <b>56</b> |
| <b>4.8.</b>  | <b>Financement du PNMSLMNT 2021 – 2025 .....</b>  | <b>67</b> |
| 4.8.1.   | Coût prévisionnel total.....  | 67        |
| 4.8.2.   | Budget par année de 2021 à 2025.....  | 67        |
| 4.8.3.   | Budget par Axe Stratégique.....   | 67        |
| 4.8.4.   | Budget par Stratégie d'intervention .....   | 67        |
| <b>Annexes .....</b>   | <b>68</b>   |           |
| <b>Annexe 1 : Budget détaillé .....</b>  | <b>68</b>   |           |
| <b>Annexe 2 : Liste des journées mondiales dédiées aux MNT et leurs facteurs de risque .....</b>           | <b>77</b>   |           |
| <b>Annexe 3 : Principaux partenaires et domaines d'intervention dans la lutte contre les MNT en Guinée</b> | <b>78</b>   |           |
| <b>Références .....</b>  | <b>83</b>   |           |

## ACRONYMES ET ABREVIATIONS

|       |  |
|-------|--|
| AGEAD | : Association Guinéenne pour l'Education et l'Aide aux Diabétiques |
| AGUR  | : Association Guinéenne d'aide aux Urémiques                       |
| APSR  | : Approche Pratique de la Santé Respiratoire                       |
| ART   | : Appréciation Rapide du Trachome                                  |
| ATS   | : Agent Technique de Santé   |
| AVC   | : Accident Vasculaire Cérébral                                     |
| BG    | : Basse Guinée   |
| BPCO  | : Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive                       |
| CCSS  | : Comité de Coordination au Système de Santé                       |
| CMC   | : Centre Médical Communal  |
| CMFL  | : Charge Micro Filarienne  |
| CNHD  | : Centre National d'Hémodialyse                                    |
| CTC   | : Comité Technique de Coordination                                 |
| CTPS  | : Comité Technique Préfectoral de la Santé                         |
| CTRS  | : Comité Technique Régional de la Santé                            |
| DHIS2 | : District Health Information System Generation 2                  |
| DMLA  | : Dégénérescences Maculaires liées à l'âge                         |
| DNEHS | : Direction National des Etablissements Hospitaliers et des Soins  |
| DNSP  | : Direction Nationale de la Santé Publique                         |
| DPS   | : Direction Préfectorale de la Santé                               |
| DRS   | : Direction Régionale de la Santé                                  |
| DVMS  | : Déficiences Visuelles Modérées et Sévères                        |
| EDS   | : Enquête Démographique et de Santé                                |
| ELEP  | : Enquête Légère de l'Evaluation de la Pauvreté                    |
| FID   | : Fédération Internationale du Diabète                             |
| FNUAP | : Fond des Nations Unis pour la Population                         |
| GTMP  | : Global Trachoma Mapping Project                                  |
| HKI   | : Hellen Keller International                                      |
| HTA   | : Hypertension artérielle  |
| HTAP  | : Hypertension artérielle pulmonaire                               |
| IDE   | : Infirmière d'Etat  |
| IDH   | : Indice de développement humain durable                           |
| IRC   | : Insuffisance Rénale Chronique                                    |
| IRCT  | : Insuffisance Rénale Chronique Terminale                          |
| LCIF  | : Fondation de la Croix Rouge Internationale                       |
| MGF   | : Mutilation Génitale féminine                                     |
| MNT   | : Maladies chroniques Non Transmissibles                           |
| MSHP  | : Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique                   |
| MVE   | : Maladie à Virus Ebola  |
| OCP   | : Onchocerciasis Contrôle Program                                  |
| ODD   | : Objectifs de Développement Durable                               |
| OMS   | : Organisation Mondiale de la Santé                                |
| ONG   | : Organisation Non Gouvernementale                                 |
| OPC   | : Organisation pour la Protection de la Cécité                     |
| PAO   | : Plan d'Action Opérationnelle                                     |

- PEV : Programme Elargi de Vaccination
- PF : Planning Familial
- PIB : Produit Intérieur Brut
- PMA : Paquet Minimum d'Activités
- PNCMNT : Programme National de lutte contre les Maladies Non Transmissibles
- PNDS : Plan National de Développement Sanitaire
- PNLAT : Programme National de Lutte Antituberculeuse
- PNS : Politique Nationale de Santé
- PSF : Pharmaciens Sans Frontières
- PTF : Partenaires Techniques et Financiers
- RCR : Réanimation Cardio Respiratoire
- RHS : Ressources Humaines en Santé
- SIZ : Zones d'Intervention Spéciale
- SNIS : Système National d'Information Sanitaire
- SOP : Soins Oculaire Primaire
- SOPAG : Soins Palliatifs en Guinée
- SR : Santé de la Reproduction
- STEPS : Enquête OMS sur les Facteurs de risque communs aux Maladies non transmissibles
- TBS : Taux Brut de Scolarisation
- TDM : Traitement de Masse
- TE : Test d'Emmel
- TIDC : Traitement à l'Ivermectine sous la Directive Communautaire
- TSO : Technicien Supérieur en Ophtalmologie
- TT : Trachome Trichiasis
- TV : Télévision
- WDF : World Diabetes Foundation
- WHO : World Health Organisation
- WHO-PEN : World Health Organisation - Package of Essential Non communicable Disease Interventions (Algorithmes de prise en charge intégrée des Maladies Non Transmissibles)

## LISTE DES TABLEAUX

|   |    |
|---|----|
| Tableau 1 : Profil épidémiologique des affections oculaires de la République de Guinée .....  | 28 |
| Tableau 2 : Mortalité intra hospitalière liée aux MNT durant les cinq dernières années dans les régions enquêtées (2014 – 2018) ..... | 33 |
| Tableau 3 : Ressources humaines spécialisées disponibles et en formation en fonction des Unités du PNLMNT en Guinée .....             | 34 |
| Tableau 4 : Cadre national des indicateurs de suivi et d'évaluation de la performance du PNMSLMNT.....                                | 58 |
| Tableau 5 : Cadre de mesure de rendement du PNMSLMNT .....  | 62 |
| Tableau 6 : calendrier des journées mondiales dédiées aux MNT et à leurs facteurs de risque .....                                     | 77 |
| Tableau 7 : principaux partenaires et domaines d'intervention dans la lutte contre les MNT en Guinée .....                            | 78 |
| Tableau 8 : Liste des participants à l'élaboration du PSNMMNT .....   | 80 |

## LISTE DES FIGURES

|  |    |
|--|----|
| Figure 1 : Carte administrative de la Guinée.....  | 11 |
| Figure 2 : Effectif du personnel de Sant selon le recensement Biométrique de 2014.....   | 17 |
| Figure 3 : Probabilité de décès entre les âges de 30 ans et 70 ans de maladies cardiovasculaires, de cancer, diabète ou maladie respiratoire obstructive chronique (%) dans la région..... | 19 |
| Figure 4 : Répartition des causes de consultation durant les cinq dernières années (2014- 2018) dans les régions de Conakry, Boké, Mamou, Kankan et N'Nzérékoré .....                      | 20 |
| Figure 5 : Répartition par tranche d'âges de la Prévalence du diabète chez les adultes dans la population guinéenne âgée de 35 à 64 ans en zones rurale et urbaine.....                    | 21 |
| Figure 6 : Moyennes des pressions systoliques et diastoliques selon l'âge et les régions en Guinée, STEPS 2009 .....   | 22 |
| Figure 7 : Répartition du nombre de cancers dans le registre du cancer entre 2006 et 2010 (n =3.186) .....   | 24 |
| Figure 8 : Nombre de cas de cancers colligés par an à l'Unité de Chirurgie de l'Hôpital National Donka.....  | 25 |

## INTRODUCTION

La Guinée a une tradition d'organisation de son système de santé basée sur les soins de santé primaires avec comme unité opérationnelle le district sanitaire depuis trente ans. Toutefois, ce système de santé s'est progressivement détérioré depuis une quinzaine d'années sous l'effet de plusieurs facteurs liés entre autres à l'instabilité socio-politique récurrente dans la sous-région (conflits armés dans les pays voisins, afflux de réfugiés, etc.), à la multiplicité et la non convergence des initiatives globales ayant entraîné la fragmentation du système de santé dans un contexte d'affaiblissement de la gouvernance et d'altération du tissu socioéconomique.

Dans un passé récent, ce système de santé déjà affaibli a été confronté à une crise sanitaire majeure, à savoir l'épidémie de la maladie à virus Ebola (MVE) ayant eu comme conséquence une aggravation des difficultés auxquelles il a été jusque-là confronté. Cette situation a profondément altéré l'état de santé de la population guinéenne tout en exacerbant le ralentissement du développement socioéconomique du pays.

Compte tenu de la situation socio-économique et sanitaire actuelle, le Ministère de la Santé (MS), avec l'appui des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) s'est engagé dans un processus de relance du système de santé. Ce processus comprend l'accélération de la révision de la Politique Nationale de Santé (PNS) (1), le développement d'un nouveau Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2015-2024) (2) et d'un plan de relance du système de santé.

Ce nouveau PNDS est bâti autour de trois orientations stratégiques à savoir : (i) Le renforcement de la prévention et de la prise en charge des maladies et des situations d'urgence ; (ii) La promotion de la santé de la mère, de l'enfant, de l'adolescent et des personnes âgées et (iii) Le renforcement du système national de santé.

Dans le cadre la lutte contre la maladie, un accent a été mis sur les maladies prioritaires, et en particulier les maladies non transmissibles qui engendrent une morbidité et une mortalité élevées et constituent un énorme défi pour le système de santé.

Ces maladies non transmissibles retenues en Guinée sont : les maladies cardiovasculaires, le diabète, les affections respiratoires chroniques non transmissibles, le cancer, les déficiences auditives, la drépanocytose, la santé mentale, les violences et traumatisme et la santé oculaire.

Les maladies non transmissibles sont responsables chaque année de la mort de 41 millions de personnes dans le monde, ce qui représente 71% de tous les décès. Sur ce total, 85% concernent les pays à faible et à moyen revenu, de sorte que le problème des maladies non transmissibles n'affecte pas uniquement les pays riches. Malgré cela, ces maladies ne mobilisent que 2% du financement de la santé au niveau mondial (3). Il est essentiel d'investir dans la prévention et le contrôle de ces maladies. En procédant ainsi, la mortalité prématurée due aux maladies non transmissibles baissera d'un tiers, conformément à la cible 3.4 de l'agenda 2030 pour le développement durable, et la couverture sanitaire universelle progressera.

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 (4). C'est pourquoi 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'adoption de la Convention-Cadre de l'OMS pour la Lutte Antitabac (5) ;

- En 2004 l'adoption de la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé (6);
- En 2010 l'adoption de la stratégie visant à réduire l'usage nocif de l'alcool (7) ;
- En 2012 l'adoption du plan d'action mondial 2013-2020 de lutte contre les maladies non transmissibles en collaboration avec les Etats membres (8) ;

En Guinée, plusieurs MNT avaient fait l'objet de programmes/projets au sein du ministère de la santé. Ainsi les programmes, Diabète, Santé Mentale, la santé buccodentaire, le programme de la Drépanocytose, Prévention de la Surdité et de la d ficiency auditive, le programme Oncho-c cicit , le programme Cancer, Violences et Traumatisme avaient vu le jour.

En collaboration avec l'OMS, le Ministère de la Santé a réalisé en 2009 la première enquête de population sur les facteurs de risque commun des MNT en Guinée (Enquête STEPS) (9). Cette enquête a été réalisée dans la ville de Conakry et en Basse Guinée (Rural et Urbain). Les résultats de l'enquête STEPS avaient servi de base à la création d'un programme intégré de lutte contre les MNT en Guinée.

Le Programme National Intégré pour la Prévention et le Contrôle des MNT (PNIPCMNT) a été mis en place en 2010 (10). Il regroupait 4 Unités à savoir le diabète, les maladies cardiovasculaires, le cancer et les maladies respiratoires chroniques. Ce PNIPCMNT n'a pas pu réaliser les activités programm es car ne disposant pas de ressources nécessaires à leur mise en œuvre efficace. Parallèlement, une équipe d'experts a été développé dans le pays avec l'appui de l'OMS.

L'outil WHO-PEN a été choisi et adopté au contexte du pays (Guinée – PEN). Deux sites pilotes avaient été choisis pour la mise en œuvre du WHO-PEN dans un échantillon de structures sanitaires : formation du personnel, petits équipements et lots de médicaments. L'av nement de la Maladie   Virus Ebola (MVE) en 2014 dans le pays avait fait stopper toutes les activités du projet WHO-PEN et le programme fut fig .

En 2019, une nouvelle définition du Programme MNT avec 9 Unités a été faite lors du programme de restructuration du Ministère de la Santé. En plus des 4 précédentes entités (Diabète, Cancer, Maladie Cardiovasculaire et Maladies Respiratoires Chroniques), 5 nouvelles entités (la santé mentale, la drépanocytose, les déficiences auditives, et les violences et les traumatismes) ont été rajoutées pour former le Programme National de Lutte Contre les Maladies Non Transmissibles (PNLMNT).

Récemment des efforts de relance ont été réalisés par le Ministère de la Santé avec le développement d'un nouveau plan stratégique, un niveau hiérarchique plus élevé pour les MNT (de Programme   Division), plus de ressources humaines, ressources logistiques en croissance, ...

Cependant, des enjeux majeurs demeurent dans le développement de ce nouveau plan stratégique : tenir compte des Objectifs de Développement Durables (ODD) qui ciblent spécifiquement les MNT en terme notamment de contrôle des facteurs de risque et d'accès aux soins :

- Faible capacité générale dans les structures publiques pour les MNT : pas d'équipements, peu de cadres formés, surtout pas de paramédicaux, peu de médicaments dans les structures publiques
- Faible décentralisation des soins de MNT
- Rôle majeur de la Société Civile dans la prise de conscience et la riposte :   l'exemple de l'AGEAD, de l'AGUICAN, de la Fondation Diabète MNT
- Absence d'une approche multisectorielle dans la lutte contre les MNT.

## PROCESSUS D'ELABORATION DU PLAN

L'élaboration du présent plan stratégique s'est voulue participative avec l'implication des acteurs et des partenaires intervenant dans la lutte contre les maladies non transmissibles. Le plan a pour cadres de référence, la Politique nationale de santé (PNS) (1), le Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2015-2024 et le plan d'action mondiale de lutte contre les MNT 2013-2020 (8).

Il s'est appuyé sur les documents nationaux de politique et de planification, en intégrant les directives, recommandations et engagements internationaux auxquels la Guinée a souscrit tout en s'inspirant de différents plans de lutte contre les MNT d'autres pays (11)(12–14), les informations disponibles notamment auprès de l'OMS, de l'enquête de terrain réalisée par le Ministère de la Santé (Juin 2019) et sur les données publiées sur les MNT en République de Guinée.

L'élaboration du plan stratégique de lutte contre les MNT a connu les étapes suivantes :

- L'élaboration du draft 0 du plan stratégique par les principaux acteurs impliqués dans la lutte contre les MNT ;
- La réalisation de l'enquête nationale sur la perception, la prévalence, et la prise en charge des MNT en Guinée, en Juin 2019 ;
- La prise en compte des résultats de l'enquête STEPS de 2009 (9) dans la finalisation du draft du plan stratégique ;
- Le cadrage budgétaire ;
- L'organisation d'un atelier de finalisation en équipe restreinte ;
- L'organisation d'un atelier de validation technique par une équipe multisectorielle ;
- La prise en compte des recommandations de l'atelier de validation en équipe restreinte ;
- L'adoption du document par sa validation politique.

## 1. PREMIERE PARTIE : PROFIL GENERAL

### 1.1. Situation géographique

La République de Guinée est située en Afrique Occidentale. 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 Libéria 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 km<sup>2</sup>.

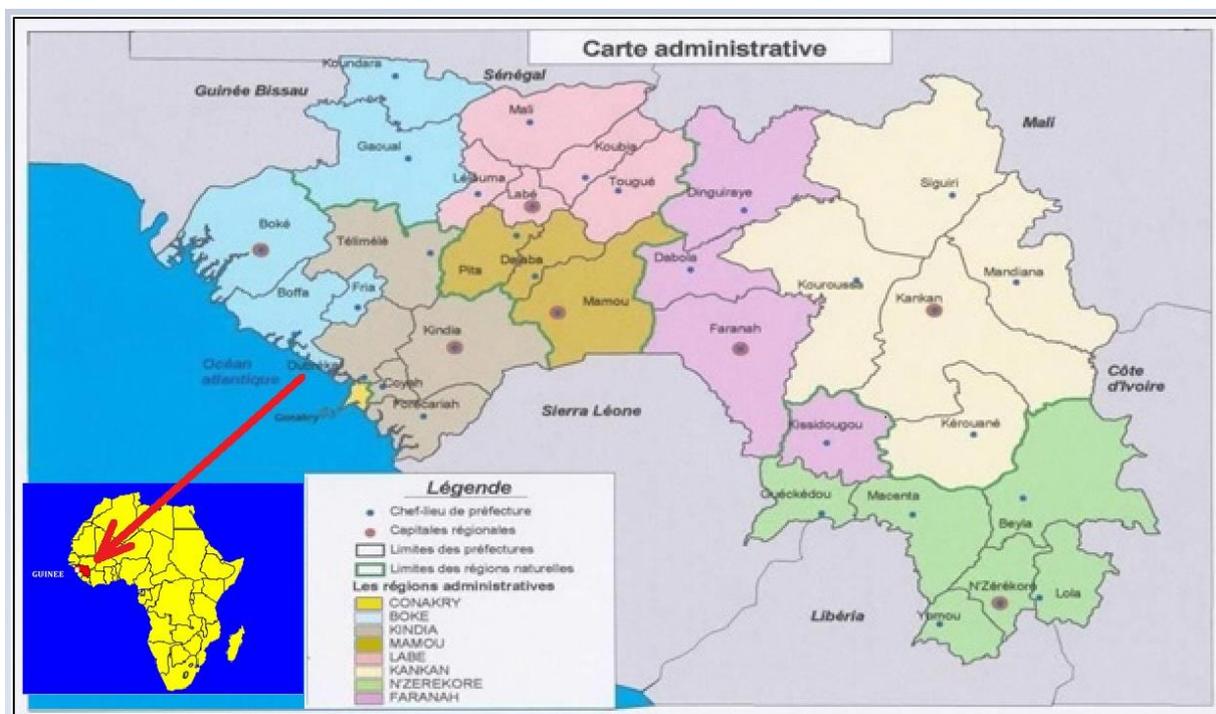


Figure 1 : Carte administrative de la Guinée

Son climat est de type tropical alternant une saison pluvieuse et une saison sèche d'environ six mois chacune. Ce climat expose le pays à des risques permanents d'inondation, mais aussi à l'harmatan, des incendies en saison sèche particulièrement en Haute Guinée. Le pays donne naissance aux principaux cours d'eau de la sous-région : le fleuve Konkouré, le fleuve Kolenté, le fleuve Niger, le fleuve Sénégal, le fleuve Lofa et le fleuve Gambie.

### 1.2. Situation démographique

Selon le Recensement Général de la Population et de l'Habitation de 2014 la population guinéenne est de 10.628.972 d'habitants avec une densité d'environ 43 habitants au km<sup>2</sup> (15). Sur la base du taux d'accroissement naturel, la population guinéenne sera de 14 423 741 habitants en 2024 (PNDS 2015-2024). Les femmes représentent près de 52% de la population. La majorité de la population est jeune (44% sont âgés de moins de 15 ans) et vit en milieu rural (70%). Seulement, 4% des guinéens ont plus de 65 ans et la taille moyenne des ménages est de plus de 6 personnes.

Le taux brut de natalité était de 34‰ en 2012 avec un indice synthétique de fécondité de 4,8 (16). Les niveaux de mortalité adulte sont quasiment identiques chez les femmes et les hommes (4,9 et 4,7 décès pour 1 000). L'espérance de vie à la naissance est de 58,9 ans (17).

L'allongement de l'espérance de vie contribue grandement à la progression des MNT dont la fréquence augmente avec l'âge.

## 1.3. Situation économique

### 1.3.1. Situation macro-économique

La Guinée enregistre depuis 2011 une croissance soutenue, qui s'est établie à 5,8% en 2018. Cette tendance devrait se poursuivre, alimentée par l'exploitation minière (principalement la bauxite), des investissements plus importants dans les infrastructures et de bonnes performances agricoles. Selon le FMI, la croissance économique devrait s'élever à 5,9% en 2019 et 6% en 2020. Cependant, les fluctuations des prix des produits de base, associées aux incertitudes sociales et politiques pouvant survenir pourraient menacer cette croissance (18).

### 1.3.2. Agriculture

C'est le principal secteur d'activité concernant près de 80% de la population guinéenne et la principale source de revenu pour 57% des ruraux. La riziculture est la principale spéculation vivrière, avec 67% des superficies emblavées, 65% des besoins céréaliers du pays, 37% de la population active, 80% des exploitants agricoles. De plus, le riz est le premier poste de dépense des ménages guinéens et représente en moyenne 20% de leur budget de consommation, suivi du maïs pour environ 12%. Ces produits sont suivis de l'arachide, des agrumes, du fonio, du mil/sorgho, du manioc et de la patate douce, entre 4% et 6% des dépenses ; la mangue et la banane constituent 1% à 3% des dépenses. Les autres produits représentent moins de 1% des dépenses de consommation des ménages. De façon générale, les performances productives sont faibles dans l'agriculture vivrière. Les rendements à l'hectare sont faibles et demeurent nettement en dessous du niveau nécessaire pour faire de l'agriculture le principal moteur de développement économique du pays. Par ailleurs, la Guinée exporte principalement le café, les fruits et légumes (19).

L'accès aux produits alimentaires de qualité (fruits et légumes, consommation de produits locaux) devrait être un des axes prioritaires soutenus par la politique agricole.

### 1.3.3. Elevage

L'élevage demeure la deuxième activité du secteur rural après l'agriculture. Il concerne 283.000 éleveurs recensés en 2000 et leurs familles, dont les effectifs possédés en 2016 sont estimés à 6 759 000 bovins, 2 380 000 ovins, 2 851 000 caprins, 130 000 porcins et 30 000 000 de volailles. Il procure des revenus à 30% de la population rurale. Les principales espèces élevées sont les bovins, ovins, caprins, porcins, volailles (local et améliorée), équins et asins. Le secteur de l'élevage dispose de grandes potentialités dont la valorisation permettra de lever les défis ci-dessus mentionnés. Ce potentiel comprend la diversité des conditions agro-écologiques permettant une diversification des productions, une base productive constituée de pâturages naturels riches et variés d'environ 70 000 km<sup>2</sup> avec près de 350 espèces fourragères (selon l'étude sur la cartographie d'espaces pastoraux en Guinée par SYSAME en 1993), des ressources en eau constituées de plusieurs bassins fluviaux pouvant contribuer à l'amélioration de l'abreuvement des animaux, la disponibilité de sous-produits agricoles et agro-industriels pour l'alimentation du bétail, un cheptel constitué d'espèces et de races caractérisées par leur rusticité, leur capacité à s'adapter à leur milieu et surtout la résistance des ruminants (bovins, ovins et caprins) à la trypanosome (20).

### 1.3.4. Pêche

La Guinée dispose d'un important potentiel en ressources halieutiques composées de quatre grands groupes d'espèces : les poissons pélagiques, les poissons de fond (démersaux), les céphalopodes et les crevettes. La Guinée dispose d'une façade maritime de plus de 300 km et un plateau continental parmi les plus vastes de l'Afrique de l'Ouest s'étendant jusqu'à 80 milles marins des côtes. Le potentiel des

terres où un contrôle de l'eau est possible est évalué à 520 000 ha dont 140 000 ha de terre en mangrove et arrière mangrove, 200 000 ha de plaines alluviales fluviales. Le secteur de la pêche a été identifié comme un segment de l'activité économique pouvant contribuer à la croissance économique du pays, à la réduction de la pauvreté tant en milieu urbain que rural et à la sécurité alimentaire par la satisfaction des besoins en protéines animales à base de poissons.

Le développement du secteur de la pêche et de l'aquaculture, repose essentiellement sur le secteur privé regroupé au sein d'une organisation faitière : la Confédération Nationale des Professionnels de la Pêche (CONAPEG) et ses faitières. L'accès aux poissons devrait être un des axes prioritaires soutenus par la politique de la pêche (21).

#### **1.4. Situation socio-économique**

Le pays dispose d'importantes ressources naturelles. En dépit de ses énormes potentialités naturelles, la Guinée fait partie des pays les plus pauvres du monde.

En effet, les données de l'ELEP 2012 (Enquête Légère pour l'Évaluation de la Pauvreté) indiquent que 55,2 % de la population vivent en dessous du seuil de pauvreté. Selon l'OIT, le taux de chômage dans le pays était d'environ 4,5% en 2018. La même année, la Guinée se classait au 175<sup>ème</sup> rang mondial et au 40<sup>ème</sup> rang africain, selon le classement du PNUD en matière d'IDH.

La précarité financière des ménages contribue à l'augmentation de la fréquence et à la gravité des MNT par différentes voies : moindre accès à des produits alimentaires de qualité susceptibles de contribuer à maintenir la santé (fruits, légumes), plus grande exposition à la pollution, aux effets nocifs de la pollution, consultations tardives...

#### **1.5. Situation socio-culturelle**

Le Taux Brut de Scolarisation au primaire (TBS) est en hausse pendant la période 2011-2017, passant de 97,5% à 104,3% pour l'ensemble des élèves et de 89,0% à 94,3% chez les filles, soit une moindre progression pour les filles (22).

Sur la période 2011-2017, le taux brut d'achèvement (TBA) est passé 69,4 à 60,3% pour l'ensemble des élèves, soit une baisse de 13,1%. Il est passé de 60,1% à 51% chez les filles sur la même période. Le taux d'achèvement est bien plus élevé chez les garçons (69,8%) que chez les filles (51%) (22).

De 1996 à 2007, le taux d'alphabétisation de la population en Guinée a augmenté passant de 25,4% à 28,3% en 2003 puis 34,5% en 2007. Il est ensuite resté sensiblement constant avec même une légère baisse en 2014 (32%). Le taux d'alphabétisation varie considérablement selon le milieu de résidence. En milieu rural, seulement 17,6 % de la population âgée de 15 ans ou plus est alphabétisée contre 55,4 % en milieu urbain en 2014. Cette même tendance est visible selon le sexe ; chez les adultes, les hommes ont un taux qui se situe à 43,6%, alors que les femmes ont seulement un taux de 22% (22).

L'analphabétisme et le faible taux de scolarisation constituent des freins dans la lutte contre les MNT, notamment dans la vulgarisation des connaissances de base, le dépistage, le diagnostic précoce dans des pathologies peu symptomatiques et la promotion de la santé.

#### **1.6. Jeunesse, activités physiques et sportives**

Le constat suivant est fait dans le plan stratégique de développement de la jeunesse et des sports (23) : Le développement de la jeunesse, de la pratique de l'éducation physique et du sport est entravé aujourd'hui en Guinée par plusieurs facteurs : dysfonctionnement des cadres institutionnels, insuffisance ou mauvais état des infrastructures et des équipements, problèmes de gestion et de qualification des ressources humaines, problèmes d'éducation, de formation, d'emploi, de santé,

problèmes d'organisation et de structuration au niveau des activités de jeunesse, du sport scolaire, universitaire, militaire, paramilitaire et féminin, etc.,

Le manque de valorisation de la pratique de l'activité, l'absence des infrastructures et des équipements nécessaires contribuent à la progression des MNT.

### **1.7. Transport et communication**

Le principal mode de transport utilisé en Guinée est le transport par voie routière. Le réseau routier malheureusement est en grande majorité défectueux, ce qui ne facilite pas l'accès aux services de soins. Le transport maritime et fluvial est aussi utilisé, mais l'accès à de nombreuses îles reste encore un épineux problème. Le réseau portuaire est constitué du port autonome de Conakry et de celui de Kamsar. Conakry dispose d'un aéroport international et quelques petits aérodromes inexploités existent à l'intérieur du Pays. Un ambitieux programme de réhabilitation et d'extension du réseau routier est en cours de mise en œuvre (24).

Le réseau de télécommunication a connu une expansion rapide avec trois (3) opérateurs. On note une couverture de 100% des chefs-lieux de districts sanitaires. La quasi-totalité des sous-préfectures sont aussi couvertes par au moins un opérateur téléphonique. Chaque centre de santé dispose au moins d'une flotte téléphonique pour la transmission des informations sanitaires (Ministère de la santé et partenaires). Dans le cadre du renforcement de la surveillance à base communautaire, il a été mis en place des flottes téléphoniques sur l'ensemble du pays suite à l'épidémie de la maladie à virus Ebola. Le réseau internet se développe dans le cadre des NTIC. Tous les chefs-lieux de région et des districts sanitaires sont couverts par l'internet.

Un réseau de radios rurales et communautaires en pleine expansion, en plus de la radiotélévision nationale, couvre tout le territoire national. Ce réseau est renforcé par les radios privées dont la couverture est encore limitée à Conakry et à quelques régions.

Les lieux de rassemblements sociaux et religieux constituent aussi des moyens utilisés pour l'information et l'éducation de la population.

Le manque de structures fiables de transport notamment urbains contribue à la progression des MNT à travers l'usage accru de moyens personnels de transports, plus récemment le développement du phénomène des taxis moto, le développement de la pollution ...

### **1.8. Approvisionnement en eau potable et assainissement**

En Guinée selon la dernière enquête MICS de 2016, 82,4% de la population a accès à l'eau potable et 53,4% à l'assainissement. Ces taux cachent cependant des disparités importantes, car en milieu rural, 65% de la population a accès à une eau potable contre 90% de la population en milieu urbain. En termes d'assainissement, 32% de guinéens vivant en milieu urbain ont accès à un assainissement contre 11% pour ceux vivant en milieu rural (25).

Les écoles et les formations sanitaires sont dans une situation précaire en termes d'accès aux sources d'eau potable, dispositifs de lavage de mains et aux toilettes améliorées.

### **1.9. Comportements, coutumes et attitudes**

Les comportements adoptés sont peu favorables à la santé à cause du bas niveau d'éducation sanitaire de la majorité de la population. Ils se caractérisent par un faible respect des règles d'hygiène individuelle et environnementale, ainsi que par le manque d'information de la population sur la plupart des maladies. De plus, on note une augmentation de la criminalité et des accidents de la route, surtout en milieu urbain. Aussi, les pratiques traditionnelles néfastes affectant la santé des femmes et des

enfants sont encore largement utilisées : mutilations génitales féminines (96% de femmes excisées selon l'EDSG III), mariages précoces, violences faites aux femmes et aux enfants notamment.

La Guinée, comme la plupart des pays africains est confrontée à des problèmes majeurs de santé mentale liés à la toxicomanie, car la consommation de la drogue est devenue fréquente chez les adolescents et les jeunes. Dans les établissements scolaires 17% des effectifs consomment le tabac (26). Selon l'EDS 2018 (27), 1% des femmes de 15 à 49 ans fument du tabac contre 13% chez les hommes.

## **1.10. Situation politique et administrative**

La Guinée est un État laïc indépendant depuis le 2 Octobre 1958. Le pouvoir exécutif est détenu par le Président de la République élu au suffrage universel et le régime est présidentiel. Le Président de la République détient un pouvoir réglementaire qu'il exerce par des décrets. Le pouvoir législatif est détenu par l'Assemblée Nationale dont les membres sont élus au suffrage universel. La cour constitutionnelle garantit la constitutionnalité des actes juridiques et administratifs de la République. La Cour Suprême est l'instance la plus élevée de l'appareil de justice du pays. Elle connaît le recours exercé contre les arrêts et jugements rendus par les cours et tribunaux.

Le Conseil Économique et Social, le Conseil National de la Communication et l'institution Nationale Indépendante des droits de l'Homme complètent les Institutions républicaines du pays.

La décentralisation constitue une priorité pour le Gouvernement et se caractérise par la mise en place de structures locales chargées de la mise en œuvre des fonctions transférées au bénéfice des populations.

La Guinée compte 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 304 communes rurales.

Les récentes initiatives dans le cadre du développement des communes de convergence est une opportunité dans la mise en œuvre des activités de lutte contre les MNT.

## **1.11. Situation du système de santé**

Le système de santé est basé sur le droit constitutionnel à la santé de la population guinéenne (article 15 de la constitution et l'article 1<sup>er</sup> de la loi L/021/AN du 19 juin 1997) (1,28). Pour opérationnaliser ce droit, le ministère de la santé a élaboré la politique nationale de santé qui est mise en œuvre à travers de plan national de développement sanitaire 2015 – 2024. La première tranche de la mise en œuvre de ce plan de développement sanitaire est le plan de relance et de résilience du système de santé 2015 – 2017.

### **1.11.1. Gouvernance et leadership**

#### **1.11.1.1. Cadre institutionnel**

La structure organisationnelle et fonctionnelle du Ministère de la Santé est définie par le Décret n° D/2018/168/PRG/SGG du 16 Août 2018 portant organisation et attribution du Ministère de la Santé. L'organisation administrative du secteur est pyramidale, calquée sur le découpage administratif, avec des structures administratives et des structures de soins et services de Santé. Elle comprend 4 niveaux : central, régional, préfectoral et communautaire.

- ✓ Le niveau central est chargé des fonctions de régulation du secteur, de l'orientation des actions, de la coordination et de l'allocation des ressources. Il est constitué des directions et autres services centraux ;

- ✓ Le niveau régional est chargé du soutien technique des districts sanitaires ;
- ✓ Le niveau Préfectoral (district sanitaire) celui de la mise en œuvre de la politique de santé.
- ✓ Le niveau communautaire mise à l'échelle des expériences de 40 communes de convergence

#### **1.11.1.2. Coordination des interventions dans le secteur de la santé**

De nombreux outils sont mis en place dans le cadre de coordination du secteur de la Santé notamment CTRS, CTPS, les groupes thématiques... Ces cadres, pour être efficaces, doivent être alimentés par des rapports issus d'actions conjointes.

La coordination avec le sous-secteur privé reste à réaliser notamment en zone urbaine où ces structures sont numériquement importantes.

#### **1.11.1.3. Planification, suivi et évaluation**

Les processus de monitoring et de planification apparaissent assez systématisés mais restent assez théoriques en raison de la faiblesse des ressources locales pouvant permettre leur mise en œuvre.

#### **1.11.1.4. Participation communautaire et collaboration intersectorielle**

Comme indiqué plus haut, concernant le système de santé à l'instar des autres secteurs de développement, il existe un processus d'ancrage dans la décentralisation en cours dans le pays. Par ailleurs, à la faveur de la relance des Soins de Santé Primaire dans le pays, des initiatives sont prises avec la mise en place des Comités de Santé et d'Hygiène.

Cette participation communautaire est caractérisée par une faible appropriation du processus par les élus locaux, une faiblesse de la motivation financière des acteurs communautaires, une insuffisance dans la gestion des centres de santé, une faible diffusion du code des collectivités décentralisées et une absence de rétro information large au niveau de la population. Dans les zones où le paquet intégré de services de santé communautaire est en train d'être mis en œuvre, cette situation s'améliore.

#### **1.11.1.5. Régulation et lutte contre les pratiques illicites**

Le contexte national reste caractérisé par l'existence d'un dispositif relativement important pour assurer la régulation et la lutte contre les pratiques illicites, mais aussi par un secteur illicite très actif dans les domaines du médicament et des soins.

### **1.11.2. Produits de Santé et technologies médicales**

#### **1.11.2.1. Produits de Santé**

Les produits de santé sont régis par trois documents essentiels : la Politique Pharmaceutique Nationale, la Politique de Biologie Médicale et la Politique de Transfusion Sanguine.

#### **1.11.2.2. Infrastructures et équipements**

Dans le domaine de l'offre de soins globale du pays, il existe 1392 structures publiques toutes catégories confondues, réparties comme suit : 925 postes de santé, 412 centres de santé, 5 centres de santé améliorés, 10 centres médicaux communaux, 26 hôpitaux préfectoraux, 7 hôpitaux régionaux et 3 hôpitaux nationaux, 4 structures de soins spécialisées. Les équipements des établissements de soins sont composés essentiellement du mobilier médical, des appareils biomédicaux et des moyens logistiques. L'équipement biomédical est utilisé essentiellement dans les structures hospitalières. Un ambitieux programme d'investissements est en cours de réalisation pour améliorer l'état des infrastructures et la disponibilité des équipements.

Le secteur privé compte : 11 polycliniques, 33 cliniques, 3 hôpitaux d'entreprises, 254 cabinets médicaux, 18 cabinets dentaires, 6 cabinets de sages-femmes, 148 cabinets d'infirmiers et 85 centres associatifs à Conakry, avec 408 officines privés dont 348 à Conakry, 40 points de vente de médicaments et des laboratoires biomédicaux (2).

### 1.11.3. Ressources humaines

#### 1.11.3.1. Planification

Les principaux problèmes qui se dégagent sont l'insuffisance de cadre de concertation et de coordination des acteurs, l'environnement général du pays durablement marqué par une situation économique, politique et sociale turbulente, pour une bonne planification des ressources humaines.

#### 1.11.3.2. Effectifs en personnel de santé

Sur le plan des effectifs, selon la base de données de 2014 issues du recensement biométrique des RHS des secteurs public et privé, l'effectif s'élève à 11.527 agents de santé.

Sur les 11527 personnels de santé, la majorité exercent à Conakry (6361), 1030 dans la région de Kindia et seulement 522 dans la région de Mamou (cf. figure 2).

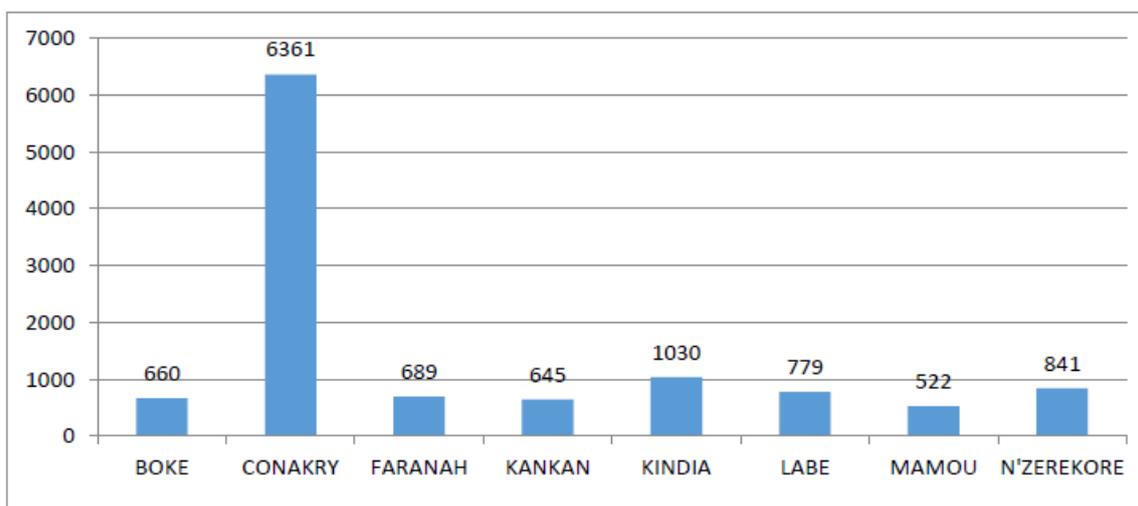


Figure 2 : Effectif du personnel de Sant selon le réccemnt Biométrique de 2014

#### 1.11.3.3. Gestion

Elle est caractérisée par l'absence de plan de développement et de carrière des RHS, l'absence de mesures incitatives et de motivation, distribution inéquitable du personnel, absence de dispositif de gestion basée sur la performance, faiblesse des rémunérations des RHS.

#### 1.11.4. Financement

Le financement de la santé est relativement connu ; les comptes nationaux de la Santé permettent de savoir ce que l'on dépense dans le secteur.

La part du budget du Ministère de la santé par rapport au budget national a connu une tendance haussière depuis 2014. Il est passé de 2,40% en 2014 à 4,94% en 2017, soit un gain de 2,54 points. Malgré cette hausse, il est très loin de l'objectif de l'Union Africaine qui demande à chaque État de consacrer 15% de son budget national au secteur de la santé. La dépense totale de santé par habitant a évolué entre 2014 et 2016, passant de 294 000 GNF à 395 000 GNF, soit une variation moyenne annuelle de 15,9% (22). Cependant cette augmentation n'est pas suffisante dans l'offre des services de soins.

#### **1.11.4.1. Financement pour la couverture sanitaire universelle**

Les services de santé sont utilisés à un stade avancé de la maladie pour des raisons de disponibilité nulle ou insuffisante d'argent pour faire face aux frais à payer pour les soins de Santé. Les initiatives pour résoudre cette situation en terme de protection contre le risque financier existent mais ne sont pas assez développées et maîtrisées : assurance privée, CNSS, INAMO, mutuelles, financement basé sur les résultats, assurances non-contributives (exemption ou gratuité, fond d'indigence).

#### **1.11.5. Système d'information sanitaire**

Pour ce qui est des constats relatifs au dispositif de production de l'information, de sources de données et de bases/banques de données et la composante relative aux aspects des produits de l'information et leur utilisation, le SNIS est caractérisé par une insuffisance qualitative des ressources humaines à tous les niveaux, une insuffisance d'utilisation des NTIC pour l'exploitation notamment dans les services déconcentrés.

#### **1.11.6. Prestations de Santé**

L'utilisation des services de Santé en général reste faible (inégalité dans la répartition, faible qualité, etc.). Ceci se reflète dans la situation de certains indicateurs tel que représenté ci-dessous (27) :

- Couverture vaccinale complète des enfants de moins d'un an : 24%
- Couverture en CPN4 : 35%
- Accouchement Assisté par un personnel qualifié : 55%
- Indice de mortalité maternelle : 550 pour 100 000 naissances vivantes (MICS 2016)
- Taux de mortalité néonatale : 32 ‰
- Taux de mortalité infantile : 67 ‰
- Taux de mortalité infanto-juvénile : 111 ‰
- Prévalence nationale du retard de croissance chez les enfants de moins de cinq ans : 30,3%,
- Prévalence nationale de l'émaciation : 9,2% ;
- Prévalence de l'allaitement maternel exclusif : 33%.

Le défi majeur du système de santé est d'élargir la couverture sanitaire à l'ensemble de la population par le renforcement des prestations des services de santé, le développement de la santé communautaire et la protection contre le risque financier lié à l'utilisation des prestations (couverture sanitaire universelle). Sur la base de la politique nationale de santé révisée en 2014, le plan national de développement sanitaire 2015-2024 est mis en œuvre pour renforcer le système de santé.

## 2. DEUXIEME PARTIE : ANALYSE DE LA SITUATION DES MNT

### 2.1. Situation des MNT dans le monde

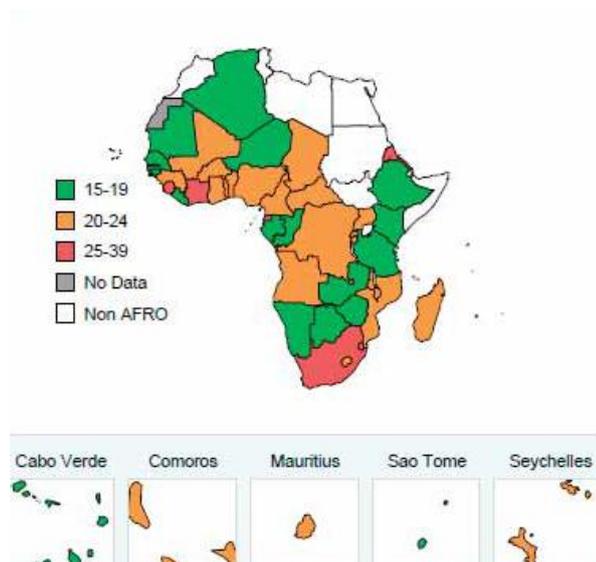
Tous les pays subissent les conséquences humaines, sociales et économiques des MNT mais celles-ci sont particulièrement désastreuses pour les populations pauvres et vulnérables. Réduire la charge mondiale des MNT est une priorité absolue et une condition nécessaire du développement durable.

Les MNT sont la première cause de décès dans le monde. En 2012, elles ont été à l'origine de 38 millions des 56 millions de décès (68 %). Plus de 40 % de ces décès (16 millions) étaient prématurés, c'est-à-dire qu'ils sont survenus avant 70 ans et près des trois quarts des décès dus aux MNT (28 millions) ainsi que la majorité des décès prématurés (82 %) sont survenus dans des pays à revenu faible ou intermédiaire (3).

Si rien ne change dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, on estime que de 2011 à 2025, les pertes économiques cumulées dues aux MNT atteindront 7 000 milliards US \$. Le coût énorme de l'inaction est bien supérieur à ce que coûterait chaque année l'application d'une série d'interventions permettant de réduire très efficacement la charge imputable aux MNT (11,2 milliards US \$ par an) (3).

### 2.2. Situation des MNT en Afrique

Dans les pays africains, les MNT progressent rapidement et on prévoit que, si rien n'est fait d'ici à 2030, elles seront une cause de décès plus courante que les maladies transmissibles, maternelles, périnatales et nutritionnelles. Les estimations de l'OMS montrent des probabilités de décès allant de 15 à 39% (Figure 3).



**Figure 3 : Probabilité de décès entre les âges de 30 ans et 70 ans de maladies cardiovasculaires, de cancer, diabète ou maladie respiratoire obstructive chronique (%) dans la région**

En l'an 2000, les accidents vasculaires cérébraux et les cardiopathies ischémiques ont été classés 8<sup>ème</sup> et 9<sup>ème</sup> causes de décès respectivement, mais en 2015, ils étaient en 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> position. Quand les accidents vasculaires cérébraux et les cardiopathies ischémiques sont combinés, ils se classent au deuxième rang des principales causes de décès dans le monde (4).

La plupart des facteurs de risque de maladies non transmissibles sont modifiables et comprennent l'usage du tabac, l'usage nocif de l'alcool, une mauvaise alimentation, une activité physique

insuffisante, un surpoids/obésité, une hypertension artérielle, une hyperglycémie et un taux de cholestérol élevé.

Les estimations de l’OMS suggèrent cependant que la prévalence de ces facteurs de risque modifiables dans les pays africains membres de l’OMS a atteint des proportions épidémiques et des efforts importants sont nécessaires pour freiner leur progression rapide.

### 2.3. Situation des maladies non transmissibles en Guinée

En République de Guinée, les MNT constituent un problème majeur de santé publique. En effet, une enquête de terrain réalisée par le Ministère de la Santé et l’OMS, portant sur 5 régions de la Guinée de la période de 2014 à 2018 indique que 13% des activités hospitalières (consultation, hospitalisation et références) sont liées aux MNT (29). La figure 4 montre que les consultations des MNT sont dominées par les traumatismes (31%) et l’hypertension artérielle (26%). Ce travail montre que 17% des cas de MNT diagnostiqués en décèdent avant 60 ans.

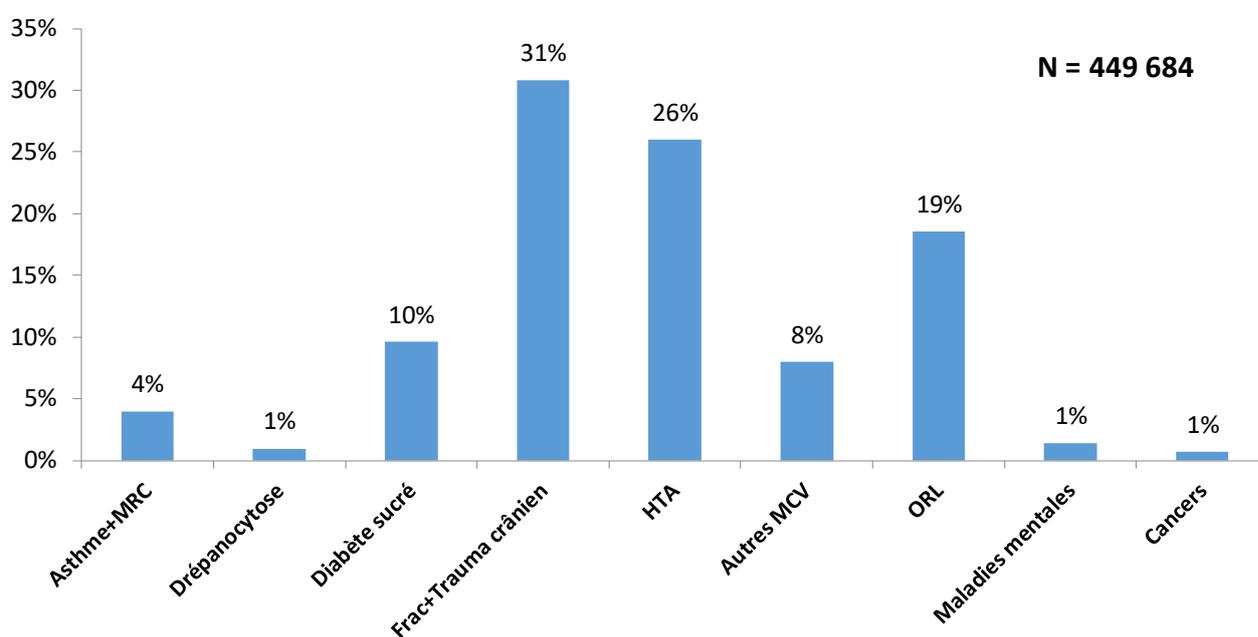


Figure 4 : Répartition des causes de consultation durant les cinq dernières années (2014- 2018) dans les régions de Conakry, Boké, Mamou, Kankan et N'Zérékoré

#### 2.3.1. Le Diabète sucré

##### 2.3.1.1. Diabète de type 1

Le diabète de type 1 était considéré rare voire inexistant dans notre pays. La réalité est tout autre, car ces enfants diabétiques de type1 mourraient le plus souvent avant que le diagnostic soit établi. Ainsi dans le projet CDiC (Changing Diabetes in Children / changer l’avenir des enfants diabétiques), facilitant l’accès aux soins, le nombre d’enfants atteints de diabète de type 1 est passé de 44 en 2009 à 835 enfants en 2019. L’ampleur du diabète de type 1 en population générale reste à déterminer dans les prochaines études.

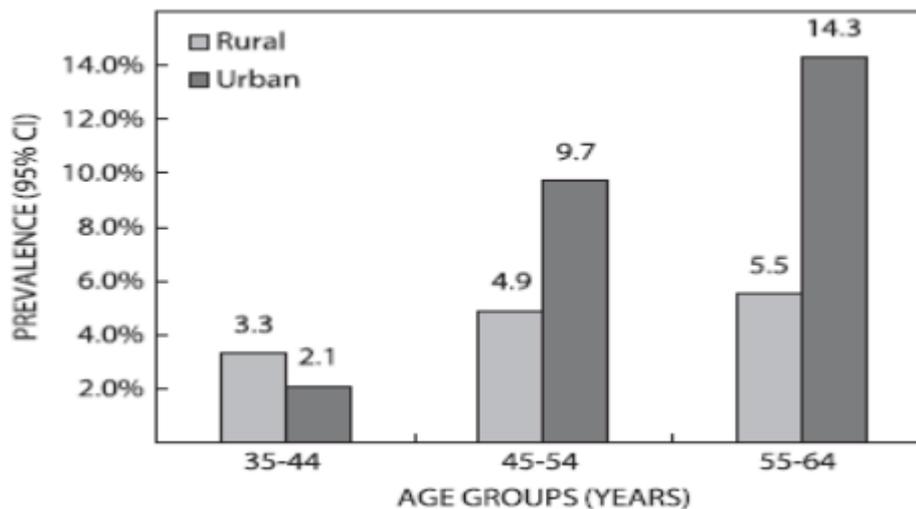
##### 2.3.1.2. Diabète de type 2

L’enquête STEPS menée en 2009 sur les facteurs de risque des MNT à Conakry et en Basse Guinée (9) a permis d’obtenir les données suivantes :

- Dans la population âgée de 15 à 64 ans la prévalence du diabète était de 3,5% respectivement de 3,4% chez les hommes et 3,6% chez les femmes ;

- 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.
- La prévalence était de 5,7% % (95% CI 4.0–8.1) chez les sujets âgés de 35 à 64 ans (30).
- Seulement 41,2 % des sujets se connaissait diabétiques au moment de l'enquête et un peu plus de la moitié des diabétiques connus avait un traitement (53,6%).

Cependant, il faut mentionner que les données comparables pour les autres régions naturelles du pays ne sont pas disponibles. La figure 5 montre que la prévalence du diabète croît avec l'âge.



*Figure 5 : Répartition par tranche d'âges de la Prévalence du diabète chez les adultes dans la population guinéenne âgée de 35 à 64 ans en zones rurale et urbaine*

Un mauvais contrôle du diabète ( $HbA1c \geq 7,0\%$ ) a été noté chez 84% des diabétiques suivis en Guinée, dont 41% avaient  $HbA1c \geq 10,0\%$  (31).

En outre, différentes études ont montré que le diabète est souvent compliqué : 20% des patients sous dialyse (32). Par ailleurs, 5% des patients diabétiques vus en 2000 étaient aveugles (33), 10 % d'entre eux ont subi une amputation de la cuisse en 2001 (34). Près de la moitié des hommes diabétiques (48,4%) interrogés dans le cadre d'une étude menée en 2003 ont montré des dysfonctionnements érectiles (35). Une étude menée en 2000 a montré que 8% des patients ont eu un AVC (32).

### **2.3.1.3. Diabète Gestationnel (DG)**

Le diabète gestationnel constitue un problème de santé publique dont la prévalence varie de 5 à 20 % selon les pays. Elle a été estimée à 14,22% en Guinée (36). Les conséquences néfastes de cette pathologie sont multiples, autant chez la mère que chez le fœtus. Pour la mère, le diabète gestationnel peut être associé à un accouchement par césarienne ou prématuré, à de l'hypertension, à une toxémie gravidique. Les complications peuvent avoir un caractère plus durable avec le développement d'un diabète de type 2 après l'accouchement ou la réapparition d'un diabète gestationnel lors d'une grossesse ultérieure. Pour le fœtus, le risque peut se manifester à la naissance par une macrosomie, une hypo-glycémie néonatale, un ictère, une détresse respiratoire, un risque de blocage des épaules à cause d'un accouchement difficile. À long terme, un enfant né de mère ayant présenté un diabète gestationnel a un risque accru d'obésité, de diabète à l'âge adulte et de maladies cardiovasculaires. Il est démontré

que la non prise en compte du DG dans les programmes de réduction de la mortalité maternelle et infantile contribuent aux résultats insuffisants observés dans les indicateurs de ces programmes.

Le dépistage systématique et la prise en charge du DG sont donc fondamentaux pour réduire la morbi-mortalité chez ce couple fragile mère et enfant.

## 2.3.2. Maladies cardiovasculaires

### 2.3.2.1. Hypertension artérielle

L'enquête STEPS a permis d'obtenir les données suivantes sur l'hypertension artérielle. Les données des chiffres tensionnels indiquent quel que soit la région, la moyenne des pressions diastoliques et systoliques croient avec l'âge de la population (figure 6).

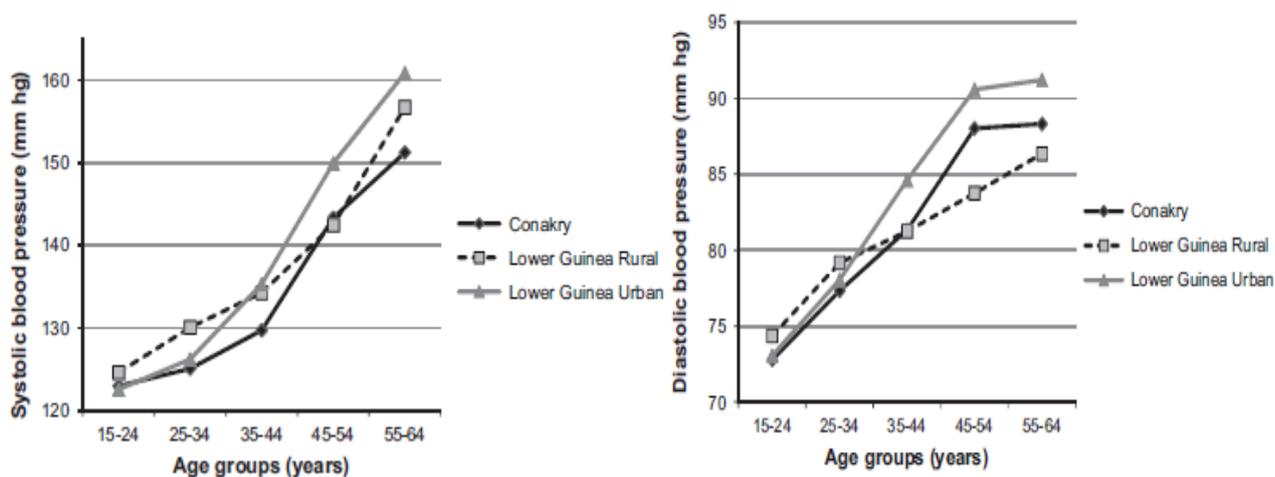


Figure 6 : Moyennes des pressions systoliques et diastoliques selon l'âge et les régions en Guinée, STEPS 2009

La prévalence de l'HTA en population générale guinéenne est de 29,9% (IC à 95% : 29,8–30,0) allant de 29,4% chez les hommes à 30,4% chez les femmes (37). Cette prévalence varie de 23,9% à Conakry, 24,9% en Basse Guinée urbaine et 37,7% en Basse Guinée rurale. Pour l'ensemble des sujets hypertendus, 75,8% s'ignorait avant l'enquête STEPS et seulement 34,9% des patients connus hypertendus étaient sous traitement. Un peu plus de la moitié des sujets connus hypertendus qui avait un traitement, utilisait également la médecine traditionnelle.

Une étude conduite dans 12 pays africains dont la Guinée, montre une 35,% des patients africains avaient une mauvaise observance du à l'utilisation de la médecine traditionnelle et de l'indice de richesse individuelle (38).

En 2018, dans le service de Cardiologie de l'Hôpital National Ignace Deen, l'hypertension artérielle était la pathologie la plus fréquemment observée (48% des admissions) (39).

Un apport élevé en sel est un facteur de risque majeur d'hypertension et de maladies cardiovasculaires. Dans les zones urbaines de cinq pays d'Afrique (Bénin, Guinée, Kenya, Mozambique, Seychelles), la majorité des participants savait qu'une consommation élevée de sel peut causer des problèmes de santé (85%) (40). Parmi les pays participants, le niveau de cette connaissance que le sel peut causer des problèmes de santé était la plus faible en Guinée (66%). Ces résultats soutiennent la nécessité de

campagnes d'éducation pour réduire le sel ajouté pendant la cuisson et des stratégies pour réduire la teneur en sel dans certains aliments manufacturés.

### **2.3.2.2. Maladies Coronaires**

Les maladies coronaires sont en progression comme le montre les statistiques hospitalières de ces 3 dernières années : 10,8% en 2016 dont 25% de décès ; 14 % en 2017 dont 10,8 % de décès et 28,6 % pour l'année 2018 dont 5% de décès (39).

### **2.3.2.3. Artériopathie Périphérique**

Les statistiques des maladies vasculaires sont celles issues des registres d'écho-Doppler d'un cabinet de cardiologie. Pour l'année 2018, sur 440 demandes d'écho-Doppler vasculaires 150 cas d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs étaient diagnostiqués (34%) (39).

### **2.3.2.4. Accidents Vasculaires cérébraux**

En ce qui concerne les accidents vasculaires cérébraux (AVC), les statistiques hospitalières en milieu neurologique montrent que les AVC constituent la première cause d'hospitalisation et la première cause de mortalité. Ainsi, 125 cas d'AVC ont été enregistré en 2018 parmi lesquels 37 cas étaient de causes cardiovasculaires (30%) (41).

Sur l'ensemble du territoire entre 2004 et 2008, le nombre de cas de maladies cardiovasculaires pris en charge dans les structures sanitaires est de 31 162 cas. Ce total de cas est reparti comme suit : 33,1% Conakry; 8,3% région de Kindia; 8,6% région de Boké; 7,8% région de Mamou; 5,1% région de Labé ; 8,9% région de Kankan; 10,3% région de Faranah et 18% région de N'Nzérékoré (29).

### **2.3.2.5. Maladie Rénale Chronique**

La maladie rénale chronique est de nos jours un défi mondial au même titre que les autres maladies chroniques dites « non transmissibles ». Elle est grave et très fréquente.

Selon l'OMS, l'insuffisance rénale chronique (IRC) constitue actuellement la 12<sup>ème</sup> cause de mortalité et la 17<sup>ème</sup> cause de morbidité dans le monde. Cette affection est silencieuse, lentement évolutive, et responsable d'une augmentation importante du risque cardio-vasculaire. Au stade terminal (IRCT), l'issue est toujours fatale en l'absence d'une thérapie de suppléance rénale. La croissance de la population des IRCT est 5 fois plus importante que la croissance de la population mondiale (42).

En milieu néphrologique guinéen, la fréquence de l'insuffisance rénale chronique a connu une progression de 41% entre 2001 et 2005 et de 60% entre 2006 et 2010. A cette époque l'accès au traitement par la dialyse avait peu évolué soit de 8 à 20% des patients reçus. La prévalence de la maladie rénale chronique a été estimée à 33% dans un service de médecine général à l'hôpital national Donka à Conakry en 2012. Selon cette étude, les hommes représentaient 57% des patients ; la moyenne d'âge était de 59 ans. Les causes d'insuffisance rénale chronique étaient respectivement vasculaire hypertensive (43%), glomérulaire (26%), diabétique (10%), tubulo-interstitielle (8%) et inconnue (13%) (43).

Au cours de la journée mondiale du rein de mars 2008 dans la commune urbaine de Kindia, un dépistage systématique de la maladie rénale chronique révèle parmi les cas 21% de stade 1 ; 60% de stade 2 et 18% de stade 3. La prise en charge néphrologique tardive des patients insuffisants rénaux chroniques est constamment associée à une morbidité importante. Seulement 21 % des insuffisants rénaux étaient à même de se prendre en charge et 69% parmi eux avaient consulté après 1 mois du

début des signes. Le retard de prise en charge privait les patients des bénéfices du traitement néphroprotecteur les exposant ainsi aux complications cardiovasculaires (44).

Plusieurs facteurs ont contribué à ce retard de prise en charge : le bas niveau socio-économique, le retard de la référence des patients, l'absence d'unité de néphrologie dans les régions.

Ainsi, pour faciliter la prise en charge des malades d'insuffisance rénale, le gouvernement à travers le ministère de la Santé supporte 80% des frais liés à la prise en charge (dialyse), contre seulement 20% supportés par les parents des malades. La subvention couvre le kit de dialyse d'usage unique, deux fois par semaine pour chaque malade dialysé pendant un an ; les produits pharmaceutiques et d'entretien des équipements et des générateurs ; le traitement hormonal de l'anémie par érythropoïétine.

Par ailleurs, le pays dispose aujourd'hui d'une trentaine de centres de traitement et de suivis de la maladie du rein.

### 2.3.3. Les cancers

L'estimation du nombre de cancers en Guinée est passée de 5 900 cas en 2012 à 7 300 cas en 2018, soit une augmentation de près de 24% (Globocan). Cette augmentation est confirmée à travers le nombre de cas de cancers à l'Unité de Chirurgie oncologique (figure 8) (45).

A ce jour, le taux d'incidence standardisé de cancer est de 98,1 pour 100 000 chez l'homme et de 105,2 pour 100 000 chez la femme. La mortalité par cancer est évaluée à 84,2 pour 100 000 cas dans les deux sexes. L'analyse des données de population (registre) laisse apparaître la répartition des cancers suivantes : col de l'utérus 45,5 / 100 000 hbts ; prostate 35,3 / 100 000 hbts ; foie 21,8 / 100 000 hbts ; sein 15,2 / 100 000 hbts et estomac 4,5 / 100 000 hbts (46).

Dans le registre de cancer du service de l'Anatomo-Pathologie de l'Hôpital National Donka, entre 2006 et 2010, 3186 individus ont été diagnostiqués pour cancer (47). Il y avait 47% d'hommes et 53% de femmes. Pour cette période, les cancers gynécologiques sont les plus fréquents (cancers de l'utérus et du sein), avec une fréquence quasi constante sur les cinq ans.

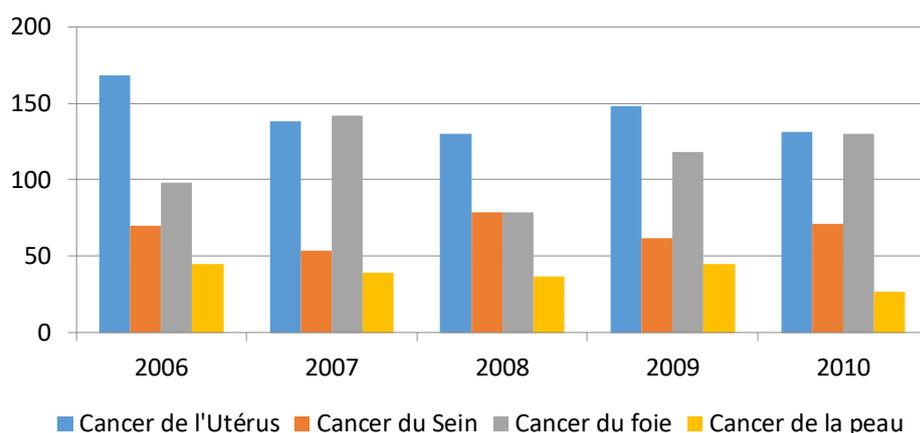
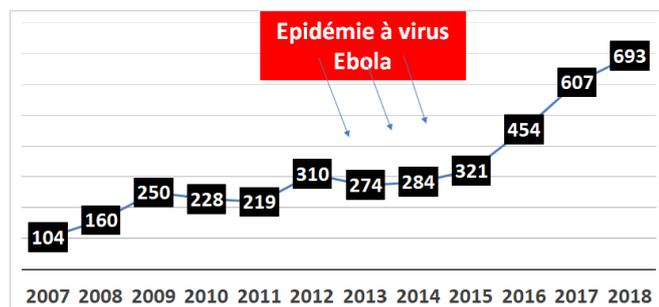


Figure 7 : Répartition du nombre de cancers dans le registre du cancer entre 2006 et 2010 (n =3.186)

Dans l'unité de Chirurgie Oncologique, la répartition des patients atteints de cancers selon les tranches d'âges est la suivante : 6% pour les moins de 15 ans, 72% entre 15 et 60 ans et 22% pour les plus de 60 ans (45). On note une progression de nombre de cas de cancer dans cette unité (figure 8).

Dans l'unité de prise en charge des cancers de l'enfant, sur 295 cancers diagnostiqués de 2017-2018, le rétinoblastome venait en tête avec 22,4%, puis le néphroblastome 15,3% et le lymphome de Burkitt 14,2% (48).



Nombre de cas de cancers colligés par an à l'unité de chirurgie oncologique de Donka

### Figure 8 : Nombre de cas de cancers colligés par an à l'Unité de Chirurgie de l'Hôpital National Donka

Les données de prise en charge des cancers en Guinée indique que la chirurgie du cancer du sein était conservatrice dans 9,8% et radicale dans 90,2% de cas. La rechute sur cinq ans après chirurgie des cancers était de  $33,8 \pm 8,0\%$  et le délai médian entre la chirurgie et la rechute était de 7,0 (IQR : 3,0 - 15,0) mois. Des travaux indiquent que la mortalité globale des cancers sur 5 ans était de 42,1% (IC à 95%: 33,6 - 50,6%) (49,50).

Les données sur les cas de cancers sont certainement sous notifiées à cause de la faible capacité du système de santé à diagnostiquer (ressources humaines et matérielles) et aussi de l'absence de la déclaration du cancer dans le SNIS. Aussi, le seul registre du cancer qui existe à de nombreuses difficultés pour collecter toutes les informations sur tous les cas de cancers.

La prise en charge des cancers se caractérise par le diagnostic à des stades avancés, la faible capacité des unités à suivre efficacement le traitement et le faible accès aux services de diagnostic et de traitement (49).

Malgré l'augmentation de l'incidence et de la mortalité, le pays ne dispose pas encore d'un service de prise en charge des cancers. La création d'un service de cancérologie va permettre d'améliorer la qualité de la prise en charge et créer une interconnexion avec les hôpitaux régionaux et préfectoraux.

#### 2.3.4. Les affections respiratoires chroniques

Les maladies respiratoires chroniques sont sous diagnostiquées et sous traitées. Elles sont dominées par l'asthme bronchique et la Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO), mais aussi incluent les allergies respiratoires, l'Hypertension Artérielle pulmonaire (HTAP), les bronchectasies.

Les facteurs de risque sont multiples et dominés par le tabagisme, les agressions environnementales (domestiques et professionnelles), les antécédents pathologiques respiratoires. L'ensemble des MRC concerne plus d'un milliard de personnes dans le monde dont quatre millions de décès chaque année (51). En 2018 une analyse des rapports trimestriels des structures sanitaires de base de Conakry a montré une fréquence de 0,5% de MRC parmi les 18,5% de maladies respiratoires observées (52).

### 2.3.4.1. Broncho Pneumopathie Chroniques Obstructives (BPCO)

La BPCO atteint plus de 210 millions de personnes (4 % à 10% de la population adulte) dans le Monde. Actuellement, elle est la quatrième grande cause de décès dans le monde et plus de 3 millions de personnes en sont mortes en 2012, soit 6% de l'ensemble des décès mondiaux. Elle devrait être la 3ème cause de mortalité et la 6ème cause d'handicap dans le monde d'ici 2020, alors qu'elle n'était en 1990, qu'au 5<sup>ème</sup> rang de mortalité et au 12<sup>ème</sup> rang des causes d'handicap (51).

En Afrique, la prévalence des BPCO chez les malades hospitalisés dans des services spécialisés allait de 2,7% en Guinée à 14% au Maroc (53).

### 2.3.4.2. Asthme

On estime actuellement que 300 millions de personnes de tous les âges et de toutes les origines sont atteintes d'asthme dans le monde. D'après les dernières estimations de l'OMS, publiées en décembre 2016, il y a eu 383 000 décès dus à l'asthme en 2005 (54). Les études épidémiologiques récentes ont permis de montrer que la prévalence de l'asthme était en général moins importante dans les pays africains que dans les pays développés, mais représentait environ 10 % de la population des enfants de 13-14 ans en Côte d'Ivoire (55). En 2002-2003 la prévalence de l'asthme bronchique était de 12,4% en milieu scolaire à Conakry (56). En 2018, l'asthme bronchique représentait 0,07% (IC à 95% = 0,067% à 0,073%) des consultations dans les structures sanitaires de base (52).

### 2.3.5. Drépanocytose

A l'échelle mondiale, 300 millions de personnes sont porteuses du gène de la drépanocytose avec 500 000 naissances par an de forme majeure et de 200 000 décès par an (57).

Elle est la maladie génétique la plus répandue dans la Région africaine de l'OMS. Dans bon nombre de pays, une proportion de 10 à 40 % de la population est porteuse d'un gène drépanocytaire, et l'on estime par conséquent à au moins 2 % le taux de prévalence de la drépanocytose dans ces pays (58).

Elle est à l'origine de 5% de décès pour les enfants de moins de 5 ans dans la région africaine, la proportion peut atteindre 16% dans certains pays de l'Afrique de l'Ouest (58,59).

En Guinée, les données disponibles montrent que la maladie atteint des proportions inquiétantes :

- En 1986 (Carbane et al.), 19,4% d'individus étaient porteurs de l'hémoglobine « S » et 0,15% de l'hémoglobine «C»
- Sa fréquence était de 5% et de 5,44% respectivement dans les services de Pédiatrie des Hôpitaux Nationaux Donka et Ignace Deen.
- Selon les données disponibles 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 (60).

Malgré ces données épidémiologiques alarmantes et les conséquences sanitaires et sociales, la drépanocytose ne bénéficie pas encore de l'attention nécessaire. La problématique de la prise en charge de la drépanocytose se caractérise dans notre pays par les éléments ci-dessous :

- Insuffisance d'informations et de sensibilisations de la population sur la maladie (mode de transmission, manifestations et mode de prévention).
- Absence de politique nationale de prévention et de suivi médical des malades drépanocytaires.
- Formation insuffisante des agents de santé à la prise en charge des drépanocytaires.
- Absence de structure médicale de référence nationale ou régionale pour la prise en charge des drépanocytaires.

- Absence de mesures de protection des élèves, étudiants drépanocytaires face aux contraintes physiques et au rythme scolaire et universitaire avec exposition aux échecs et abandons scolaire.
- Absence de mesures de protection des travailleurs drépanocytaires face aux contraintes et conditions de la vie professionnelle.

### 2.3.6. Surdité et déficiences auditives

La d ficiency auditive est l'incapacité sensorielle la plus commune. Les estimations de l'OMS sont passées de 360 Millions en 2013 à 466 Millions en 2018. Elle concerne ainsi 5% de la population mondiale (61).

En Guinée, selon les données issues des statistiques du monitoring du premier semestre 2019 des Services d'ORL /CCF des hôpitaux nationaux (Ignace Deen et Donka), la d ficiency auditive représentait la pathologie la plus fréquente avec 29,2% des consultations du service (62).

Les différentes causes de d ficiency auditive n'ont pas fait l'objet de recherches systématiques en Guinée. Toutefois, les données statistiques de routine montrent que les otites moyennes (53%), le bouchon de cérumen (23,70%) et les otites externes (7%) sont les principales causes de d ficiency auditive de transmission. Quant à la d ficiency auditive de perception, la presbyacousie ou surdité liée au vieillissement (4,5%), l'Ototoxicit  des médicaments (1,2%) et les maladies infectieuses (paludisme grave et méningite) ont été les causes les plus rencontrées (62).

### 2.3.7. Traumatismes et violences

Les traumatismes d'origine accidentelle – accidents de la circulation, noyades, chutes ou brûlures – et ceux entraînés par des actes de violence – agressions, violence auto-infligée ou actes de guerre – entraînent chaque année dans le monde plus de cinq millions de décès. Des millions de personnes survivent à ces traumatismes en gardant des séquelles. Les traumatismes, qui représentent 9 % de la mortalité à l'échelle mondiale, sont une menace pour la santé publique dans tous les pays. Selon les estimations, les traumatismes entraînent, outre les décès, des dizaines d'hospitalisations, des centaines d'admissions aux urgences et des milliers de rendez-vous chez le médecin. Une grande partie des personnes qui survivent à un traumatisme souffrent d'une incapacité temporaire ou permanente.

Les accidents de la route représentent un énorme problème de santé publique mondial en raison de leur fréquence croissante, des décès et des handicaps qui y sont liés et de leurs conséquences sociales et financières. Ils sont la 8<sup> me</sup> cause de décès dans le monde, mais la 1<sup> re</sup> cause chez les enfants de 4 à 44 ans et chez les jeunes adultes de 15 à 29 ans (16). En 2018, l'OMS estimait que 1,35 million de personnes dans le monde mouraient chaque année des suites d'un accident de la route, et ce, en plus des 20 à 50 millions de personnes qui sont gravement blessées ou handicapées (16). Ce problème de par son importance, est l'un des objectifs de développement durable (ODD) liés à la santé avec pour objectif de réduire de moitié le nombre d'accidents de la route d'ici 2030 (63).

Les pays à faible revenu, qui abritent 1% des véhicules automobiles dans le monde, sont responsables de 13% des décès et des morbidités associées aux accidents de la route (16).

Diverses études menées en Afrique ont fait état de taux de mortalité par accident de la route allant de 0,3 à 41 % chez les automobilistes, les passagers, les piétons, les cyclistes ou les motocyclistes, les victimes étant principalement des hommes âgés de 20 à 44 ans (64).

En Guinée, le nombre de véhicules à moteur et de motocyclettes est passé d'environ 15 933 en 2010   37 820 en 2015 (65). En termes de morbidité, il n'y a peu de données publiées. Entre 2015 et 2017, il

y a eu une augmentation du nombre d'accidents de la route et du nombre de victimes d'accident de la route en Guinée. Plus de 20 % des admissions dans les unités d'urgence étaient attribuables aux accidents de la route.

Les accidents de la voie publique sont dus à plusieurs facteurs : l'insuffisance et mauvais états des routes (étroitesse des routes, l'absence de pistes cyclables, manque de signalisation et de ralentisseurs), faible application de la réglementation (non-respect des conditions d'obtention de permis de conduire, l'absence de moto école, le port de casque, le transport de plus d'un passager par les taxis moto, port de ceinture de sécurité, le transport mixte, manque de visite technique, etc.).

### 2.3.8. Santé mentale

Selon l'OMS, les pathologies mentales (OMS) représentent 12,5% de la morbidité mondiale (66). En ce qui concerne l'Afrique, 1 à 3 % de la population de la région souffrent d'affections neuropsychiatriques. Il s'agit principalement de la dépression et de l'épilepsie. On a observé une prédominance féminine de la dépression et survient chez environ 29% de sujets hypertendus, 22% de sujets avec un infarctus du myocarde, 31% de sujets souffrant d'AVC et 33% de cancer (67).

En Guinée, il n'existe pas de données sur la Maladie mentale à l'échelle de la population générale. Des travaux indiquent que 58,7% des diabétiques et 13,8% des personnes vivants avec le VIH présentent des symptômes d'anxiété. Ces publications ont noté également que 34,4% des diabétiques et 16,9% des personnes vivants avec le VIH présentent des symptômes de dépression (68,69). Les données issues des statistiques du monitoring du premier semestre 2019 du Service de psychiatrie de l'Hôpital National Donka montrent que le trouble bipolaire était la pathologie la plus fréquemment observée avec 40,9% des admissions suivie de la bouffée délirante (30,6%), de la manie (13,1%) et de la schizophrénie (7,3%).

Il n'existe qu'un service de psychiatrie de 30 lits fonctionnels à l'hôpital National Donka à Conakry pour l'accueil public des patients souffrant de pathologie mentale. A l'intérieur du pays, il n'existe que le Centre Psychiatrique de Boma dans la Région de Nzérékoré. Aussi, il y'a un centre médical associatif (FMG) qui a des activités de sensibilisation dans les maladies de santé mentale et à des antennes à Conakry, dans les régions de Kindia et Labé. Des centres de santé confessionnels spécialisés accueillant des malades sont actifs à Lola et Gouécké (Service de Psychiatrie. Statistiques. Rapport de monitoring premier semestre 2019). L'offre de soins de santé mentale dans les soins de santé primaires est quasi inexistante dans le secteur public.

### 2.3.9. Santé oculaire

A ce jour, le pays ne dispose pas d'informations nationales sur la prévalence des différentes pathologies oculaires par groupe d'âge, sexe, régions, etc. Selon la base de données mondiales sur la vision, la Guinée présente le profil épidémiologique des affections oculaires ci-dessous (tableau 1).

**Tableau 1 : Profil épidémiologique des affections oculaires de la République de Guinée**

| <b>Causes de cécité et de déficiences visuelles modérées et sévères, en pourcentage du total, 2015. Estimations pour l'Afrique de l'Ouest.</b> |                  |            |                 |             |           |           |                 |               |
|--|------------------|------------|-----------------|-------------|-----------|-----------|-----------------|---------------|
|  | <b>Cataracte</b> | <b>VDR</b> | <b>Glaucome</b> | <b>DMLA</b> | <b>DR</b> | <b>OC</b> | <b>Trachome</b> | <b>Autres</b> |
| <b>Cécité</b>  | 41,66%           | 12,5%      | 12,5%           | 4,16%       | -         | 4,16%     | 4,16%           | 20,83%        |
| <b>DVMS</b>  | 31,34%           | 48,25%     | 2,98%           | 2,48%       | 0,5%      | 1,99%     | 2,48%           | 9,95%         |

La cataracte représente la première cause de cécité, suivie par les amétropies non corrigées puis le glaucome, la dégénérescence maculaire liée à l'âge, les opacités cornéennes et le trachome. Il faut souligner par contre que le groupe des « autres causes » indique avec 20,83% la nécessité de mettre en œuvre des soins oculaires complets, de façon à prendre en charge les multiples pathologies responsables de ces très nombreux cas de cécité.

Les amétropies non corrigées constituent, et de loin, la première cause de déficiences visuelles modérées et sévères (DVMS), suivie de la cataracte et de la catégorie « autres causes », indiquant encore le besoin de prendre en charge ses pathologies au moyen de soins oculaires complets. Il faut cependant souligner que l'importance du glaucome est certainement sous-estimée du fait de la non prise en considération des anomalies du champ visuel au cours des enquêtes épidémiologiques. Et, sur la base des données nationales du système de santé oculaire, collectées annuellement, ce profil épidémiologique estimé peut-être complété par pathologie :

#### **2.3.9.1. La Cataracte**

Première cause de cécité en Guinée, elle représente à elle seule la moitié des cas de cécité (soit 62 542 Aveugles de cataracte pour une population de 12 508 376 habitants en 2020). Selon le rapport santé oculaire 2018, le taux de chirurgie de la cataracte était de 964 avec 9 640 opérations réalisées.

#### **2.3.9.2. Les vices de réfraction**

L'ampleur des vices de réfraction en Guinée n'est pas connue à ce jour. D'où la nécessité de réaliser une évaluation rapide de la cécité évitable (RAAB data). Au niveau du secteur public, grâce à l'appui des ONG, des ateliers de lunetterie existent dans quatre services d'ophtalmologie notamment au CADESSO de Donka, à Boké, Kindia et Labé. Les ateliers de lunetterie du secteur privé sont tous à Conakry et fabriquent des lunettes vendues à des coûts très élevés, inaccessibles donc à la grande majorité de la population.

#### **2.3.9.3. Le Glaucome**

Tout comme les autres pathologies oculaires, l'ampleur réelle du glaucome n'est pas connue car il n'y a pas eu une enquête basée sur la population. Les données dont nous disposons sont des estimations tirées des enquêtes de l'OMS dans la région et des consultations des services d'ophtalmologie. De ces dernières, nous savons que les cas de glaucome représentent 12% environ des cas de cécité des consultations hospitalières annuelles. En 2018, ce sont 4 223 cas de glaucome qui ont été dépistés et 132 personnes ont été opérées.

#### **2.3.9.4. La rétinopathie diabétique**

En la matière, il n'existe pas de directives nationales ou programmes nationaux pour la détection, le traitement et le suivi périodique de la rétinopathie diabétique et pour l'orientation des patients. En outre, on note un manque de données sur la prévalence estimée et une absence des activités visant à sensibiliser les personnes atteintes de rétinopathie diabétique ou de diabète sucré. Aussi, le suivi ophtalmologique des patients diabétiques connaît des insuffisances car les patients ne sont pas systématiquement orientés en ophtalmologie pour la recherche des rétinopathies. Si nous considérons qu'environ 1 personne diabétique sur 3 souffre d'un certain degré de rétinopathie diabétique et 1 sur 10 développera une forme de la maladie, une planification à long terme est indispensable.

#### **2.3.9.5. L'Onchocercose**

Grâce à l'appui de l'OMS, de l'OPC, de HKI et de Sightsavers, le programme national guinéen de lutte contre l'onchocercose connaît aujourd'hui un réel succès, avec plus de 2 millions de personnes traitées

par an dans 7 778 villages et une structure de distribution de masse de Mectizan® sous directives communautaires bien établie depuis 1997. A la clôture du programme de lutte contre l'onchocercose en Afrique de l'Ouest (OCP) en 2002, le risque de cécité par onchocercose était pratiquement nul dans toutes les zones (charge micro filarienne communautaire inférieure ou CMFL < 1 mf/b et par homme dans tous les villages indicateurs) sauf dans des zones d'intervention spéciales (SIZ) qui ont été définies en 2003 où le TIDC devait être renforcé. En plus du TIDC, depuis quelques années le pays procède au traitement de masse (TDM) de toute la population des zones endémiques.

Et pour maintenir ces acquis, environ 13 000 agents distributeurs communautaires d'ivermectine ont été formés et sont supervisés par 212 agents chefs de centre de santé au niveau de ces villages dans 24 DPS.

D'où l'importance d'utiliser ce créneau pour l'intégration des soins oculaires primaires en vue de la prise en charge au niveau communautaire des affections cécitantes (notamment le dépistage). A ce titre, l'exemple du projet SightFirst 1686 mis en place en Haute Guinée et en Guinée forestière avec l'appui de l'OPC, illustre à suffisance l'intérêt de cette intégration.

#### **2.3.9.6. Le Trachome**

La cartographie de cette maladie a été achevée en fin 2015 grâce à l'appui du programme Global Trachoma Mapping Projet (GTMP) de Tropical Data, une initiative de l'OMS. Auparavant, une enquête sur le trachome avait été réalisée en Haute Guinée en 2001 avec l'OPC et l'appui technique de HKI et l'OMS ; les résultats ont révélé 33 % de trachome actif chez les enfants de moins de 10 ans et 2,7% de Trachome Trichiasis chez les personnes âgées de plus de 15 ans ; de plus, une appréciation rapide du trachome (ART) réalisée en 2002 dans la bande nord de la Moyenne Guinée avec l'appui de Sightsavers International, a révélé une prévalence de 23% de Trachome actif et 1, 09% de Trachome Trichiasis. Les données obtenues ont permis d'envisager la mise en place d'un plan de lutte contre le trachome. Actuellement, des activités de traitement de masse de la population et chirurgie du Trachome Trichiasis (TT) sont menées au niveau des districts sanitaires où la prévalence est élevée. Le rôle des agents communautaires dans le dépistage et la prise en charge des cas de TT est essentiel. Ainsi, de 2012 à 2017, 3466 cas de TT ont été dépistés par les agents communautaires et opérés en stratégie avancée par les opérateurs de Trichiasis. Un back log de 15 800 cas de TT restait encore à opérer en 2018.

Par ailleurs, 147 infirmiers des centres de santé ont été formés en soins oculaires primaires (SOP) dans le cadre du dépistage du trachome trichiasis, de la cataracte et toute autre basse vision ; 3 500 agents communautaires distributeurs de Mectizan ont été formés au dépistage du trichiasis et des basses visions (Acuité visuelle inférieure à compter les doigts à 6 mètres) et 12 infirmiers à la chirurgie du trichiasis par la méthode de Trabut. Malgré ce résultat, le gap à combler reste énorme. Grâce à l'appui du programme SightFirst de la LCIF, à travers OPC et Sightsavers, tous les opérateurs de TT ont été dotés en motocyclettes et en trousse pour la chirurgie du Trichiasis.

#### **2.3.9.7. Autres activités de lutte contre la cécité**

Il n'existe pas de directives nationales de pratique clinique pour la détection et le traitement du Glaucome, des Dégénérescences Maculaires liées à l'Âge (DMLA) et des atteintes chorioretiniennes, de la rétinopathie diabétique et de la cécité infantile. Il n'y a pas d'activités structurées par rapport à ces pathologies à l'exception de la vaccination contre la rougeole et la distribution de la Vitamine A dans le cadre des SOPs. D'où l'importance d'envisager dans ce plan l'élaboration de directives nationales destinées à la prise en charge qualitative de ces pathologies.

## **2.4. Facteurs de risque des maladies non transmissibles**

Les principales maladies non transmissibles sont engendrées par l'exposition prolongée à plusieurs facteurs de risque.

Les quatre principales MNT (Diabète, HTA et maladies cardiovasculaires, Cancers et Affections respiratoires chroniques) partagent des facteurs de risque communs. L'OMS retient une liste restreinte de 8 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 en 2009 au cours de l'Enquête STEPS réalisée dans la ville de Conakry et en Basse Guinée (9).

### **2.4.1. Tabac**

Le tabac est la deuxième cause de mortalité parmi les maladies chroniques après hypertension (52). 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 (9).

### **2.4.2. 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 (9).

### **2.4.3. 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 (9).

### **2.4.4. 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 (9).

### **2.4.5. 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 (9).

### **2.4.6. Hyperglycémie modérée à jeun**

Pourcentage de la population ayant des troubles de la glycémie à jeun défini par une valeur du 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 (9).

### **2.4.7. 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. Les données de l'enquête STEPS ont besoin d'être actualisées et recueillies sur toute l'étendue du territoire national.

#### **2.4.8. Les infections**

Le taux de prévalence des infections au HPV est plus élevé chez les patients atteints de cancers du col de l'utérus que dans la population générale (70,71). Une fréquence plus de l'hépatite B a été notée chez les patients atteints de cancer primitif du foie par rapport à la population générale (72). L'infection par l'*Helicobacter pylori* est fortement associée au cancer de l'estomac. De même la Bilharziose urinaire est associée à une prévalence plus élevée de cancer de la vessie (73).

Plusieurs autres liens entre infection et cancers existent : Hépatite C et cancer, Virus Epstein Barr et lymphome de Burkitt, Sarcome de Kaposi sur terrain de VIH, prévalence accrue de l'infection à VIH chez les patients atteints de cancer (74).

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.).

#### **2.4.9. Association de facteurs de risque pour les maladies non transmissibles**

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

### **2.5. Mortalité prématurée liée aux MNT**

Selon l'OMS, un décès avant l'âge de 70 ans est dit prématuré. La Guinée ne dispose pas à ce jour de données spécifiques sur la mortalité liée aux MNT. L'OMS estimait la mortalité prématurée avant l'âge de 60 ans due aux MNT à 61,3% chez les hommes et 45,1% chez les femmes, et celle liée aux MNT en général en 2013 à 32% et la probabilité de décéder de l'une des quatre principales MNT entre 30 et 70 ans de 24% (3).

En Guinée, il n'y avait pas de données disponibles dans le SNIS concernant la mortalité liée aux MNT. Cette insuffisance a été partiellement corrigée par l'intégration récente des données des MNT dans le DHIS2. Cependant cette intégration est incomplète notamment pour ce qui concerne les cancers. 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 (10). Sur une estimation de 7 274 cas de cancers, 5 853 décès surviennent tous les ans soit 80,5%. Cette mortalité est liée au stade avancé et l'inaccessibilité au traitement du cancer (36%) (49). Vingt pourcent de décès avaient été noté parmi les insuffisants rénaux suivis au Service de Néphrologie. Parmi les causes de décès, l'anémie, l'insuffisance cardiaque, le VIH, la péricardite, et l'accident vasculaire cérébral étaient statistiquement significatifs (75).

Selon l'enquête de terrain réalisée par le Ministère de la Santé et l'OMS, la mortalité hospitalière reportée les cinq dernières années (2014 et 2018) est importante (Tableau 2) (29).

**Tableau 2 : Mortalité intra hospitalière liée aux MNT durant les cinq dernières années dans les régions enquêtées (2014 – 2018)**

|                                       | Conakry      | Boké       | Mamou      | Kankan     | Nzérékoré | Total        |
|---------------------------------------|--------------|------------|------------|------------|-----------|--------------|
| Maladies Respiratoires Chroniques     | 231          | 115        | –          | 16         | 1         | <b>363</b>   |
| Drépanocytose                         | 15           | –          | –          | 3          | –         | <b>18</b>    |
| Diabète sucré                         | 396          | 18         | 30         | 108        | –         | <b>552</b>   |
| Fracture et Traumatisme crânien       | 436          | 43         | 75         | 85         | 4         | <b>643</b>   |
| Hypertension artérielle (HTA)         | 346          | 56         | 53         | 206        | 8         | <b>669</b>   |
| Autres Maladies Cardiovasculaire, MCV | 232          | –          | 38         | 153        | 2         | <b>425</b>   |
| Pathologies ORL                       | 11           | –          | –          | 25         | 1         | <b>37</b>    |
| Maladies mentales                     | 13           | –          | –          | –          | –         | <b>13</b>    |
| Cancers                               | 733          | –          | –          | –          | –         | <b>733</b>   |
| Santé oculaire                        | -            | -          | -          | -          | -         | -            |
| <b>Total décès MNT</b>                | <b>2 413</b> | <b>232</b> | <b>196</b> | <b>596</b> | <b>16</b> | <b>3 453</b> |

## 2.6. État des lieux des capacités et mesures de lutte contre les MNT

### 2.6.1. Analyse des données de l'enquête SARA

L'enquête SARA (76) réalisée en 2017 dans 2263 structures de santé à travers tout le pays a évalué la disponibilité des services et la Capacité opérationnelle vis à vis des maladies non transmissibles (Diabète, MCV et MRC).

#### 2.6.1.1. Disponibilité des services pour les Maladies Non Transmissibles

Au niveau national, 31,6% des établissements de santé offrent des services de diagnostics et de prises en charge des maladies oculaires ; 7% des établissements de santé offrent des services de diagnostic et de prise en charge des maladies cardio-vasculaires. Ce sont 6% des structures de santé qui offrent les services de diagnostic et/ou de prise en charge des maladies respiratoires chroniques. En ce qui concerne le diagnostic et la prise en charge du diabète, ce sont 7% des structures qui l'offrent. Seulement 1% offre les services de dépistage de cancer du col de l'utérus.

#### 2.6.1.2. Capacité opérationnelle des Maladies Non Transmissibles

La capacité opérationnelle des MNT a été estimée à 56% pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, 47 % pour le diabète, 41% pour le diagnostic et le traitement des maladies cardio-vasculaires et 27% pour le diagnostic et le traitement des maladies respiratoires chroniques.

Parmi les 4 maladies non transmissibles qui ont fait l'objet de l'évaluation, c'est au niveau du dépistage du cancer du col de l'utérus que la capacité opérationnelle des formations sanitaires est la plus élevée (56%).

Par rapport à la disponibilité en personnel formé, le pourcentage des services qui en disposent varie de 35% pour le diabète à 46% pour le cancer du col de l'utérus.

Dans les services de diagnostic et de prise en charge des MRC, des MCV et du diabète, la faible disponibilité des médicaments et de personnels formés est observée. Elle rend les structures de santé

moins efficaces à fournir le service adéquat. La capacité de diagnostic des services des MRC est très faible. Le même problème est observé au niveau des services de diagnostic et prise en charge des maladies cardiovasculaires.

Selon les résultats de l'enquête SARA-2017, quel que soit le type de service, la disponibilité des services de lutte contre les maladies non transmissibles a connu une baisse remarquable au sein des structures de santé. Cependant, l'analyse de la capacité opérationnelle des services de lutte contre les maladies non transmissibles a révélé que de 2015 à 2017, les services de diagnostic/prise en charge des MCV et les services de dépistage du cancer du col de l'utérus ont connu une amélioration dans la disponibilité des éléments traceurs. Les capacités opérationnelles de ces services ont augmenté respectivement de 5% et 17% par rapport à 2015.

Les ressources humaines spécialisées pour la lutte contre les MNT identifiées dans le pays par les différents responsables des unités du PNLMNT sont résumées dans le tableau 3.

*Tableau 3 : Ressources humaines spécialisées disponibles et en formation en fonction des Unités du PNLMNT en Guinée*

| N° | Unité                             | Ressources humaines  |   |
|----|-----------------------------------|--|---|
|    |                                   | Disponibles  | En formation  |
| 1. | Diabète                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 4 Endocrinologues</li> <li>- 4 Diabétologues</li> <li>- 3 Internistes - Endocrinologues</li> <li>- 4 Infirmières Spécialisées</li> </ul> <p><b>Total = 15</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 3 DES Endocrinologie</li> <li>- 1 DIU</li> <li>- 4 Licences</li> </ul> <p><b>Total = 8</b></p>                   |
| 2. | Maladies Cardiovasculaires        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 12 Cardiologues</li> <li>- 11 Neurologues</li> <li>- 1 Chirurgien cardiovasculaire</li> </ul> <p><b>Total = 24</b></p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 20 DES</li> <li>- 31 DES</li> <li>- 7 DES</li> </ul> <p><b>Total = 58</b></p>                                    |
| 3. | Cancers                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 Chirurgiens oncologues</li> <li>- 1 Gynéco-oncologue</li> <li>- 3 Pathologistes</li> </ul> <p><b>Total = 6</b></p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 Radiothérapeute</li> <li>- 3 Oncologues médicaux</li> <li>- 1 Pathologistes</li> </ul> <p><b>Total = 5</b></p> |
| 4. | Maladies Respiratoires Chroniques | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 6 Pneumologues</li> </ul> <p><b>Total = 6</b></p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 17 DES</li> </ul> <p><b>Total = 17</b></p>   |
| 5. | Santé mentale                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 5 Psychiatres</li> <li>- 1 Psychologue Clinicien</li> <li>- 1 Pédiopsychiatre</li> </ul> <p><b>Total = 5</b></p>  | -   |
| 6. | Déficiences auditives             | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 7 ORL</li> <li>- 1 Orthophoniste</li> </ul> <p><b>Total = 8</b></p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 12 en formation</li> </ul> <p><b>Total = 12</b></p>  |
| 7. | Drépanocytose                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 3 Spécialistes</li> </ul> <p><b>Total = 3</b></p>   | -   |

|              |                           |   |  |
|--------------|---------------------------|---|--|
| 8.           | Violences et traumatismes | - 7 Traumatologues<br>- 7 Neurochirurgiens<br><br><b>Total = 14</b>   | - 9 DES Neurochirurgie<br>- 9 DES en Traumatologie<br><br><b>Total = 18</b>          |
| 9.           | Santé oculaire            | - 35 Ophtalmologistes<br>- 21 Techniciens supérieurs en ophtalmologie<br>- 5 Optométristes<br><br><b>Total = 61</b> | - 6 DES en Ophtalmologie<br>- 11 Infirmiers en formation TSO<br><br><b>Total= 17</b> |
| <b>Total</b> |                           | <b>142</b>  | <b>135</b>   |

### 2.6.2. Collaboration multisectorielle et partenariats dans la lutte contre les MNT

En dehors des aspects sanitaires, le développement des MNT est lié à des déterminants culturels, comportementaux, politiques, environnementaux et socio-économiques. A cet effet, d'autres secteurs ministériels sont fortement impliqués dans la lutte contre les MNT et leurs facteurs de risque. Cela se fait entre autres à travers :

- La mise en œuvre de la politique nationale pour la pratique des sports et loisirs ;
- L'élaboration et l'application des textes relatifs à l'importation et à la distribution des denrées alimentaires, de l'alcool et du tabac ;
- La promotion de la consommation de fruits et légumes produits localement ;
- La création d'un cadre de vie propice à la pratique de l'activité physique ;
- Le respect des consignes de santé et sécurité en milieu de travail ;
- La visite technique des engins roulants et le respect du code de la route ;

Cependant cette lutte n'est pas suffisamment coordonnée car aucun cadre de concertation multisectorielle n'a été mis en place. Cela ne favorise ni l'efficacité dans la mobilisation et l'utilisation des ressources ni l'efficacité des actions entreprises à l'échelle publique, d'où la persistance des facteurs de risques et des MNT en dépit des efforts consentis dans les différents secteurs de développement.

Plusieurs partenaires techniques et financiers accompagnent directement ou à travers des associations/ONG, le PNLMNT dans la mise en œuvre des activités de lutte contre les MNT (voir tableau 7, annexe 3).

### 2.6.3. Système d'information sanitaire, surveillance et enquêtes concernant les MNT

Le système national d'information sanitaire permet de recueillir globalement les données sur les MNT. Cependant, tous les actes ne sont pas pris en compte dans les fiches collecte de données. Du fait de l'inexistence de directives WHOPEN à tous les niveaux et de définitions opérationnelles des cas par niveau et de moyens diagnostics au niveau périphérique, il n'y a pas d'harmonie dans les notifications. 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. 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 du programme de lutte contre les MNT n'est pas fonctionnel.

En termes d'enquêtes effectuées par le ministère dans le domaine des MNT, on peut citer :

- L'enquête sur la prévalence des principaux facteurs de risques communs aux MNT En 2009 (enquête STEPS) ;
- Hormis les projets financés par le CIRC, aucune enquête n'a été réalisée par le ministère de la santé sur le cancer.

Les efforts réalisés pour soutenir la prise de décisions dans le domaine de la lutte contre les MNT sont très insuffisants et manquent de coordination et de capitalisation.

On note une faiblesse du système d'information sur la mortalité générale et la mortalité liée aux MNT. Il n'y a pas de recueil systématisé. Le nombre de personnel formé sur la prise en charge des MNT est largement insuffisant. Si l'intégration récente de quelques indicateurs de MNT dans le DHI2 permet d'avoir des données, le taux de complétude est très faible et la sous notification importante. La contribution des autres sous-secteurs de la santé à la lutte contre les MNT est aussi très mal documentée.

Ainsi les données disponibles sont rares pour la Guinée. Les chiffres en référence dans les documents sont des extrapolations, à l'exemple de l'OMS qui fixe à 35% les décès attribuables aux MNT. Intégration de la lutte contre les MNT dans les programmes prioritaires et financés

Les MNT contribuent négativement aux faibles résultats et à la faible qualité des programmes prioritaires et financés. Les principaux problèmes en lien avec ces programmes sont présentés ci-dessous :

- Mortalité maternelle. Le non prise en compte de MNT graves et fréquentes contribue à la baisse insuffisante de la mortalité maternelle. Il s'agit de l'obésité, l'Hypertension et le diabète y compris gestationnel.
- Mortalité de l'enfant et de l'adolescent. L'expérience du programme d'accès aux soins pour les enfants diabétiques (CDiC), l'expérience des cancers de l'enfant et l'expérience de la Drépanocytose montrent clairement la méconnaissance et le non documentation de l'impact négatif de ces pathologies chez l'enfant et l'adolescent.
- Mortalité liée à la non détection des comorbidités. Certaines formes graves de paludisme sont traitées par perfusion de sérum sans connaissance du statut préalable vis à vis du diabète (perfusion de sérum glucosé) ou de l'hypertension ou de pathologies cardiaques, rénales ou pulmonaires (perfusion de sérum salé)
- Mortalité liée aux pathologies infectieuses VIH/SIDA et Tuberculose. La présence de pathologies chroniques sous-jacentes à ces maladies, comme le diabète, la Drépanocytose ou la Dépression sont des facteurs évidents de très mauvais pronostics.
- Le projet APSR (Approche Pratique de la Santé Respiratoire) du PNLAT qui devait contribuer à l'amélioration de la prise en charge des Maladies Respiratoires Chroniques dans le cadre du renforcement du dépistage de la tuberculose n'a pas été considéré comme prioritaire dans le Plan stratégique national de lutte contre la tuberculose.
- Vaccinations : la quasi absence de mesures de prévention par la vaccination contre l'hépatite B pour le Cancer du Foie, et contre le Papilloma Virus pour le Cancer du Col de l'utérus avec une réduction attendue de 80% des cas.
- Absence de dépistage des cancers du col et des autres cancers chez les sujets infectés par le VIH
- Santé Familiale : la progression de l'espérance de vie augmente automatiquement la fréquence des MNT. Il n'y a pas de stratégie de prise en compte des MNT pour les personnes âgées.
- La promotion de la Santé est très peu investie dans la prévention des MNT. Les publicités actuelles notamment dans le secteur de l'agro-industrie incitent à la consommation, sans précaution, de

produits trop sucrés, trop gras, trop salés notamment en direction des enfants. Les efforts de prévention et de contrôle de la consommation des drogues traditionnelles et des nouvelles drogues ne sont pas très visibles.

Il n'y a pas d'intégration, ou de prise en compte des MNT dans tous les programmes Nationaux de prise en charge des pathologies prioritaires / Programmes ci-dessus.

Il faut noter les efforts récents d'intégration de composantes des MNT, notamment Diabète et Hypertension, dans le Programme de Santé Communautaire. A l'évidence les MNT sont de très bons candidats à une approche communautaire surtout si l'on considère le caractère éminemment communautaire des facteurs de survenue de ces pathologies : mariage endogamique, rôle majeur de l'hérédité, alimentation, activité physique, usage nocif de l'alcool, comportements à risque sur la route, place des handicaps dans la société, ...

### **2.6.3.1. Lutte contre les MNT dans le sous-secteur privé de soins**

Le secteur privé de soins occupe une place importante dans la prise en charge des MNT car disposant de plus d'offre en termes de spécialités et d'équipements. Cependant les coûts y sont relativement élevés et la collecte et la transmission de l'information sanitaire encore non satisfaisantes, si bien que les données de prise en charge dans ce secteur ne sont pas disponibles.

Cependant la réflexion en cours au niveau du ministère de la santé pour améliorer ce partenariat public privé (PPP) est une opportunité pour renforcer cette collaboration entre ces deux sous-secteurs en matière de prise en charge des MNT.

Néanmoins même cette offre privée n'arrive pas à satisfaire la demande solvable de soins spécialisés pour les MNT, ce qui conduit à beaucoup de souffrances en termes d'évacuations sanitaires coûteuses et largement inefficaces.

### **2.6.3.2. Lutte contre les MNT dans le sous-secteur de la médecine traditionnelle**

En Guinée, de nombreux patients utilisent des plantes médicinales comme le traitement de première ligne pour de nombreuses maladies chroniques. Ainsi 33% des diabétiques suivis au Service d'Endocrinologie du CHU de Donka faisaient recours aux plantes médicinales dans le traitement du diabète en 2003 (Baldé NM, 2003). Le manque d'accès aux soins de santé conventionnels pour une partie de la population contribue à l'utilisation persistante et importante de plantes médicinales jusqu'à présente. Cependant, les considérations historiques, culturelles et économiques sont également importantes.

Malgré ce recours important aux services des tradithérapeutes, les offres en la matière ne sont pas contrôlées, si bien que le public ne distingue pas les prestataires reconnus par le ministère de la santé, des charlatans ou autres acteurs non conventionnés. Il en découle une aggravation des cas de maladies notamment les maladies rénales en plus des pertes économiques y relatives pour l'Etat et la population. Des actions de concertation, de contrôles et de sensibilisation devraient permettre de minimiser les risques liés à ce secteur.

Par ailleurs la collaboration entre le PNL MNT et le Centre de Recherche et de Valorisation des plantes médicinales devrait être renforcée pour l'amélioration de la qualité et/ou l'utilisation des plantes médicinales qui ont démontré une certaine efficacité.

### 2.6.3.3. Contribution de la société civile

Plusieurs acteurs de la société civile interviennent dans la lutte contre les MNT en Guinée. Qu'il s'agisse des associations des malades, ou de malades et de professionnels (AGEAD, Fondation Diabète MNT, AGUICAN,...), d'ONG nationales (Génération sans tabac) et internationales (Lions Club, Fédération internationale du Diabète). La contribution de la société civile dans la lutte contre les MNT est majeure dans un contexte où peu de ressources sont mobilisées pour soutenir ces associations.

Ces interventions sont essentiellement des activités de dépistage (surtout lors des différentes journées mondiales) de sensibilisation et de plaidoyer. Il faut noter cependant les efforts de plusieurs organisations de la Société Civile en terme de mobilisation de ressources internes (via les entreprises de la place ou extérieure : AGUICAN (Dépistage du Cancer du sein), AGEAD et Fondation Diabète MNT (Plaidoyer, Mobilisation de ressources, Développement des capacités de prise en charge, Formation du Personnel de Santé et des pairs éducateurs, équipements des unités de Soins du Diabète, suivi et évaluation des activités de terrain), ...

La mise en place d'une plateforme des associations pour la lutte contre les maladies non transmissibles en Guinée (NCD Alliance) devrait être envisagée. Cela permettra un alignement des organisations des acteurs de la Société Civile sur le modèle de celui des Gouvernements et Institutions internationales, ainsi qu'une implication plus effective pour la promotion de la santé en faveur des MNT et la mobilisation des ressources.

### **3. TROISIEME PARTIE : ANALYSE DES FORCES, DES FAIBLESSES, DES OPPORTUNITES ET DES MENACES SUR LES 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 ;
- L'intégration des modules MNT dans le dispositif de formation au niveau Communautaire (RECO et ASC) ;
- La Volonté politique du Ministère par l'Institutionnalisation de la DGELM ;
- La création d'une Division chargée des MNT avec des capacités logistiques en progression ;
- L'engagement et la compétence du personnel du Programme MNT en dépit du nombre insuffisant ;
- 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 et du Diabète de type 1 de l'enfant et de l'adolescent ;
- L'existence d'une équipe nationale d'experts capable de proposer des solutions adaptées au contexte ;
- L'existence d'un réseau d'experts intéressés par la recherche en lien les MNT ;
- L'existence d'un réseau dynamique d'acteurs de la Société Civile et d'Associations de patients ayant un bon ancrage local et des connexions avec les institutions internationales.

#### **3.2. Faiblesses**

- Le faible niveau de financement public du système de santé et de soins ;
- Le coût élevé de la prise en charge des MNT, essentiellement supporté par les ménages ;
- L'insuffisance d'effectif d'agents de santé et d'autres personnes ressources dédiés à la gestion des MNT ;
- Le faible niveau de compétences des agents de santé pour la prise en charge des MNT ;
- La faible capacité de notification et de surveillance des MNT ;
- Le peu d'intérêt pour la recherche vis-à-vis des MNT ;
- Le faible niveau de couverture et l'insuffisance des équipements pour la prise en charge des MNT ;
- La faible disponibilité et la faible accessibilité aux médicaments, dispositifs de surveillance et consommables ;
- La faible promotion des bonnes habitudes de vie (pratique du sport ou de l'exercice physique, nutrition, abandon ou arrêt du tabac et l'usage nocif d'alcool,) ;
- La faible disponibilité de prestation de prise en charge de qualité des MNT ;

- L'insuffisance des services de gestions des handicaps liés aux MNT ;
- L'insuffisance de la coordination des interventions dans le domaine ;
- La Faible collaboration intersectorielle ;
- Le manque d'infrastructures et de moyens logistiques pour la coordination du programme ;
- L'insuffisance des compétences gestionnaires des responsables du programme ;
- L'insuffisance d'information sur certaines MNT au niveau décisionnel.

### 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.) ;
- L'engagement du gouvernement à la réduction de la pauvreté à travers la Stratégie de Réduction de la Pauvreté ;
- La création d'une Licence Diabète, Nutrition et Promotion de la Santé à l'Université de Conakry ;
- La prise de conscience du Ministère de la Santé pour les problèmes liés aux MNT ;
- L'engagement de la Direction Nationale des Grandes Endémies et Lutte contre les Maladies avec début d'élaboration du plan stratégique ;
- La création des unités de prise en charge de certaines MNT ;
- L'existence de quelques partenaires engagés au près du Ministère de la Santé, et des ONG pour relever le défi de la lutte contre les MNT en Guinée ;
- L'intégration de certaines données/indicateurs des MNT dans le DHIS2 ;
- La déclaration du sommet de haut niveau des Nations Unies sur les MNT ;
- L'adoption par l'Assemblée Nationale de la loi relative à la lutte antitabac ;
- La mise en place de l'outil WHO-PEN ;
- La mise en place de la Couverture Sanitaire Universelle.

### 3.4. Menaces

- Le cadre de gouvernance politique, juridique et économique du pays ;
- La compétition entre secteur de la santé et les autres secteurs en termes d'allocations des ressources ;
- La transition épidémiologique rapide : augmentation du fardeau des MNT associée à celui des maladies transmissibles ;
- L'industrialisation et la pollution de l'environnement ;

## 4. QUATRIEME PARTIE : AXES STRATEGIQUES DE LA LUTTE CONTRE LES MNT

### 4.1. Vision

La vision est une Guinée où le fardeau des Maladies Non Transmissibles ne représente plus un problème de santé publique.

### 4.2. Mission

La mission est de concevoir, mettre en œuvre et évaluer des interventions appropriées, équitables et adaptées pour la prévention, la prise en charge, la réhabilitation toute la population guinéenne.

### 4.3. But et Objectifs

#### 4.3.1. But

Renforcer le contrôle multisectoriel des MNT à tous les niveaux de la pyramide administrative

#### 4.3.2. Objectif général

Contribuer à la réduction de 25% de la mortalité prématurée due aux maladies non transmissibles d'ici 2025.

#### 4.3.3. Objectifs spécifiques

D'ici fin 2025, la mise en œuvre du Plan Stratégique National Multisectoriel de lutte contre les Maladies Non Transmissibles permettra de :

1. Rendre accessible à 50 % des patients ayant une maladie non transmissible le dépistage, le diagnostic précoce, les médicaments, les conseils et technologies essentiels nécessaires pour leur prise en charge, y compris l'accès aux soins palliatifs et de réhabilitation ;
2. Réduire de 10% dans la population âgée de 15 à 64 ans l'usage du tabac, la consommation moyenne de sel/sodium par jour, l'usage nocif de l'alcool, le niveau bas d'activité physique et le pourcentage de ces personnes qui consomment moins de 5 portions de fruits et légumes en moyenne par jour ;
3. Réglementer et contrôler la publicité auprès des enfants et adolescents ;
4. Systématiser de la vaccination contre l'hépatite B et le papillomavirus humain ;
5. Mettre en place de stratégies de prévention et de sevrage vis-à-vis de la consommation des addictions et drogues.

### 4.4. Modalité de mise en œuvre du plan

Pour atteindre ces cibles, les interventions seront menées selon les 6 Axes Stratégiques (AS) suivantes :

- **AS 1.** Promotion des bonnes habitudes de vie pour la prévention des MNT
- **AS 2.** Amélioration de la disponibilité et de la qualité des services de Prise en charge des MNT
- **AS 3.** Développement des ressources humaines de qualité pour la lutte contre les MNT
- **AS 4.** Renforcement du système d'information, de la surveillance des MNT et de leurs facteurs de risque ainsi que de la recherche
- **AS 5.** Amélioration du financement des activités de lutte contre les MNT
- **AS 6.** Amélioration de la gouvernance dans la lutte contre les MNT.

#### 4.5. Actions prioritaires dans la lutte contre les Maladies Non Transmissibles

| Axe Stratégique 1 : Promotion des bonnes habitudes de vie pour la prévention des MNT   |   |  |  |
|--|---|--|--|
| Résultat attendu   | Stratégie d'intervention  | Actions prioritaires   | Activités  |
| D'ici fin 2025, les FDR des MNT (Usage du tabac, consommation moyenne de sel/sodium par jour, usage nocif de l'alcool, niveau bas d'activité physique et le pourcentage des personnes qui consomment moins de 5 portions de fruits et légumes en moyenne par jour) dans la population âgée de 15 à 64 ans ont baissé de 10%. | Promotion d'un cadre de vie favorable à la prévention des Maladies Non Transmissibles | Doter le Programme d'un Plan de communication multisectoriel   | <p>Elaborer un Plan de communication multisectorielle lors d'un atelier de 5 jours à Coyah de 40 participants et 1 consultant (3 semaines)</p> <p>Organiser l'atelier de 25 participants pendant 3 jours pour l'élaboration des outils de communication à Kindia sur les MNT</p> <p>Organiser chaque année un atelier de 25 participants pendant 3 jours pour former les acteurs des OSC (Syndicats des transporteurs, Responsables des ONG, journalistes) à Conakry et à Kindia sur l'utilisation des outils de communication adaptés/complétés sur la lutte des MNT</p> <p>Mettre en œuvre le plan de communication multisectoriel</p> |
|  |   | Renforcer la communication de proximité à travers les relais communautaires, les ASC, les Comités de santé, les élus locaux, la presse locale, les leaders d'opinion, les patients, les établissements scolaires et Universitaires | <p>Vulgariser les résultats de recherches à travers les médias</p> <p>Organiser 2 fois par an une journée de sensibilisation sur les MNT avec 150 participants dans les établissements scolaires et Universitaires</p>   |

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
|  |  | Célébrer les différentes journées dédiées aux MNT et leurs FDR  | Assurer les frais de communication médias de 8 journées soit une par entité constitutive du programme  |
|  |  | Organiser la pratique de l'exercice physique en collaboration avec les acteurs à tous les niveaux (autorités, communautés, école, entreprises, ONG ...) | <p>Organiser une journée de marche par an pour la promotion de l'activité physique pour 500 participants.</p> <p>Organiser 2 journées sans voitures (CAR FREE DAY) par an pour la promotion de l'activité physique pour 1,000,000 participants.</p> <p>Elaborer des textes réglementaires pour rendre obligatoire le respect des règles nutritionnelles dans les cantines scolaires, universitaires, administratives et dans les lieux de restauration collectives.</p> <p>Aménager et équiper des espaces favorables à la pratique de l'exercice physique dans les universités/écoles du pays</p> |

**Axe Stratégique 2 : Amélioration de la disponibilité et de la qualité des services de Prise en charge des Maladies Non Transmissibles**

| Résultat attendu  | Stratégies d'intervention  | Actions prioritaires   | Activités   |
|---|--|--|---|
| <p>D'ici 2025, Cinquante pour cent (50%) des personnes reçues dans les structures sanitaires ayant une Maladie Non Transmissible ont accès au dépistage, au diagnostic précoce, aux médicaments, aux conseils et technologies essentiels nécessaires pour leur prise en charge, y compris l'accès aux soins palliatifs et de réhabilitation</p> | <p>Renforcement du système d'approvisionnement en produits de santé pour la PEC des MNT</p>                                  | <p>Renforcer le système national d'approvisionnement des structures sanitaires publiques et privées à tous les niveaux en moyens diagnostiques et en médicaments essentiels pour les MNT</p> | <p>Organiser une quantification annuelle et revue semestrielle des besoins en produits de santé (médicaments, consommables réactifs de Laboratoires et dispositifs médicaux) pour les MNT ;</p> <p>Evaluer les besoins en équipements pour la prise en charge des MNT ;</p> <p>Introduire les médicaments MNT dans le Circuit de la logistique intégrée à la PCG ;</p> <p>Réviser la liste nationale des médicaments sociaux, des médicaments essentiels et des dispositifs médicaux en y intégrant les intrants pour la prise en charge des MNT ;</p> <p>Equiper chaque année 2 centres par région en matériels de diagnostic et de PEC des MNT</p> <p>Approvisionner correctement et régulièrement les centres en consommables en fonction de leur besoin pour le diagnostic et la PEC des MNT.</p> |
|   | <p>Amélioration de la PEC des urgences pré hospitalières liées aux MNT (Traumatisme, Crises Cardiovasculaires, Comas...)</p> | <p>Mettre en place en collaboration avec la Croix Rouge, les SNPS et la protection civile, un programme de formation en soins de premiers secours pour les agents Communautaires et les</p>  | <p>Elaborer et Valider des messages et supports de communications sur les soins de premiers secours</p> <p>Mettre en place un programme de formation en RCR (Réanimation cardio respiratoire) dans les institutions de formation publique et privée.</p>  |

## Axe Stratégique 2 : Amélioration de la disponibilité et de la qualité des services de Prise en charge des Maladies Non Transmissibles

|   |  |  |   |
|---|--|--|---|
|   |  | agents de santé des structures de base   | Organiser 2 fois par an une formation des agents Communautaires et des agents de santé sur soins de premiers secours avec 40 participants   |
| Amélioration de la PEC des urgences hospitalières liées aux MNT (Traumatisme, Crises Cardiovasculaires, Comas...)           |  | Améliorer les capacités de prise en charge des urgences liées aux MNT  | Créer et équiper une unité de soins intensifs par région naturelle<br><br>Acheter dix (10) ambulances médicalisées<br><br>Elaborer les algorithmes de prise en charge des urgences liées aux MNT  |
| Intégration de la PEC des cas MNT dans le PMA selon le niveau des structures et programmes de soins WHO-PEN et WHO-PEN PLUS |  | Définir le PMA selon le niveau des structures et programmes de soins à travers la mise en œuvre du WHO-PEN et du WHO-PEN PLUS  | Définir le paquet minimum d'activités WHO-PEN et du WHO-PEN PLUS selon le niveau des structures et programmes dans la pyramide sanitaire, avec 30 participants.   |
|   |  | Intégrer la prise en charge des MNT dans les autres programmes et stratégies prioritaires du MS : Santé Communautaire, VIH, Paludisme, Tuberculose, programme national santé maternelle et infantile, PNSMI... | Organiser un atelier de plaidoyer à Coyah avec 40 participants regroupant les décideurs politiques, les responsables du MS et PTF pour Intégrer la prise en charge des MNT dans les autres programmes prioritaires du MS : Santé Communautaire, VIH, Paludisme, Tuberculose, programme national santé maternelle et infantile(PNSMI)... |

### Axe Stratégique 2 : Amélioration de la disponibilité et de la qualité des services de Prise en charge des Maladies Non Transmissibles

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
|  |  | Doter les formations sanitaires (CS, HP, HR, HN et Privés) des technologies de base, des médicaments et des outils de prévention des risques, y compris les protocoles nécessaires (WHO-PEN et WHO-PEN PLUS), selon le niveau de la structure dans la pyramide sanitaire | Doter chaque année 15 formations sanitaires (Centres de santé et structures privées) en outils et kit WHOPEN<br><br>Doter chaque année 3 formations sanitaires (HP, CMC, HR et Privé) en outils et kits WHOPEN – PLUS |
|--|--|--|---|

### Axe Stratégique 3 : Développement des ressources humaines de qualité pour la lutte contre les Maladies Non Transmissibles

| Résultat attendu  | Stratégie d'intervention   | Actions prioritaires  | Activités   |
|---|--|---|---|
| D'ici 2025, la densité en personnel de santé formé et motivé à la prise en charge des MNT a augmenté de 25% | Renforcement du nombre et des capacités des personnes impliquées dans la gestion des MNT | Organiser la formation continue (en Guinée et à l'étranger) des ressources humaines nécessaires à la lutte contre les MNT | Former les formateurs des prestataires et soignants sur la prévention et la PEC des MNT                     |
|   |  |   | Former 100 prestataires (médicaux et paramédicaux) par an sur la prise en charge des urgences liées aux MNT |
|   |  |   | Réviser/ adapter les modules et outils de formation de WHOPEN et WHOPEN – PLUS                              |
|   |  |   | Former 50 soignants par an sur le WHOPEN et WHOPEN – PLUS à Conakry et dans les régions                     |

**Axe Stratégique 3 : Développement des ressources humaines de qualité pour la lutte contre les Maladies Non Transmissibles**

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
|  |  |  | <p>Plaidoyer pour affecter des cadres au PNL MNT et dans les unités de soins, notamment décentralisées à l'intérieur du pays</p> <p>Assurer la participation de 6 cadres du Programme 2 fois par An pour des séminaires/rencontres à l'international sur les MNT pendant 7 jours</p> <p>Assurer 2 voyages d'études de 6 cadres du Programme par An pour acquisition des connaissances sur le mode de fonctionnement des meilleurs Programmes MNT dans un Pays de la sous-région pendant 8 jours</p>   |
|  |  | <p>Organiser la formation initiale (en Guinée et à l'étranger) des ressources humaines nécessaires à la lutte contre les MNT</p> | <p>Assurer les frais de spécialisation de 30 Personnes pour la Licence MNT de 2 ans, 4 personnes par an</p> <p>Assurer les frais de formation sur la Gestion des MNT de 2 Personnes par an sur 2 ans</p> <p>Elaborer et valider les modules de formation pour différentes structures de formation sur la PEC intégrée des MNT</p> <p>Organiser 2 sessions pour intégrer le module de PEC intégrée des MNT dans le programme des enseignements avec 50 responsables d'écoles de santé /universités</p> |

**Axe Stratégique 4 : Renforcement du système d'information et de la surveillance des Maladies Non Transmissibles et de leurs facteurs de risque ainsi que de la recherche**

| Résultat attendu  | Stratégie d'intervention   | Actions prioritaires                                 | Activités   |
|---|--|--|---|
| D'ici 2025, 50% des structures sanitaires renseignent les indicateurs des MNT dans le DHIS2   | Amélioration de la production, de la diffusion et de l'utilisation de l'information sanitaire relative aux MNT | Intégrer les indicateurs des MNT dans le SNIS        | <p>Revue des indicateurs de MNT</p> <p>Organiser chaque année 1 atelier de 35 participants et 2 facilitateurs pour former les points focaux de lutte contre les MNT sur l'analyse et l'utilisation des informations liées aux indicateurs de suivi des MNT pendant 3 jours à Kindia</p> <p>Adapter les outils de collectes de données primaires et les formulaires de rapportage des MNT</p>  |
|   |  | Evaluer la part des décès liés aux MNT               | Intégrer dans les formations sanitaires et dans les cahiers des ASC et RECO les causes de décès liées aux MNT   |
| Les résultats des enquêtes et de recherches nécessaires pour mesurer l'ampleur des MNT au sein de la population générale et permettre d'évaluer l'impact des interventions sont disponibles | Renforcement de la collaboration entre le PNLMT et les instituts de recherche                                  | Réaliser les enquêtes pour évaluer l'ampleur des MNT | <p>Réaliser une enquête nationale STEPS sur les MNT et leurs facteurs de risques</p> <p>Réaliser les études pour établir les niveaux de basées indicateurs de la mortalité liée aux MNT et documenter les principaux indicateurs du Programme</p> <p>Développer des activités de recherches pour identifier les plantes à usage thérapeutique</p> <p>Intégrer les indicateurs des MNT à l'EDS/Coupler les enquêtes STEPS et EDS</p> |

**Axe Stratégique 4 : Renforcement du système d'information et de la surveillance des Maladies Non Transmissibles et de leurs facteurs de risque ainsi que de la recherche**

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
|  |  | <p>Soutenir les initiatives de recherche visant à documenter mesurer l'ampleur des MNT au sein de la population générale et permettre d'évaluer l'impact des interventions</p> | <p>Définir les priorités de recherche vis à vis des MNT et soutenir le plaidoyer pour le financement des protocoles de recherche s'inscrivant dans ces priorités</p> <p>Assurer les frais de publication des résultats d'enquête et de recherche.</p> <p>Evaluer le potentiel de savoir traditionnel sur les MNT (mener des enquêtes ethno médicales/ethnobotaniques).</p> <p>Réaliser les investigations ethno-pharmacologiques sur les MNT</p> <p>Mettre en place un comité scientifique sur les MNT.</p> |
|  |  | <p>Développer la surveillance des MNT à base communautaire</p>   | <p>Former 40 points focaux dans la communauté pour l'enregistrement et le rapportage des cas de décès survenus dans la communauté</p> <p>Doter 40 Points focaux de dispositif d'enregistrement dès survenus dans les communautés</p>  |

**Axe Stratégique 5 : Amélioration des activités financement des de lutte contre les Maladies Non Transmissibles**

| Résultat attendu   | Stratégie d'intervention  | Actions prioritaires  | Activités   |
|--|---|---|---|
| D'ici 2025, au moins 85% des ressources nécessaires à la mise en œuvre du PSN –MNT sont mobilisées | Renforcement de la mobilisation des ressources en faveur de la lutte contre les MNT | Renforcer les capacités de mobilisation des ressources du Programme MNT                   | Faire la cartographie des acteurs impliqués (interventions et intervenants) dans la lutte contre les MNT  |
|  |   |   | Mettre en place un comité multisectoriel de mobilisation de ressources en faveur des MNT et de suivi de la mise en œuvre  |
|  |   |   | Former 25 cadres en techniques de plaidoyer pour la mobilisation de ressources  |
|  |   |   | Former 50 champions des régions administratives y compris Conakry pour le plaidoyer   |
|  |   | Augmenter de 50% par An à partir de 2021 la part du BND allouée à la lutte contre les MNT | Elaborer un Plan de mobilisation des ressources en faveur des MNT   |
|  |   |   | Faire 2 plaidoyers annuels à l'Assemblée nationale pour augmenter de 50% chaque année des ressources domestiques (BND) allouée aux MNT  |
|  |   |   | Organiser un forum national par an pour la mobilisation de ressources en faveur des MNT   |
|  |   |   | Organiser 2 Tables rondes d'un jour par an avec 100 Participants venus des Institutions/Entreprises/Sociétés minières, organisations nationales internationales bailleurs, Assurances et mutuelles pour un appui technique et financier aux MNT |

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
|  |  | Taxer les produits nocifs pour la santé (tabac, alcool, produits sucrés, salé, gras,...), en faveur du financement de la lutte contre les MNT | Elaborer/Réviser les textes de loi et des arrêtés conjoints pour Taxer les produits nocifs pour la santé (tabac, alcool, produits sucrés, salé, gras...) en faveur des MNT |
|  |  |   | Vulgariser les textes pour taxer les produits nocifs pour la santé (tabac, alcool, produits sucrés, salé, gras...) en faveur des MNT                                       |

### Axe Stratégique 6 : Amélioration de la gouvernance dans la lutte contre les Maladies Non Transmissibles

| Résultat attendu   | Stratégie d'intervention   | Actions prioritaires   | Activités  |
|--|--|--|--|
| <b>D'ici 2025, la fonctionnalité des organes et instances de coordination, de régulation et de redevabilité est de 80%</b> | Renforcement de la coordination et des régulations dans la lutte contre les MNT et leurs facteurs de risques | Actualiser le cadre organique des structures déconcentrées en vue de prendre en compte les MNT | Appuyer la révision des cadres organiques au niveau décentralisé en vue de prendre en compte les MNT   |
|  |  |  | Vulgariser les cadres organiques validés pour le niveau décentralisé en vue de prendre en compte les MNT   |
|  |  | Créer et rendre fonctionnel le Comité multisectoriel de lutte contre les MNT                   | Prendre un arrêté conjoint pour la création du comité multisectoriel de lutte contre les MNT<br><br>Vulgariser les textes de création du comité multisectoriel à tous les niveaux<br><br>Former les membres du comité multisectoriel sur la gouvernance, le management/Leadership et le suivi/évaluation |

**Axe Stratégique 6 : Amélioration de la gouvernance dans la lutte contre les Maladies Non Transmissibles**

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
|  |  |   | <p>Doter le comité multisectoriel d'un budget de fonctionnement</p> <p>Etablir un contrat d'objectif de prestation et de service avec le comité multisectoriel</p> <p>Organiser 1 session de 2 jours à Conakry avec 50 participants pour mettre en place un comité multisectoriel de lutte contre les MNT</p> <p>Organiser 4 réunions de coordination (1 réunion par trimestre) de suivi de la mise en œuvre du Plan.</p>   |
|  |  | <p>Renforcement de capacité de planification, de mise en œuvre et de suivi/évaluation de programme/projet</p> | <p>Former 10 personnes du programme MNT pendant 3 semaines sur le processus de planification, de mise en œuvre et de suivi/évaluation de programme/projet</p> <p>Elaborer un Plan de Suivi/Evaluation des activités du Programme</p> <p>Elaborer chaque année un plan d'action opérationnel</p> <p>Participer à l'élaboration des PAO des structures centrales et déconcentrées chaque année</p> <p>Organiser 8 ateliers régionaux de 2 jours avec 30 participants par région pour vulgariser le Plan stratégique de lutte contre les MNT</p> |

**Axe Stratégique 6 : Amélioration de la gouvernance dans la lutte contre les Maladies Non Transmissibles**

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
|  |  |  | Organiser 1 fois par mois la réunion technique de coordination avec les partenaires   |
|  |  |  | Organiser 2 revues du plan stratégique (2023 et 2025)   |
|  |  |  | Organiser des supervisions trimestrielles des activités   |
|  |  |  | Participer à la supervision semestrielle intégrée et conjointe du Ministère de la santé   |
|  |  |  | Organiser un atelier d'élaboration du monitoring des MNT à intégrer dans le monitoring national avec 20 personnes                           |
|  |  |  | Intégrer les modules MNT dans la prévention et la prise en charge des maladies chroniques transmissibles et la santé maternelle             |
|  |  |  | Prendre en charge les frais de participation aux rencontres sous régionales, régionale et internationales pour 5 cadres du Programme par An |
|  |  |  | Réaliser 2 voyages d'étude par an   |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  | Elaborer les textes législatifs et réglementaires pour réduire l'impact des facteurs de risque des MTN | Plaidoyer pour Intégrer les MNT dans le code de santé publique<br><br>Elaboration et la mise en œuvre de la législation et de la réglementation pour réduire l'impact de la consommation des boissons sucrées et des aliments riches en graisses saturées, l'usage nocif de l'alcool et du tabac   |
|  |  | Organiser une revue annuelle des activités de MNT  | Organiser 1 réunion annuelle de revue de l'offre de soins MNT au niveau primaire et secondaire avec les responsables des formations sanitaires du premier niveau   |
|  |  | Acquérir des moyens logistiques pour la coordination et le suivi des activités de lutte contre les MNT | Acheter 6 Véhicules 4x4 pour la coordination et la Supervision des activités de Lutte contre les MNT<br><br>Assurer le carburant des véhicules et du groupe électrogène<br><br>Acheter des kits informatiques (4 ordinateurs, 4 imprimantes, 1 groupe électrogène)<br><br>Acheter des immobiliers de bureau pour la coordination<br><br>Installer un réseau internet et assurer la connexion internet pour la coordination<br><br>Construire/rénover les locaux du programme<br><br>Recruter 2 Assistants techniques pour le programme et assurer sa prime mensuelle forfaitaire pendant 5 ans |

## **4.6. Cadre de mise en œuvre du plan**

### **4.6.1. Cadre institutionnel**

La mise en œuvre du Plan National Multisectoriel de lutte contre les maladies non transmissibles 2021-2025 relève du Gouvernement à travers plusieurs départements ministériels avec une délégation effective aux structures administratives déconcentrées (Directions régionales et préfectorales de la santé) et aux structures de prestations de soins publiques, parapubliques et privées.

Les instances de coordination aux différents niveaux (central, intermédiaire et opérationnel) de la pyramide sanitaire seront chargées d'un suivi formalisé de la mise en œuvre du Plan et permettront les réajustements éventuels axés sur l'atteinte des résultats.

### **4.6.2. Le rôle des différents acteurs de la mise en œuvre du plan**

#### **4.6.2.1. Le rôle du Ministère de la Santé**

L'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation du présent plan stratégique relèvent de la responsabilité de l'État et plus particulièrement du Ministère de la Santé. A ce titre il élabore les textes législatifs et réglementaires en matière de lutte contre les MNT et veille à leur application, organise et coordonne la mise en œuvre du présent plan, assure le contrôle technique des prestations, veille à la bonne disponibilité et à la qualité de la gestion des différentes ressources nécessaires à la mise en œuvre.

#### **4.6.2.2. Le rôle du secteur privé**

Le secteur privé prendra une part active dans l'amélioration de l'offre de prestations contre les MNT dans un cadre national du partenariat public-privé à travers la participation à la promotion, au financement du plan et à la réalisation de structures de prestations de soins.

#### **4.6.2.3. Le rôle de la société civile**

Les organisations de la société civile y compris les associations de patients, joueront un rôle important dans le domaine de la prévention des MNT et dans la prise en charge clinique, psycho-sociale ainsi que dans la réinsertion sociale des patients et des porteurs de séquelles des MNT.

Leurs actions individuelles et collectives seront complétées par leur participation active aux instances de coordination du secteur de la santé à tous les niveaux.

#### **4.6.2.4. Le rôle des autres secteurs d'activités de l'Etat**

Les autres secteurs de développement contribueront de façon significative à la mise en œuvre du présent plan dans le cadre de la stratégie « la santé dans toutes les politiques sectorielles ». Ils contribueront ainsi aux activités promotionnelles des bonnes habitudes de vie, aux activités préventives, notamment de dépistage des cas, à la mobilisation des ressources requises pour la mise en œuvre du plan, au suivi de son évolution et à son évaluation.

#### **4.6.2.5. Le rôle des Partenaires Techniques et Financiers**

Les partenaires techniques et financiers en santé, apporteront leur appui technique et financier en veillant à harmoniser et aligner leurs appuis aux orientations nationales.

#### **4.6.2.6. Le rôle de l'Assemblée Nationale**

Les députés veilleront à l'amélioration de l'environnement juridique de la lutte contre les MNT, à sa promotion et au suivi de sa mise en œuvre.

#### **4.6.2.7. Le rôle des structures de prestation de soins publiques, parapubliques et privées**

Dans le respect des normes, procédures et protocoles techniques de prise en charge, les structures de prestation de soins prendront en compte les besoins et les attentes des patients et de leurs accompagnants dans la gestion des cas de MNT.

Elles participeront activement à l'éducation individuelle et collective des populations saines et des patients sur la prévention de ces maladies.

#### **4.6.2.8. Le rôle des structures communautaires**

Les communautés, à travers les conseils communaux, les associations de ressortissants et d'autres structures communautaires, contribueront aux activités de promotion, de prévention, de prise en charge médicale et psycho-sociale ainsi qu'à la réhabilitation et la réinsertion sociale des personnes vivant avec les MNT et/ou leurs séquelles, ou guéries.

#### **4.6.3. Coordination des interventions**

Les comités de coordination du secteur santé se réunissent quatre (4) fois par an et les instances techniques de coordination (revues semestrielles) se tiennent deux (2) fois par an.

Un Observatoire National de la Santé sera créé sous forme d'une plateforme nationale virtuelle de base de données statistique, de documents de référence nationaux, des rapports périodiques, des résultats de la recherche et de publications en matière de santé. Il sera alimenté par la base de données du SNIS, le système d'information sanitaire de district (DHIS) et la plateforme nationale de Dialogue Politique en santé (CHPP).

Le SNIS constitue la base des données de l'information sanitaire pour le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du PNDS. Des études, recherches, évaluations spécifiques et périodiques seront menées pour compléter l'information nécessaire.

Les revues annuelles conjointes du secteur santé seront institutionnalisées ainsi que les audits, contrôles de gestion, inspections, supervisions intégrées et monitorages.

### **4.7. Suivi et Evaluation du plan**

Comme son élaboration et sa mise en œuvre, l'évaluation du plan demande l'implication de tous les acteurs du secteur public comme du secteur privé, associatif et de la société civile.

Pour faciliter la coordination de la mise en œuvre efficace du plan d'une part, et de son suivi d'autre part, il sera mis en place un comité technique multisectoriel de suivi.

Au niveau national, ce comité sera présidé par le Secrétaire Général du Ministère de la Santé, au niveau régional par le Directeur Régional de la Santé et au niveau préfectoral par le Directeur Préfectoral de la Santé. Ce comité chargé du pilotage technique du PSNMSLMNT, fera le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du Plan, donnera des avis techniques et organisera des revues annuelles aux niveaux national et déconcentré. Les délégués des Partenaires Techniques et Financiers principaux feront partie de ces comités.

Les instances de coordination technique (revue annuelle conjointe, CTC, CTRS, CTPS/CTCS, CTSPS) sont chargées du suivi et de l'évaluation du plan aux niveaux national, régional, préfectoral et sous-préfectoral.

Le secrétariat du comité de suivi est assuré par un comité restreint présidé par le Secrétaire Général du Ministère de la Santé. Il prépare les réunions du comité de suivi et assure la mise en œuvre de ses recommandations.

Le monitoring semestriel des activités au niveau des centres de santé et des hôpitaux prendra en compte les principaux indicateurs de suivi du plan.

Les supervisions intégrées aux différents niveaux de la pyramide sanitaire intégreront aussi le suivi de la mise en œuvre du plan.

L'évaluation du PNMSLMNT à mi-parcours se fera en 2023 et permettra de renseigner le niveau d'atteinte des résultats/extrants liés à la mise en œuvre.

L'évaluation finale sera réalisée en 2025. Elle permettra de renseigner sur les effets produits par les résultats de la mise en œuvre.

Chaque plan opérationnel annuel sera évalué à la fin de son échéance.

Le cadre de suivi évaluation identifie les indicateurs essentiels tout au long de la chaîne de résultat et les relie à des méthodes de collecte de données provenant de plusieurs sources pour les synthétiser et produire les bases factuelles pour la prise de décision aux différents niveaux du système de santé.

Tableau 4 : Cadre national des indicateurs de suivi et d'évaluation de la performance du PNMSLMNT

| Intrants et processus  | Résultats intermédiaires (outputs)   | Résultats finals (effets/out Comes)   | Impact en 2025  |
|--|--|---|---|
| <b>Axe Stratégique 1 : Promotion des bonnes habitudes de vie pour la prévention des MNT</b>                          |  |   |   |
| Communication multisectoriel   | Un plan de communication multisectorielle élaboré et mis en œuvre  | - Baisse relative de la Consommation de tabac   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les Prévalences relatives des FDR comportementaux et biologiques des MNT sont réduites de 10%</li> <li>- Le Taux de prévalence des MNT est stabilisé</li> </ul>                                      |
| Communication de proximité   | Les Leaders religieux, les Elus locaux, les OSC, les COSAH, ASC et RECO sont impliqués dans la sensibilisation sur les MNT | - Baisse relative de la Consommation d'alcool par habitant et par consommateur                |   |
| Célébration des journées dédiées aux MNT et leurs FDR  | Des Journées mondiales de MNT célébrées à tous les niveaux   | - Baisse de la consommation des sucres, du sel et acides gras                                 |   |
| Pratique de l'exercice physique  | Les activités de promotion pour la promotion de l'exercice physique sont réalisées   | - Diminution de l'insuffisance des fruits et légumes  |   |
| <b>Axe Stratégique 2 : Amélioration de la disponibilité et de la qualité des services de Prise en charge des MNT</b> |  |   |   |
| Approvisionnement des structures sanitaires en moyens de diagnostics et en médicaments essentiels pour les MNT       | Taux de disponibilité des équipements biomédicaux essentiels pour la prise en charge des MNT fonctionnels                  | - Score moyen de capacité opérationnelle des structures de santé pour la lutte contre les MNT | <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'accessibilité au diagnostic, au traitement et aux conseils liés aux MNT dans les structures sanitaires y compris l'accès aux soins palliatifs et de réhabilitation sont augmenté de 50%</li> </ul> |
| Formation en soins de premiers secours   | Nombre d'agents formés en soins de premiers secours  |   |   |
| Mise en œuvre de WHO-PEN   | Taux d'adéquation de l'utilisation de WHO-PEN  |   |   |
| Intégrer la prise en charge des MNT dans les autres  | Nombre Programme du MS intégrant les MNT   | - Proportion des Programmes prioritaires du MS ayant intégré les MNT                          |   |

| Intrants et processus  | Résultats intermédiaires (outputs)  | Résultats finals (effets/out Comes)   | Impact en 2025  |
|--|---|---|---|
| programmes et stratégies prioritaires du MS  |   |   |   |
| <b>Axe Stratégique 3 : Développement des ressources humaines de qualité pour la lutte contre les MNT</b>     |   |   |   |
| Formation continue (en Guinée et à l'étranger) des ressources humaines nécessaires à la lutte contre les MNT | Nombre de spécialistes par MNT formés et disponibles  | - Nombre moyen de personnes formés et disponibles sur la PEC des MNT pour 10 000 habitants et par niveau de la pyramide sanitaire du Pays | - La densité en personnel de santé formé et motivé à la prise en charge des MNT a augmenté de 25%                                       |
| Formation initiale (en Guinée et à l'étranger) des ressources humaines nécessaires à la lutte contre les MNT | Nombre de personnes formées pendant au moins trois jours pour l'offre de soins des MNT (Dépistage, diagnostic, traitement et suivi) |   |   |
| <b>Axe Stratégique 4 : Renforcement du système d'information, de la surveillance des MNT</b>                 |   |   |   |
| Intégration des indicateurs des MNT dans le SNIS   | Nombres de cas (maladies et décès notifiés dans le DHIS2)   | - Proportion d'indicateurs de MNT renseignés dans le SNIS (y compris les cahiers de suivi des ASC et RECO)                                | - Cinquante pour cent (50%) des structures sanitaires renseignent les indicateurs des MNT dans le DHIS2                                 |
|  | Promptitude et complétude des rapports  |   |   |
| Evaluation la part des décès liés aux MNT  | Nombre d'enquêtes, de recherches et/ou réalisées sur les MNT  |   | - Les résultats des enquêtes et de recherches nécessaires pour mesurer l'ampleur des MNT au sein de la population générale et permettre |
| Enquêtes pour évaluer l'ampleur des MNT  |   |   |   |
| Soutenir les initiatives de recherche visant à   |   |   |   |

| Intrants et processus   | Résultats intermédiaires (outputs)  | Résultats finals (effets/out Comes)   | Impact en 2025  |
|---|---|---|---|
| Documenter mesurer l'ampleur des MNT au sein de la population générale et permettre d'évaluer l'impact des interventions                      |   |   | d'évaluer l'impact des interventions sont disponibles   |
| Développer la surveillance des MNT à base communautaire   |   |   |   |
| <b>Axe Stratégique 5 : Amélioration du financement des activités de lutte contre les MNT</b>  |   |   |   |
| Renforcer les capacités de mobilisation des ressources du Programme MNT   | Disponibilité d'un plan de mobilisation de ressources   | - La part du BND allouée à la lutte contre les MNT augmente de 50% par an   | - Au moins 85% des ressources nécessaires à la mise en œuvre du PSN MNT sont mobilisées                   |
|   | Nombre absolu d'activités (plaidoyer, table ronde, forum national) réalisés pour la mobilisation de ressources  |   |   |
| Taxer les produits nocifs pour la santé (tabac, alcool, produits sucrés, salé, gras,...), en faveur du financement de la lutte contre les MNT | Les Textes et arrêtés conjoints sont disponibles pour taxer les produits nocifs contre la santé (tabac, alcool, produits sucrés, salé, gras,...), en faveur des MNT | - Les Textes et arrêtés conjoints pour taxer les produits nocifs en faveur des MNT sont vulgarisés à tous les niveaux |   |
| <b>Axe Stratégique 6 : Amélioration de la gouvernance dans la lutte contre les MNT</b>  |   |   |   |
| Cadre organique des structures déconcentrées en vue de prenant en compte les MNT  | Le cadre organique révisé des structures déconcentrées est disponible   | - Le cadre organique révisé des structures déconcentrées est vulgarisé à tous les niveaux                             | - La fonctionnalité des organes et instances de coordination, de régulation et de redevabilité est de 80% |
| Comité multisectoriel de lutte contre les MNT   | Un comité multisectoriel est mise en place avec un budget de fonctionnement   | - Le contrat d'objectif avec le comité multisectoriel est atteint à 80%   |   |

| Intrants et processus   | Résultats intermédiaires (outputs)   | Résultats finals (effets/out Comes)   | Impact en 2025 |
|---|--|---|----------------|
| Capacité de planification, de mise en œuvre et de suivi/évaluation de programme/projet    | Nombre de cadres du impliqués dans la gestion des MNT formés sur la planification, la mise en œuvre et le suivi/évaluation de programme/projet | - Par niveau de la pyramide sanitaire du pays, le pourcentage des cadres impliqués dans la gestion des MNT formés sur la planification, la mise en œuvre et le suivi/évaluation de programme/projet |                |
|   | Un plan de suivi/évaluation est opérationnel est disponible  | - Les PAO annuels sont exécutées à 80 %   |                |
| Textes législatifs et réglementaires pour réduire l'impact des facteurs de risque des MNT | Textes législatifs et réglementaires pour réduire l'impact des facteurs de risque des MNT sont élaborés, validés et disponibles                | - Textes législatifs et réglementaires pour réduire l'impact des facteurs de risque des MNT sont vulgarisés à tous les niveaux  |                |
| Moyens logistiques pour la coordination et le suivi des activités de lutte contre les MNT | Nombre d'équipement mobilier de bureau, kit informatique/bureautique et d'engin roulants disponibles et fonctionnel pour le PNL MNT            | - Six (6) véhicules 4*4 ; 2 Kits informatiques et 4 mobiliers de bureau sont disponibles  |                |

Le tableau suivant présente le cadre de mesure du rendement (détail des indicateurs)

Tableau 5 : Cadre de mesure de rendement du PNMSLMNT

| Indicateurs de performance (IOV)  |                            |                     | Sources de données | Méthode de collecte              | Fréquence de collecte       | Responsable                                    |
|---|----------------------------|---------------------|--------------------|----------------------------------|-----------------------------|--|
| Enoncés   | Valeur de référence (2020) | Valeur cible (2025) |                    |                                  |                             |  |
| <b>Impact : Réduction de 25% de la mortalité prématurée due aux maladies non transmissibles d'ici 2025</b>  |                            |                     |                    |                                  |                             |  |
| Réduire de 10% la Prévalence moyenne des FDR comportementaux des MNT<br>Consommation nocive d'alcool et du Tabac<br>Inactivité physique, Insuffisante de Fruits et Légumes  | <b>26,8%</b>               | <b>24,12%</b>       | INS<br><br>MS      | EDS<br><br>SNIS<br>Enquête STEPS | 5 ans<br><br>An<br><br>5 An | Ministère du plan<br><br>Ministère de la santé |
| Réduire de 10% la Prévalence moyenne des FDR Biologiques des MNT (HTA, Obésité, Hyperglycémie, Hypercholestérolémie)  | <b>12,6%</b>               | <b>11,34%</b>       | SNIS               | EDS<br>Enquête STEPS             | 5 ans<br><br>5 ans          | Ministère du plan<br><br>Ministère de la santé |
| Stabiliser le Taux de prévalence par maladie, par sexe et par âge des MNT   | <b>6%</b>                  | <b>6%</b>           | SNIS               | Routine                          | An                          | Ministère de la santé                          |
| Réduction de 10% du taux de mortalité par grande cause de décès, par sexe et par âge (mortalité attribuable aux MNT)  | <b>17%</b>                 | <b>12,75%</b>       | SNIS               | Routine                          | An                          | Ministère de la santé                          |
| <b>Effet : 50% des personnes reçues dans les structures sanitaires ayant une Maladie Non Transmissible ont accès au dépistage, au diagnostic précoce, aux médicaments, aux conseils et technologies essentiels nécessaires pour leur prise en charge, y compris l'accès aux soins palliatifs et de réhabilitation</b> |                            |                     |                    |                                  |                             |  |
| Augmenter de 50% le Pourcentage des établissements de santé offrant les services des Maladies Non Transmissibles  | <b>5,25%</b>               | <b>8,4%</b>         | Rapports d'Enquête | SARA                             | 2 Ans                       | Ministère de la Santé                          |

| <b>Indicateurs de performance (IOV)</b>  |                                   |                            | <b>Sources de données</b> | <b>Méthode de collecte</b> | <b>Fréquence de collecte</b> | <b>Responsable</b>    |
|--|-----------------------------------|----------------------------|---------------------------|----------------------------|------------------------------|-----------------------|
| <b>Enoncés</b>   | <b>Valeur de référence (2020)</b> | <b>Valeur cible (2025)</b> |                           |                            |                              |                       |
| Augmenter de 50% la Disponibilité et accessibilité financière de médicaments essentiels, et des technologies de base dans les établissements publics et privés pour la PEC des MNT | <b>37,1%</b>                      | <b>55,65%</b>              | Rapports d'Enquête        | SARA                       | 2 Ans                        | Ministère de la Santé |
| Proportion de personnes de personnes remplissant les conditions, reçues dans les structures de santé ayant bénéficié le Dépistage et/ou le Diagnostic et/ou le traitement des MNT  | -                                 | <b>50%</b>                 | Rapports d'enquêtes       | SARA                       | 2 Ans                        | Ministère de la Santé |

| <b>Produit 1 : La capacité opérationnelle des services de prise en charge des MNT est de 60%</b>                              |               |              |   |                             |                  |                       |
|---|---------------|--------------|---|-----------------------------|------------------|-----------------------|
| Personnels et Directives  | <b>38,5%</b>  | <b>61,6%</b> | Rapports d'Enquête                              | SARA                        | 2 Ans            | Ministère de la Santé |
| Equipements   | <b>68,25%</b> | <b>100%</b>  | Rapports d'Enquête                              | SARA                        | 2 Ans            | Ministère de la Santé |
| Capacité de diagnostic  | <b>29%</b>    | <b>46,4%</b> | Rapports d'Enquête                              | SARA                        | 2 Ans            | Ministère de la Santé |
| Médicaments et produits   | <b>14%</b>    | <b>22,4%</b> | Rapports d'Enquête                              | SARA                        | 2 Ans            | Ministère de la Santé |
| Disponibilité des services des MNT  | <b>42,75%</b> | <b>68,4%</b> | Rapports d'Evaluation                           | SARA<br>EDS                 | 2 Ans<br>5 Ans   | Ministère de la Santé |
| Nombre de lits d'hospitalisation affectés aux MNT pour 10 000 habitants)  | -             | <b>60%</b>   | Rapport de supervision<br>Rapports d'Enquête    | Supervisions<br>EDS<br>SARA | Routine<br>5 Ans | Ministère de la Santé |
| Taux d'adéquation de l'utilisation du WHO PEN   | -             | <b>60%</b>   | Rapport de supervision<br>Rapports d'Evaluation | Supervisions<br>SARA        | Routine<br>2 Ans | Ministère de la Santé |
| Score de capacité opérationnelle des structures sanitaires à fournir des services de diagnostic et de prise en charge des MNT | <b>42,75%</b> | <b>68,4%</b> | MS  | Enquête<br>SARA             | 2 ans            | Ministère de la santé |

| <b>Produit 2 : D'ici 2025, la densité en personnel de santé formé et motivé à la prise en charge des MNT a augmenté de 50%</b>   |  |  |   |                               |           |   |
|--|--|--|---|-------------------------------|-----------|---|
| Nombre de professionnels de la santé formés pour la prise en charge des MNT pour 10 000 habitants (médecins, infirmiers, infirmières, sages-femmes ; pharmaciens, biologistes, Techniciens de labo ; milieu urbain – milieu rural) | <b>6,75%</b><br><b>(81 professionnels)</b> | <b>10 %</b><br><b>(122 professionnels)</b> | SNIS  | Enquête SARA                  | 2 Ans     | Ministère de la Santé                           |
| Nombre moyen de spécialistes de la prise en charge des MNT en activité par spécialité  | <b>10</b>                                  | <b>15</b>                                  | SNIS  | Enquête SARA                  | 2 Ans     | Ministère de la Santé                           |
| Nombre moyen de spécialistes de la prise en charge des MNT en activité (par niveau de la Pyramide sanitaire)   | <b>27</b>                                  | <b>41</b>                                  | SNIS  | Enquête SARA                  | 2 Ans     | Ministère de la Santé                           |
| <b>Produit 3 : D'ici 2025, 50% des structures sanitaires renseignent les indicateurs des MNT dans le DHIS2</b>   |  |  |   |                               |           |   |
| Proportion des MNT notifiées dans le DHIS2   | <b>87,5%</b>                               | <b>100%</b>                                | SNIS  | Routine                       | Mensuelle | Ministère de la Santé                           |
| Taux de complétude des rapports sur les MNT  | -  | <b>100%</b>                                | SNIS  | Routine                       | Mensuelle | Ministère de la Santé                           |
| Nombre de points focaux MNT affectés par niveaux (DCS, DPS, DRS)   | <b>0</b>                                   | <b>41</b>                                  | SNIS  | Enquête                       |           | Ministère de la Santé                           |
| Taux de promptitude des rapports sur les MNT   | -  | <b>100%</b>                                | SNIS  | Routine                       | Mensuelle | Ministère de la Santé                           |
| <b>Produit 4 : D'ici 2025, au moins 85% des ressources nécessaires à la mise en œuvre du PSN –MNT sont mobilisée</b>   |  |  |   |                               |           |   |
| Part en % des dépenses allouées à la prévention et la prise en charge des MNT dans les dépenses totales de santé   | <b>3,95%</b>                               | <b>85%</b>                                 | BND ; PAO annuels Consolidé du MS ; Budget annuel du MS | Enquête<br>Evaluation des PAO | Annuelle  | Ministère de la Santé<br>Ministère des Finances |

| <b>Produit 5 : D'ici 2025, la fonctionnalité des organes et instances de coordination, de régulation et de redevabilité est de 80%</b> |              |             |  |                           |           |                       |
|--|--------------|-------------|--|---------------------------|-----------|-----------------------|
| Taux moyen de coordination avec les unités du Programme (réunions/activités de coordination et de Suivi/Evaluation)                    | <b>0 %</b>   | <b>80%</b>  | Rapport de réunions de coordination<br>Rapport de Suivi/Evaluation | Routine                   | Mensuelle | PNLMNT                |
| Taux de supervision des activités de lutte contre les MNT au niveau opérationnel   | <b>0%</b>    | <b>100%</b> | Archives du PNLMNT   | Evaluation de fin d'année | Annuelle  | MS<br>PNLMNT          |
| Nombre de véhicules pour la coordination et le Suivi des activités du plan stratégique   | <b>0</b>     | <b>6</b>    | Bureaux de PNLMNT  | Enquête                   | 5 Ans     | Ministère de la Santé |
| Nombre de kit bureautiques disponibles pour le Programme MNT   | <b>0</b>     | <b>6</b>    | Bureaux de PNLMNT  | Enquête                   | 5 Ans     | Ministère de la Santé |
| Taux de postes vacants (non occupés) au sein du PNLMNT   | <b>54,5%</b> | <b>0%</b>   | Rapport annuel du PNLMNT   | Enquête                   | 5 Ans     | Ministère de la Santé |
| Nombre de Bureaux disponibles pour la Coordination des activités de MNT  | <b>1</b>     | <b>10</b>   | Bureaux de PNLMNT  | Enquête                   | 5 Ans     | Ministère de la Santé |
| Taux moyen d'exécution des PAO annuels du PNLMNT   | <b>0%</b>    | <b>80%</b>  | Archives du PNLMNT   | Evaluation de fin d'année | Annuelle  | MS<br>PNLMNT          |

## 4.8. Financement du PNMSLMNT 2021 – 2025

### 4.8.1. Coût prévisionnel total

Le coût total du PNLMNT (2021-2025) est estimé à **203 952 000 000 GNF**, soit environ **20 395 200 USD**.

### 4.8.2. Budget par année de 2021 à 2025

| Année        | Coût en USD       | Coût en GNF            |
|--------------|-------------------|------------------------|
| 2021         | 6 104 120         | 61 041 200 000         |
| 2022         | 3 715 720         | 37 157 200 000         |
| 2023         | 3 428 720         | 34 287 200 000         |
| 2024         | 3 630 920         | 36 309 200 000         |
| 2025         | 3 515 720         | 35 157 200 000         |
| <b>Total</b> | <b>20 395 200</b> | <b>203 952 000 000</b> |

### 4.8.3. Budget par Axe Stratégique

| Axe stratégique  | Coût en USD       | Coût en GNF            |
|--|-------------------|------------------------|
| Axe Stratégique 1 : Promotion des bonnes habitudes de vie pour la prévention des MNT   | 1 710 000         | 17 100 000 000         |
| Axe Stratégique 2 : Amélioration de la disponibilité et de la qualité des services de Prise en charge des Maladies Non Transmissibles                                    | 3 268 900         | 32 689 000 000         |
| Axe Stratégique 3 : Développement des ressources humaines de qualité pour la lutte contre les Maladies Non Transmissibles  | 4 570 000         | 45 700 000 000         |
| Axe Stratégique 4 : Renforcement du système d'information et de la surveillance des Maladies Non Transmissibles et de leurs facteurs de risque ainsi que de la recherche | 2 795 250         | 27 952 500 000         |
| Axe Stratégique 5 : Amélioration des activités financement des de lutte contre les Maladies Non Transmissibles   | 576 000           | 5 760 000 000          |
| Axe Stratégique 6 : Amélioration de la gouvernance dans la lutte contre les Maladies Non Transmissibles  | 7 475 050         | 74 750 500 000         |
| <b>Total</b>   | <b>20 395 200</b> | <b>203 952 000 000</b> |

### 4.8.4. Budget par Stratégie d'intervention

| Stratégie d'Intervention   | Coût en USD       | Coût en GNF            |
|--|-------------------|------------------------|
| Stratégie d'intervention : Promotion d'un cadre de vie favorable à la prévention des Maladies Non Transmissibles                                       | 1 710 000         | 17 100 000 000         |
| Stratégie d'intervention : Renforcement du système d'approvisionnement en produits de santé pour la PEC des MNT  | 1 190 400         | 11 904 000 000         |
| Stratégie d'intervention : Amélioration de la PEC des urgences pré hospitalières liées aux MNT (Traumatisme, Crises Cardiovasculaires, Comas...)       | 130 500           | 1 305 000 000          |
| Stratégie d'intervention : Amélioration de la PEC des urgences hospitalières liées aux MNT (Traumatisme, Crises Cardiovasculaires, Comas...)           | 783 000           | 7 830 000 000          |
| Stratégie d'intervention : Intégration de la PEC des cas MNT dans le PMA selon le niveau des structures et programmes de soins WHO-PEN et WHO-PEN PLUS | 1 165 000         | 11 650 000 000         |
| Stratégie d'intervention : Renforcement du nombre et des capacités des personnes impliquées dans la gestion des MNT                                    | 4 570 000         | 45 700 000 000         |
| Stratégie d'intervention : Amélioration de la production, de la diffusion et de l'utilisation de l'information sanitaire relative aux MNT              | 110 500           | 1 105 000 000          |
| Stratégie d'intervention : Renforcement de la collaboration entre le PNLMNT et les instituts de recherche  | 2 684 750         | 26 847 500 000         |
| Stratégie d'intervention : Renforcement de la mobilisation des ressources en faveur de la lutte contre les MNT   | 576 000           | 5 760 000 000          |
| Stratégie d'intervention : Renforcement de la coordination et des régulations dans la lutte contre les MNT et leurs facteurs de risques                | 7 475 050         | 74 750 500 000         |
| <b>Total</b>   | <b>20 395 200</b> | <b>203 952 000 000</b> |

## Annexe 1 : Budget détaillé

| Activités/sous activités/besoins  | Unité      | Quantité | Coût Unitaire | An 1 | An 2 | An 3 | An 4 | An 5 | Coût en 2021 | Coût en 2022 | Coût en 2023 | Coût en 2024 | Coût en 2025 | Total en USD | Total en GNF  |
|---|------------|----------|---------------|------|------|------|------|------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|
| <b>Axe Stratégique 1 : Promotion des bonnes habitudes de vie pour la prévention des MNT</b>   |            |          |               |      |      |      |      |      |              |              |              |              |              |              |               |
| <b>Résultat attendu</b> : D'ici fin 2025, les FDR des MNT (Usage du tabac, consommation moyenne de sel/sodium par jour, usage nocif de l'alcool, niveau bas d'activité physique et le pourcentage des personnes qui consomment moins de 5 portions de fruits et légumes en moyenne par jour) dans la population âgée de 15 à 64 ans ont baissé de 10% |            |          |               |      |      |      |      |      |              |              |              |              |              |              |               |
| <b>Stratégie d'intervention</b> : Promotion d'un cadre de vie favorable à la prévention des Maladies Non Transmissibles   |            |          |               |      |      |      |      |      |              |              |              |              |              |              |               |
| <b>Action prioritaire</b> : Doter le Programme d'un Plan de communication multisectoriel  |            |          |               |      |      |      |      |      |              |              |              |              |              |              |               |
| Organiser 1 atelier de 25 participants pendant 3 jours pour l'élaboration des outils de communication à Kindia sur les MNT  | pers/jour  | 75       | 100           | X    |      |      |      |      | 7 500        | -            | -            | -            | -            | 7 500        | 75 000 000    |
| Organiser chaque année 1 atelier de 25 participants pendant 3 jours pour former les acteurs des OSC (Syndicats des transporteurs, Responsables des ONG) à Conakry et à Kindia sur l'utilisation des outils de communication adaptés/complétés sur la lutte des MNT  | pers/jour  | 75       | 100           | X    |      |      | X    |      | 7 500        | -            | -            | 7 500        | -            | 15 000       | 150 000 000   |
| Organiser chaque année 1 atelier de 25 participants pendant 3 jours pour former les acteurs des OSC (Syndicats des transporteurs, Responsables des ONG, journalistes) à Conakry et à Kindia sur l'utilisation des outils de communication adaptés/complétés sur la lutte des MNT  | pers/jour  | 75       | 100           | X    | X    | X    | X    | X    | 7 500        | 7 500        | 7 500        | 7 500        | 7 500        | 37 500       | 375 000 000   |
| Mettre en œuvre le plan de communication multisectoriel   | forfait/An | 1        | 100 000       | X    | X    | X    | X    | X    | 100 000      | 100 000      | 100 000      | 100 000      | 100 000      | 500 000      | 5 000 000 000 |
| <b>Action prioritaire</b> : Renforcer la communication de proximité à travers les relais communautaires, les ASC, les Comités de santé, les élus locaux, la presse locale, les leaders d'opinion, les patients, les établissements scolaires et Universitaires  |            |          |               |      |      |      |      |      |              |              |              |              |              |              |               |
| Vulgariser les résultats de recherches à travers les médias   | forfait/An | 20       | 100           | X    | X    | X    | X    | X    | 2 000        | 2 000        | 2 000        | 2 000        | 2 000        | 10 000       | 100 000 000   |
| Organiser 3 fois par An 1 Journée de sensibilisation sur les MNT avec 150 participants dans les établissements scolaires et Universitaires  | pers/jour  | 450      | 50            | X    | X    | X    | X    | X    | 22 500       | 22 500       | 22 500       | 22 500       | 22 500       | 112 500      | 1 125 000 000 |
| <b>Action prioritaire</b> : Célébrer les différentes journées dédiées aux MNT et leurs FDR  |            |          |               |      |      |      |      |      |              |              |              |              |              |              |               |
| Assure les frais de communication médias de 9 journées soit 1 par entité par An   | forfait/An | 9        | 1 500         | X    | X    | X    | X    | X    | 13 500       | 13 500       | 13 500       | 13 500       | 13 500       | 67 500       | 675 000 000   |

**Action prioritaire : Organiser la pratique de l'exercice physique en collaboration avec les acteurs à tous les niveaux (autorités, communautés, école, entreprises, ONG ...)**

|   |                 |     |        |   |   |   |   |   |         |         |         |         |         |         |               |
|---|-----------------|-----|--------|---|---|---|---|---|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------------|
| Organiser une journée de marche par An pour la promotion de l'activité physique pour 500 participants   | pers/jour       | 500 | 50     | X | X | X | X | X | 25 000  | 25 000  | 25 000  | 25 000  | 25 000  | 125 000 | 1 250 000 000 |
| Organiser 2 journées sans voitures (CAR FREE DAY) par an pour la promotion de l'activité physique pour 1 000 000 participants à tous les niveaux (Conakry, Région, Préfecture, etc.,)   | forfait/journée | 2   | 50 000 | X | X | X | X | X | 100 000 | 100 000 | 100 000 | 100 000 | 100 000 | 500 000 | 5 000 000 000 |
| Elaborer des textes réglementaires pour rendre obligatoire le respect des règles nutritionnelles dans les cantines scolaires, universitaires, administratives et dans les lieux de restauration collectives avec 30 participants pendant 5 jours hors Conakry en l'An 2 | pers/jour       | 150 | 100    | X | X | X | X | X | -       | 15 000  | -       | -       | -       | 15 000  | 150 000 000   |
| Aménager et équiper des espaces favorables à la pratique de l'exercice physique dans les universités/écoles du pays soient 4 Universités par An   | forfait/An      | 4   | 20 000 | X | X | X | X | X | -       | 80 000  | 80 000  | 80 000  | 80 000  | 320 000 | 3 200 000 000 |

**Axe Stratégique 2 : Amélioration de la disponibilité et de la qualité des services de Prise en charge des Maladies Non Transmissibles**

**Résultat attendu :** D'ici 2025, Cinquante pour cent (50%) des personnes reçues dans les structures sanitaires ayant une Maladie Non Transmissible ont accès au dépistage, au diagnostic précoce, aux médicaments, aux conseils et technologies essentiels nécessaires pour leur prise en charge, y compris l'accès aux soins palliatifs et de réhabilitation

**Stratégie d'intervention :** Renforcement du système d'approvisionnement en produits de santé pour la PEC des MNT

**Action prioritaire :** Renforcer le système national d'approvisionnement des structures sanitaires publiques et privées à tous les niveaux en moyens diagnostiques et en médicaments essentiels pour les MNT

|  |            |     |         |   |   |   |   |   |         |         |         |         |         |         |               |
|--|------------|-----|---------|---|---|---|---|---|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------------|
| Organiser une quantification annuelle et revue semestrielle des besoins en produits de santé (médicaments, consommables réactifs de Laboratoires et dispositifs médicaux) pour les MNT ; avec 45 participants pendant 3 jours par Session hors Conakry | pers/jour  | 135 | 100     | X | X | X | X | X | 13 500  | 13 500  | 13 500  | 13 500  | 13 500  | 67 500  | 675 000 000   |
| Evaluer les besoins en équipements pour la prise en charge des MNT par 16 cadres pendant 12 jours dans les Hôpitaux en l'An 2 et l'An 4  | pers/jour  | 192 | 100     | X |   |   |   | X | 19 200  | -       | -       | 19 200  | -       | 38 400  | 384 000 000   |
| Introduire les médicaments MNT dans le Circuit de la logistique intégrée à la PCG par des plaidoyers annuels   | forfait/An | 1   | 500     | X | X | X | X | X | 500     | 500     | 500     | 500     | 500     | 2 500   | 25 000 000    |
| Réviser la liste nationale des médicaments sociaux, des médicaments essentiels et des dispositifs médicaux en y intégrant les intrants pour la prise en charge des MNT 40 participants pendant 4 jours hors Conakry en l'An 2 et l'An 4                | pers/jour  | 160 | 100     |   | X |   |   | X | -       | 16 000  | -       | -       | 16 000  | 32 000  | 320 000 000   |
| Equiper chaque année 2 centres par région en matériels de diagnostic et de PEC des MNT   | forfait    | 2   | 50 000  | X | X | X | X | X | 100 000 | 100 000 | 100 000 | 100 000 | 100 000 | 500 000 | 5 000 000 000 |
| Approvisionner correctement et régulièrement les centres en consommables en fonction de leur besoin pour le diagnostic et la PEC des MNT soient 2 Centres par région par An  | forfait    | 2   | 5 000   | X | X | X | X | X | 10 000  | 10 000  | 10 000  | 10 000  | 10 000  | 50 000  | 500 000 000   |
| Chaque année approvisionner correctement et régulièrement les 9 Unités du Programme en Médicaments de MNT  | forfait    | 1   | 100 000 | X | X | X | X | X | 100 000 | 100 000 | 100 000 | 100 000 | 100 000 | 500 000 | 5 000 000 000 |

| <b>Stratégie d'intervention : Amélioration de la PEC des urgences pré hospitalières liées aux MNT (Traumatisme, Crises Cardiovasculaires, Comas...)</b>  |               |     |        |   |   |   |   |   |  |         |         |         |         |         |         |               |
|--|---------------|-----|--------|---|---|---|---|---|--|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------------|
| <b>Action prioritaire : Mettre en place en collaboration avec la Croix Rouge, les SNPS et la protection civile, un programme de formation en soins de premiers secours pour les agents Communautaires et les agents de santé des structures de base</b>  |               |     |        |   |   |   |   |   |  |         |         |         |         |         |         |               |
| Elaborer et Valider des messages et supports de communications sur les soins de premiers secours Avec 35 participants pendant 3 jours hors Conakry en 2021   | pers/jour     | 105 | 100    |   | X |   |   |   |  | -       | 10 500  | -       | -       | -       | 10 500  | 105 000 000   |
| Mettre en place un programme de formation en RCR (Réanimation Cardio respiratoire) dans les institutions de formation publique et privée de l'An 2 à l'An 5  | forfait       | 1   | 10 000 |   | X | X | X | X |  | -       | 10 000  | 10 000  | 10 000  | 10 000  | 40 000  | 400 000 000   |
| Organiser 2 fois par an une formation des agents Communautaires et des agents de santé sur les soins de premiers secours avec 40 participants pendant 2 jours Hors Conakry   | pers/jour     | 160 | 100    | X | X | X | X | X |  | 16 000  | 16 000  | 16 000  | 16 000  | 16 000  | 80 000  | 800 000 000   |
| <b>Stratégie d'intervention : Amélioration de la PEC des urgences hospitalières liées aux MNT (Traumatisme, Crises Cardiovasculaires, Comas...)</b>  |               |     |        |   |   |   |   |   |  |         |         |         |         |         |         |               |
| <b>Action prioritaire : Améliorer les capacités de prise en charge des urgences liées aux MNT</b>  |               |     |        |   |   |   |   |   |  |         |         |         |         |         |         |               |
| Créer et équiper une unité de soins intensifs par région par An  | forfait/unité | 1   | 50 000 | X | X | X | X | X |  | 50 000  | 50 000  | 50 000  | 50 000  | 50 000  | 250 000 | 2 500 000 000 |
| Acheter dix (10) ambulances médicalisées soient 2 par An   | unité         | 2   | 50 000 | X | X | X | X | X |  | 100 000 | 100 000 | 100 000 | 100 000 | 100 000 | 500 000 | 5 000 000 000 |
| Elaborer les algorithmes de prise en charge des urgences liées aux MNT avec 30 participants pendant 3 jours Hors Conakry   | pers/jour     | 90  | 100    |   | X |   |   |   |  | -       | 9 000   | -       | -       | -       | 9 000   | 90 000 000    |
| <b>Action prioritaire : Définir le PMA selon le niveau des structures et programmes de soins à travers la mise en œuvre du WHO-PEN et du WHO-PEN PLUS</b>  |               |     |        |   |   |   |   |   |  |         |         |         |         |         |         |               |
| Définir le paquet minimum d'activités WHO-PEN et du WHO-PEN PLUS selon le niveau des structures et programmes dans la pyramide sanitaire, avec 30 participants pendant 4 jours Hors Conakry en l'An 1 et l'An 4  | pers/jour     | 120 | 100    | X |   |   |   | X |  | 12 000  | -       | -       | 12 000  | -       | 24 000  | 240 000 000   |
| <b>Stratégie d'intervention : Intégration de la PEC des cas MNT dans le PMA selon le niveau des structures et programmes de soins WHO-PEN et WHO-PEN PLUS</b>  |               |     |        |   |   |   |   |   |  |         |         |         |         |         |         |               |
| <b>Action prioritaire : Intégrer la prise en charge des MNT dans les autres programmes et stratégies prioritaires du MS : Santé Communautaire, VIH, Paludisme, Tuberculose, ,programme national santé maternelle et infantile, PNSMI...</b>  |               |     |        |   |   |   |   |   |  |         |         |         |         |         |         |               |
| Organiser un plaidoyer de 2 jours par An à Coyah avec 40 participants regroupant les décideurs politiques, les responsable du MS et PTF pour Intégrer la prise en charge des MNT dans les autres programmes prioritaires du MS : Santé Communautaire, VIH, Paludisme, Tuberculose, programme national santé maternelle et infantile (PNSMI)... | pers/jour     | 80  | 100    | X | X | X | X | X |  | 8 000   | 8 000   | 8 000   | 8 000   | 8 000   | 40 000  | 400 000 000   |
| <b>Action prioritaire : Doter les formations sanitaires (CS, HP, HR, HN et Privés) des technologies de base, des médicaments et des outils de prévention des risques, y compris les protocoles nécessaires (WHO-PEN et WHO-PEN PLUS), selon le niveau de la structure dans la pyramide sanitaire</b>   |               |     |        |   |   |   |   |   |  |         |         |         |         |         |         |               |
| Doter chaque année 15 formations sanitaires (Centres de santé et structures privées) en outils et kit WHOPEN   | forfait/An    | 15  | 5 000  | X | X | X | X | X |  | 75 000  | 75 000  | 75 000  | 75 000  | 75 000  | 375 000 | 3 750 000 000 |
| Doter chaque année 3 formations sanitaires (HP, CMC, HR et Privé) en outils et kits WHOPEN – PLUS  | forfait/An    | 3   | 50 000 | X | X | X | X | X |  | 150 000 | 150 000 | 150 000 | 150 000 | 150 000 | 750 000 | 7 500 000 000 |



|  |           |        |        |   |   |   |   |   |           |        |        |        |        |           |                |
|--|-----------|--------|--------|---|---|---|---|---|-----------|--------|--------|--------|--------|-----------|----------------|
| - - - - -  |           |        |        |   |   |   |   |   |           |        |        |        |        |           |                |
| <b>Axe Stratégique 4 : Renforcement du système d'information et de la surveillance des Maladies Non Transmissibles et de leurs facteurs de risque ainsi que de la recherche</b>  |           |        |        |   |   |   |   |   |           |        |        |        |        |           |                |
| <b>Résultat attendu : D'ici 2025, 50% des structures sanitaires renseignent les indicateurs des MNT dans le DHIS2</b>  |           |        |        |   |   |   |   |   |           |        |        |        |        |           |                |
| <b>Stratégie d'intervention : Amélioration de la production, de la diffusion et de l'utilisation de l'information sanitaire relative aux MNT</b>   |           |        |        |   |   |   |   |   |           |        |        |        |        |           |                |
| <b>Intégrer les indicateurs des MNT dans le SNIS</b>   |           |        |        |   |   |   |   |   |           |        |        |        |        |           |                |
| Revue des indicateurs de MNT et Adapter les outils de collectes de données primaires et les formulaires de rapportage des MNT pendant 3 jours avec 30 participants hors Conakry en l'An 1 et en l'An 4                                       | pers/jour | 90     | 100    | X |   |   |   |   | 9 000     | -      | -      | 9 000  | -      | 18 000    | 180 000 000    |
| Organiser chaque année 1 atelier de 35 participants et 2 facilitateurs pour former les points focaux de lutte contre les MNT sur l'analyse et l'utilisation des informations liées aux indicateurs de suivi des MNT pendant 3 jours à Kindia | pers/jour | 105    | 100    | X | X | X | X | X | 10 500    | 10 500 | 10 500 | 10 500 | 10 500 | 52 500    | 525 000 000    |
| <b>Action prioritaire : Evaluer la part des décès liés aux MNT</b>   |           |        |        |   |   |   |   |   |           |        |        |        |        |           |                |
| Intégrer dans les formations sanitaires et dans le cahiers des ASC et RECO les causes de décès liées aux MNT   | forfait   | 1      | 20 000 |   | X |   | X |   | -         | 20 000 | -      | 20 000 | -      | 40 000    | 400 000 000    |
| <b>Résultat attendu : Les résultats des enquêtes et de recherches nécessaires pour mesurer l'ampleur des MNT au sein de la population générale et permettre d'évaluer l'impact des interventions sont disponibles</b>                        |           |        |        |   |   |   |   |   |           |        |        |        |        |           |                |
| <b>Stratégie d'intervention : Renforcement de la collaboration entre le PNLMT et les instituts de recherche</b>  |           |        |        |   |   |   |   |   |           |        |        |        |        |           |                |
| <b>Action prioritaire : Réaliser les enquêtes pour évaluer l'ampleur des MNT</b>   |           |        |        |   |   |   |   |   |           |        |        |        |        |           |                |
| Réaliser une enquête nationale STEPS sur les MNT et leurs facteurs de risques par avec 360 agents pendant 45 jours avec Appui d'un consultant (=360*45=16200)  | pers/jour | 16 200 | 150    | X |   |   |   |   | 2 430 000 | -      | -      | -      | -      | 2 430 000 | 24 300 000 000 |
| Réaliser les études pour établir les niveaux de base des indicateurs de la mortalité liée aux MNT et documenter les principaux indicateurs du Programme par 20 personnes pendant 16 jours  | pers/jour | 320    | 100    |   | X |   |   | X | -         | 32 000 | -      | -      | 32 000 | 64 000    | 640 000 000    |
| Développer des activités de recherches pour identifier les plantes à usage thérapeutique   | forfait   | 1      | 10 000 | X | X | X | X | X | 10 000    | 10 000 | 10 000 | 10 000 | 10 000 | 50 000    | 500 000 000    |
| Intégrer les indicateurs des MNT à l'EDS/Coupler les enquêtes STEPS et EDS   | PM        | 1      | -      |   | X |   | X |   | -         | -      | -      | -      | -      | -         | -              |
| <b>Action prioritaire : Soutenir les initiatives de recherche visant à documenter mesurer l'ampleur des MNT au sein de la population générale et permettre d'évaluer l'impact des interventions</b>  |           |        |        |   |   |   |   |   |           |        |        |        |        |           |                |
| Définir les priorités de recherche vis à vis des MNT et soutenir le plaidoyer pour le financement des protocoles de recherche s'inscrivant dans ces priorités  | forfait   | 2      | 1 000  | X | X | X | X | X | 2 000     | 2 000  | 2 000  | 2 000  | 2 000  | 10 000    | 100 000 000    |
| Assurer les frais de publication des résultats d'enquête et de recherche soient 9 par An   | forfait   | 9      | 150    | X | X | X | X | X | 1 350     | 1 350  | 1 350  | 1 350  | 1 350  | 6 750     | 67 500 000     |
| Evaluer le potentiel de savoir traditionnel sur les MNT (mener des enquêtes ethno médicales/ethnobotaniques) pendant 10 jours avec 16 cadres   | pers/jour | 160    | 100    |   | X |   |   | X | -         | 16 000 | -      | 16 000 | -      | 32 000    | 320 000 000    |

|   |           |     |       |   |   |   |   |   |   |        |        |        |        |        |         |               |
|---|-----------|-----|-------|---|---|---|---|---|---|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------------|
| Mettre en place un comité scientifique sur MNT  | forfait   | 1   | 2 000 |   |   | X |   |   |   | -      | -      | 2 000  | -      | -      | 2 000   | 20 000 000    |
| <b>Action prioritaire : Développer la surveillance des MNT à base communautaire</b>   |           |     |       |   |   |   |   |   |   |        |        |        |        |        |         |               |
| Former chaque année 40 points focaux dans les communautés pour l'enregistrement et le rapportage des cas de décès survenus dans la communauté pendant 3 jours   | pers/jour | 120 | 100   | X | X | X | X | X |   | 12 000 | 12 000 | 12 000 | 12 000 | 12 000 | 60 000  | 600 000 000   |
| Doter 40 Points focaux par An de dispositif d'enregistrement des décès survenus dans les communautés (registres, portatif informatisé, etc.,)   | lot       | 40  | 150   | X | X | X | X | X |   | 6 000  | 6 000  | 6 000  | 6 000  | 6 000  | 30 000  | 300 000 000   |
|   |           |     |       |   |   |   |   |   |   | -      | -      | -      | -      | -      | -       | -             |
| <b>Axe Stratégique 5 : Amélioration des activités financement des de lutte contre les Maladies Non Transmissibles</b>   |           |     |       |   |   |   |   |   |   |        |        |        |        |        |         |               |
| <b>Résultat attendu : D'ici 2025, au moins 85% des ressources nécessaires à la mise en œuvre du PSN –MNT sont mobilisées</b>  |           |     |       |   |   |   |   |   |   |        |        |        |        |        |         |               |
| <b>Stratégie d'intervention : Renforcement de la mobilisation des ressources en faveur de la lutte contre les MNT</b>   |           |     |       |   |   |   |   |   |   |        |        |        |        |        |         |               |
| <b>Action prioritaire : Renforcer les capacités de mobilisation des ressources du Programme MNT</b>   |           |     |       |   |   |   |   |   |   |        |        |        |        |        |         |               |
| Faire la cartographie des acteurs impliqués (interventions et intervenants) dans la lutte contre les MNT en l'An 2 et l'An 5  | forfait   | 1   | 3 000 |   |   | X |   | X |   | -      | 3 000  | -      | -      | 3 000  | 6 000   | 60 000 000    |
| Mettre en place un comité multisectoriel de mobilisation de ressources en faveur des MNT et de suivi de la mise en œuvre  | forfait   | 1   | 2 000 |   |   | X |   |   |   | -      | 2 000  | -      | -      | -      | 2 000   | 20 000 000    |
| Former 25 cadres par An de l'An 2 à l'An 5 en techniques de plaidoyer pour la mobilisation de ressources pendant 4 jours Hors Conakry   | pers/jour | 100 | 100   |   |   | X | X | X | X | -      | 10 000 | 10 000 | 10 000 | 10 000 | 40 000  | 400 000 000   |
| Former 50 champions des régions administratives y compris Conakry pour le plaidoyer soient 2 régions par An de l'An 2 à l'An 5  | pers/jour | 400 | 100   |   |   | X | X | X | X | -      | 40 000 | 40 000 | 40 000 | 40 000 | 160 000 | 1 600 000 000 |
| <b>Action prioritaire : Augmenter de 50% par An à partir de 2020 la part du BND allouée à la lutte contre les MNT</b>   |           |     |       |   |   |   |   |   |   |        |        |        |        |        |         |               |
| Elaborer un Plan de mobilisation des ressources en faveur des MNT avec 40 participants pendant 5 jours hors Conakry avec l'appui d'1 consultant recruté pour 20 jours   | pers/jour | 200 | 200   |   |   | X |   |   |   | -      | 40 000 | -      | -      | -      | 40 000  | 400 000 000   |
| Faire 2 plaidoyers annuels à l'Assemblée nationale pour augmenter de 50% chaque année des ressources domestiques (BND) allouée aux MNT de l'An 1 à l'An 5   | forfait   | 2   | 1 000 | X | X | X | X | X |   | 2 000  | 2 000  | 2 000  | 2 000  | 2 000  | 10 000  | 100 000 000   |
| Organiser un forum national de 3 jours par An pour la mobilisation de ressources en faveur des MNT avec 200 participants  | pers/jour | 600 | 50    | X | X | X | X | X |   | 30 000 | 30 000 | 30 000 | 30 000 | 30 000 | 150 000 | 1 500 000 000 |
| Organiser 2 Tables rondes d'un jour par An avec 100 Participants venus des Institutions/Entreprises/Sociétés minières, organisations nationales internationales bailleurs, Assurances et mutuelles pour un appui technique et financier aux MNT | pers/jour | 200 | 100   | X | X | X | X | X |   | 20 000 | 20 000 | 20 000 | 20 000 | 20 000 | 100 000 | 1 000 000 000 |

| <b>Action prioritaire : Taxer les produits nocifs pour la santé (tabac, alcool, produits sucrés, salé, gras,...), en faveur du financement de la lutte contre les MNT</b>   |            |     |         |  |   |   |   |   |   |         |         |         |         |         |           |                |
|---|------------|-----|---------|--|---|---|---|---|---|---------|---------|---------|---------|---------|-----------|----------------|
| En l'An 2, Elaborer/Réviser les textes de loi et des arrêtés conjoints pour Taxer les produits nocifs pour la santé (tabac, alcool, produits sucrés, salé, gras...) en faveur des MNT avec 30 participants pendant 6 jours hors Conakry avec l'appui d'1 consultant recruté pour 20 jours | pers/jour  | 180 | 200     |  | X |   |   |   |   | -       | 36 000  | -       | -       | -       | 36 000    | 360 000 000    |
| Vulgariser les textes pour taxer les produits nocifs pour la santé (tabac, alcool, produits sucrés, salé, gras...) en faveur des MNT en 2 sessions de 40 participants par An pendant 4 jours dans 2 régions de l'An 2 à l'An 5  | pers/jour  | 80  | 100     |  | X | X | X | X |   | -       | 8 000   | 8 000   | 8 000   | 8 000   | 32 000    | 320 000 000    |
|   |            |     |         |  |   |   |   |   |   | -       | -       | -       | -       | -       | -         | -              |
| <b>Axe Stratégique 6 : Amélioration de la gouvernance dans la lutte contre les Maladies Non Transmissibles</b>  |            |     |         |  |   |   |   |   |   |         |         |         |         |         |           |                |
| <b>Résultat attendu :</b> D'ici 2025, la fonctionnalité des organes et instances de coordination, de régulation et de redevabilité est de 80%   |            |     |         |  |   |   |   |   |   | -       | -       | -       | -       | -       | -         | -              |
| <b>Stratégie d'intervention : Renforcement de la coordination et des régulations dans la lutte contre les MNT et leurs facteurs de risques</b>  |            |     |         |  |   |   |   |   |   |         |         |         |         |         |           |                |
| <b>Action prioritaire : Actualiser le cadre organique des structures déconcentrées en vue de prendre en compte les MNT</b>  |            |     |         |  |   |   |   |   |   |         |         |         |         |         |           |                |
| En l'An 2, appuyer la révision des cadres organiques au niveau décentralisé en vue de prendre en compte les MNT   | forfait    | 1   | 1 000   |  | X |   |   |   |   | -       | 1 000   | -       | -       | -       | 1 000     | 10 000 000     |
| Vulgariser les cadres organiques validés pour le niveau décentralisé en vue de prendre en compte les MNT avec 100 participants hors Conakry pendant 3 jours 1 fois par An de l'An 2 à l'An 5  | forfait    | 300 | 100     |  | X | X | X | X |   | -       | 30 000  | 30 000  | 30 000  | 30 000  | 120 000   | 1 200 000 000  |
| <b>Action prioritaire : Créer et rendre fonctionnel le Comité multisectoriel de lutte contre les MNT</b>  |            |     |         |  |   |   |   |   |   |         |         |         |         |         |           |                |
| Prendre un arrêté conjoint pour la création du comité multisectoriel de lutte contre les MNT  | PM         |     |         |  | X |   |   |   |   | -       | -       | -       | -       | -       | -         | -              |
| Vulgariser les textes de création du comité multisectoriel à tous les niveaux avec 100 participants hors Conakry pendant 3 jours en l'An 2 et l'An 4  | pers/jour  | 300 | 100     |  | X |   | 2 |   |   | -       | 30 000  | -       | 60 000  | -       | 90 000    | 900 000 000    |
| Former les membres du comité multisectoriel sur la gouvernance, le management/Leadership et le suivi/évaluation soient 50 par An de l'An 2 à l'An 5 en 1 session de 5 jours   | pers/jour  | 250 | 100     |  | X | X | X | X |   | -       | 25 000  | 25 000  | 25 000  | 25 000  | 100 000   | 1 000 000 000  |
| Doter le comité multisectoriel d'un budget de fonctionnement  | forfait/An | 1   | 200 000 |  | X | X | X | X | X | 200 000 | 200 000 | 200 000 | 200 000 | 200 000 | 1 000 000 | 10 000 000 000 |
| Etablir un contrat d'objectif de prestation et de service avec le comité multisectoriel   | forfait    | 1   | 15 000  |  | X | X | X | X | X | 15 000  | 15 000  | 15 000  | 15 000  | 15 000  | 75 000    | 750 000 000    |
| Organiser 1 session de 2 jours à Conakry avec 50 participants pour mettre en place un comité multisectoriel de lutte contre les MNT   | pers/jour  | 100 | 100     |  | X |   |   |   |   | 10 000  | -       | -       | -       | -       | 10 000    | 100 000 000    |
| Organiser 4 réunions de coordination (1 réunion par trimestre) de suivi de la mise en œuvre du Plan stratégique avec 60 participants pendant 3 jours  | pers/jour  | 720 | 100     |  | X | X | X | X | X | 72 000  | 72 000  | 72 000  | 72 000  | 72 000  | 360 000   | 3 600 000 000  |

**Action prioritaire : Renforcement de capacité de planification, de mise en œuvre et de suivi/évaluation de programme/projet**

|  |            |       |        |   |   |   |   |   |         |         |         |         |         |         |               |
|--|------------|-------|--------|---|---|---|---|---|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------------|
| Former 12 cadres du programme MNT pendant 3 semaines sur le processus de planification, de mise en œuvre et de suivi/évaluation de programme/projet par An   | pers/jour  | 252   | 600    | X | X | X | X | X | 151 200 | 126 000 | 126 000 | 126 000 | 126 000 | 655 200 | 6 552 000 000 |
| Elaborer un Plan de Suivi/Evaluation des activités du Programme pendant 5 jours hors Conakry avec 30 participants avec l'appui d'1 consultant recruté pour 20 jours  | pers/jour  | 150   | 200    | X |   |   |   |   | 30 000  | -       | -       | -       | -       | 30 000  | 300 000 000   |
| Elaborer chaque année un plan d'action opérationnel avec 25 participants pendant 5 jours   | pers/jour  | 125   | 100    | X | X | X | X | X | 12 500  | 12 500  | 12 500  | 12 500  | 12 500  | 62 500  | 625 000 000   |
| Participer à l'élaboration des PAO des structures centrales et déconcentrées chaque année  | PM         |       |        |   |   |   |   |   | -       | -       | -       | -       | -       | -       | -             |
| Organiser 8 ateliers régionaux de 2 jours avec 30 participants par région pour vulgariser le Plan stratégique de lutte contre les MNT en l'An 1 et l'An 4  | pers/jour  | 480   | 100    | X |   |   | X |   | 48 000  | -       | -       | 48 000  | -       | 96 000  | 960 000 000   |
| Organiser 1 fois par mois la réunion technique de coordination avec les partenaires soient 100 participants pendant 2 jours  | pers/jour  | 2 400 | 50     | X | X | X | X | X | 120 000 | 120 000 | 120 000 | 120 000 | 120 000 | 600 000 | 6 000 000 000 |
| Organiser 2 revues du plan stratégique (2022 et 2025) avec 55 participants pendant 4 jours hors Conakry  | pers/jour  | 220   | 100    |   |   | X |   | X | -       | -       | 22 000  | -       | 22 000  | 44 000  | 440 000 000   |
| Organiser des supervisions trimestrielles des activités par 16 cadres pendant 15 jours dans les régions et districts y compris les structures sanitaires   | pers/jour  | 960   | 100    | X | X | X | X | X | 96 000  | 96 000  | 96 000  | 96 000  | 96 000  | 480 000 | 4 800 000 000 |
| Participer à la supervision semestrielle intégrée et conjointe du Ministère de la santé avec 4 cadres pendant 15 jours   | pers/jour  | 120   | 100    | X | X | X | X | X | 12 000  | 12 000  | 12 000  | 12 000  | 12 000  | 60 000  | 600 000 000   |
| Organiser un atelier d'élaboration du monitoring des MNT à intégrer dans le monitoring national avec 25 personnes pendant 5 jours hors Conakry en l'An 2 et l'An 4   | pers/jour  | 125   | 100    |   | X |   | X |   | -       | 12 500  | -       | 12 500  | -       | 25 000  | 250 000 000   |
| Intégrer les modules MNT dans la prévention et la prise en charge des maladies chroniques transmissibles et la santé maternelle  | forfait    | 1     | 30 000 |   | X |   | X |   | -       | 30 000  | -       | 30 000  | -       | 60 000  | 600 000 000   |
| Prendre en charge les frais de participation aux rencontres sous régionales, régionales et internationales pour 5 cadres du Programme par An   | forfait/An | 5     | 4 000  | X | X | X | X | X | 20 000  | 20 000  | 20 000  | 20 000  | 20 000  | 100 000 | 1 000 000 000 |
| Réaliser 2 voyages d'étude par An pour 8 cadres  | forfait/An | 16    | 5 000  | X | X | X | X | X | 80 000  | 80 000  | 80 000  | 80 000  | 80 000  | 400 000 | 4 000 000 000 |
| <b>Action prioritaire : Elaborer les textes législatifs et règlementaires pour réduire l'impact des facteurs de risque des MNT</b>   |            |       |        |   |   |   |   |   |         |         |         |         |         |         |               |
| Plaidoyer pour Intégrer les MNT dans le code de santé publique   | PM         |       |        | X | X | X | X | X | -       | -       | -       | -       | -       | -       | -             |
| Elaboration et la mise en œuvre de la législation et de la réglementation pour réduire l'impact de la consommation des boissons sucrées et des aliments riches en graisses saturées, l'usage nocif de l'alcool et du tabac | forfait    | 1     | 50 000 | X | X | X | X | X | 50 000  | 50 000  | 50 000  | 50 000  | 50 000  | 250 000 | 2 500 000 000 |

| <b>Action prioritaire : Organiser une revue annuelle des activités de MNT</b>   |              |       |        |           |           |           |           |           |                  |                  |                  |                  |                  |                   |                        |  |
|---|--------------|-------|--------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|-------------------|------------------------|--|
| Organiser 1 réunion annuelle de revue de l'offre de soins MNT au niveau primaire et secondaire avec les responsables des formations sanitaires du premier niveau avec 100 participants pendant 4 jours hors Conakry | pers/jour    | 400   | 100    | X         | X         | X         | X         | X         | 40 000           | 40 000           | 40 000           | 40 000           | 40 000           | 200 000           | 2 000 000 000          |  |
| <b>Action prioritaire : Acquérir des moyens logistiques pour la coordination et le suivi des activités de lutte contre les MNT</b>  |              |       |        |           |           |           |           |           |                  |                  |                  |                  |                  |                   |                        |  |
| Acheter 6 Véhicules 4*4 pour la coordination et la Supervision des activités de Lutte contre les MNT  | unité        | 6     | 45 000 | X         |           |           |           |           | 270 000          | -                | -                | -                | -                | 270 000           | 2 700 000 000          |  |
| Acheter 9 Véhicules 4*4 soit 1 pour chaque Unité du programme afin de renforcer la coordination et la supervision des activités de Lutte contre les MNT   | unité        | 9     | 45 000 | X         | X         | X         | X         | X         | 405 000          | 405 000          | 405 000          | 405 000          | 405 000          | 2 025 000         | 20 250 000 000         |  |
| Assurer le carburant des véhicules et du groupe électrogène   | litre/An     | 1 800 | 1      | X         | X         | X         | X         | X         | 2 070            | 2 070            | 2 070            | 2 070            | 2 070            | 10 350            | 103 500 000            |  |
| Acheter 2 kits informatiques (4 ordinateurs, 4 imprimantes, 1 groupe électrogène)   | lot          | 2     | 10 000 | X         |           |           |           |           | 20 000           | -                | -                | -                | -                | 20 000            | 200 000 000            |  |
| Doter les 9 Unités du Programme en kits informatiques (2 ordinateurs, 2 imprimantes)  | lot          | 9     | 4 000  | X         | X         | X         | X         | X         | 36 000           | 36 000           | 36 000           | 36 000           | 36 000           | 180 000           | 1 800 000 000          |  |
| Acheter 4 immobiliers de bureau pour la coordination en l'An 1  | unité        | 4     | 500    | X         |           |           |           |           | 2 000            | -                | -                | -                | -                | 2 000             | 20 000 000             |  |
| Installer un réseau internet et assurer la connexion internet pour la coordination chaque mois  | forfait      | 12    | 150    | X         | X         | X         | X         | X         | 1 800            | 1 800            | 1 800            | 1 800            | 1 800            | 9 000             | 90 000 000             |  |
| Construire/rénover les locaux du programme en l'An 2 et en l'An 5   | forfait      | 1     | 40 000 |           | X         |           |           | X         | -                | 40 000           | -                | -                | 40 000           | 80 000            | 800 000 000            |  |
| Assurer les primes mensuelles pendant 5 ans pour 2 cadres (1 responsables de suivi/évaluation et 1 chargé de communication)   | forfait/mois | 24    | 500    | X         | X         | X         | X         | X         | 12 000           | 12 000           | 12 000           | 12 000           | 12 000           | 60 000            | 600 000 000            |  |
| <b>Total</b>  |              |       |        | <b>64</b> | <b>76</b> | <b>60</b> | <b>70</b> | <b>63</b> | <b>6 104 120</b> | <b>3 715 720</b> | <b>3 428 720</b> | <b>3 630 920</b> | <b>3 515 720</b> | <b>20 395 200</b> | <b>203 952 000 000</b> |  |

## Annexe 2 : Liste des journées mondiales dédiées aux MNT et leurs facteurs de risque

Tableau 6 : Calendrier des journées mondiales dédiées aux MNT et à leurs facteurs de risque

| N°  | Dénomination des Journées Mondiales  | Date                           |
|-----|--|--------------------------------|
| 1.  | Journée mondiale contre les <u>Broncho-Pneumopathies Chroniques Obstructives</u> | 20 novembre                    |
| 2.  | Journée mondiale de lutte contre le <u>Diabète (JMD)</u>                         | 14 Novembre                    |
| 3.  | Journée mondiale de lutte contre <u>la douleur</u>                               | 17 octobre                     |
| 4.  | Journée nationale de lutte contre les <u>toxicomanies</u>                        | 15 octobre                     |
| 5.  | Journée mondiale de lutte contre le <u>handicap</u>                              | 9 octobre                      |
| 6.  | Journée mondiale de la Vue   | 2 <sup>ème</sup> jeudi octobre |
| 7.  | Journée mondiale du <u>cœur</u>  | 29 septembre                   |
| 8.  | Journée mondiale des <u>sourds</u>   | 29 septembre                   |
| 9.  | Journée mondiale de <u>prévention du suicide</u>                                 | 10 septembre                   |
| 10. | Journée mondiale de lutte contre la Drépanocytose                                | 19 juin                        |
| 11. | Journée mondiale sans <u>tabac</u>   | 31 mai                         |
| 12. | Journée mondiale contre <u>l'hypertension</u>                                    | 14 mai                         |
| 13. | Journée mondiale de lutte contre <u>l'asthme</u>                                 | 6 mai                          |
| 14. | Journée nationale du dépistage du <u>cancer de la peau</u>                       | 2 mai                          |
| 15. | Journée mondiale de <u>l'audition</u>  | 3 mars                         |
| 16. | Journée mondiale du <u>rein</u>  | 10 mars                        |
| 17. | Journée mondiale contre le <u>cancer</u>   | 4 février                      |
| 18. | Journée de la <u>Santé Mentale</u>   | Novembre                       |
| 19. | Journée internationale de <u>l'épilepsie</u>                                     | Février                        |
| 20. | Journée internationale du <u>cancer de l'enfant</u>                              | Février                        |
| 21. | Journée internationale contre <u>l'abus et le trafic de drogue</u>               | Juin                           |
| 22. | Semaine mondiale des Nations Unies pour la <u>sécurité routière</u>              | Mai                            |
| 23. | Journée mondiale de <u>l'Accident Vasculaire Cérébral (AVC)</u>                  | Octobre                        |
| 24. | Journée internationale de la <u>non-violence</u>                                 | Octobre                        |

## Annexe 3 : Principaux partenaires et domaines d'intervention dans la lutte contre les MNT en Guinée

Tableau 7 : Principaux partenaires et domaines d'intervention dans la lutte contre les MNT en Guinée

| Partenaires   | Domaines d'intervention   |
|---|---|
| AGEAD   | Membre de la Fédération Internationale du Diabète. Plaidoyer, Lutte contre le diabète, renforcement des capacités des associations et des prestataires de soins. Développement des unités de soins.   |
| AGLTSNS (Association Guinéen de Lutte contre le Traumatisme et du Système Nerveux et Séquelle)  | Sensibilisation   |
| AGRETO  | Réinsertion et Soutien psychosocial   |
| AGUR France   | Appui technique du Ministère de la Santé dans la formation continue du personnel, la prise en Charge Insuffisance Rénale Chronique, la prévention des maladies rénales chroniques   |
| Ambassade des Etats-Unis  | Formation en Neurochirurgie   |
| Association d'aide aux malades cardiaques   | Soutien aux malades, Offre de soins spécialisés, Education des patients   |
| Association Guinéenne de Lutte Contre le Cancer (AGUICAN)                                       | Membre de l'union internationale contre le cancer (UICC) et de l'alliance des ligues méditerranéennes contre le cancer (ALIAM). Plaidoyer, Lutte contre le cancer, renforcement des capacités des structures et des prestataires de soins. Développement des unités de soins et dépistage |
| Banque Islamique de Développement (BID)   | Deuxième Génération de l'Alliance 2020-2024   |
| Bien vivre avec l'épilepsie   | Sensibilisation, Formation et Prise en charge   |
| Bloomberg Philanthropies  | Formation en Neurochirurgie et Equipement neurochirurgie  |
| Christoffel Blinde Mission (CBM)  | Formation, renforcement des compétences, équipement, prise en charge des cas, appui institutionnel  |
| Croix rouge   | Formation premiers secours et Prise en charge   |
| Faculté des sciences techniques de Santé d'Abomey-CALAVI  | Formation   |
| Fédération Internationale du Diabète  | Soutien et Partenariat avec l'AGEAD.  |
| Fédération Internationale du Diabète. Région Afrique  | Soutien et Partenariat avec les associations locales (AGEAD et Fondation Diabète MNT). Développement des soins à travers l'initiative ACCESS  |
| FNUAP   | Mère, Grossesse, Accouchement   |
| Fondation de lutte Contre le Diabète et les Maladies Non Transmissibles (Fondation Diabète MNT) | Plaidoyer, Sensibilisation, Dépistage, Mobilisation des ressources, Formation des personnels de santé, Équipement des unités de soins, Suivi/Évaluation des activités de terrain, Recherche opérationnelle. Développement des unités de soins. Membre de NCD Alliance.                    |
| Fondation Mondiale du Diabète (World Diabetes Foundation)                                       | Partenariat et Soutien aux Associations locales de lutte contre le diabète (AGEAD et Fondation Diabète MNT).  |
| Fondation Pierre Fabre/France   | Signature de convention de financement d'équipement et de fonctionnement du Centre médical Prise en charge de la Drépanocytose<br>Lutte contre la drépanocytose   |

|   |   |
|---|---|
| Fraternité Médicale de Guinée (FMG)   | Réinsertion et Soutien psychosocial   |
| Génération Sans Tabac - Guinée  | Sensibilisation, formation sur le tabac et dérivés  |
| GIZ   | Formation en Neurochirurgie et Equipement   |
| Guinée Alumina Corporation (GAC) : filiale d'EGA / Centre National de Transfusion Sanguine  | Accord de financement de construction et d'équipement mobilier du Centre médical de Prise en charge de la Drépanocytose                                 |
| Helen Keller International (HKI)  | Lutte contre le trachome (TDM = traitement de masses)   |
| Hôpital Saint Gabriel de Matoto   | Suivi ambulatoire de patients diabétiques de Conakry  |
| Institut de Neurochirurgie Bourdenko Moscou   | Formation en Neurochirurgie   |
| Les enfants du NOMA/France  | Signature de convention   |
| NADI AL BASSAR  | Lutte contre la cataracte   |
| Novo Nordisk - Partenariat CDiC (Changing Diabetes in Children, Changer l'avenir des enfants diabétiques en Guinée)   | Partenariat avec le Ministère de la Santé. Prise en charge du Diabète de type 1, Registre du diabète de type 1, Plaidoyer, Promotion de la santé        |
| OIM   | Réinsertion et Soutien psychosocial   |
| OMS   | Tout domaine MNT, soutien principal du programme MNT  |
| ONG Guinée Solidarité Conakry Bordeaux/France   | Soutien aux initiatives locales. Dons.  |
| ONG/Associations  | Plaidoyer/Sensibilisation/Accompagnement des patients   |
| OOAS  | Tout domaine MNT, à ce jour aucune activité soutenue  |
| Organisation pour la Prévention de la Cécité (OPC)/ Fondation Lions Club International  | Formation, renforcement des compétences, équipement et logistique, prise en charge des cas, appui institutionnel, programmes complets de santé oculaire |
| PNUD  | Intégration MNT dans les politiques sectorielles de développement, UNDAF  |
| Protégeons notre cœur Tabala  | Sensibilisation, Dépistage et Prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaire   |
| Réseau Guinéen des Organisations des Personnes Handicapées pour la Promotion de la Convention Internationale sur les Droits des Personnes Handicapées (ROPACIDPH) | Prévention et Prise en charge de la surdité   |
| Secrétariat général chargé des services spéciaux, de la lutte contre la drogue et du crime organisé   | Répression drogue et du crime organisé  |
| SIGHTSAVERS   | Formation, renforcement des compétences, équipement et logistique, prise en charge des cas, appui institutionnel, programmes complets de santé oculaire |
| Société Française de Neurochirurgie   | Formation en Neurochirurgie   |
| SOPAG   | Soins palliatifs en hospitalisation (CHU) et suivi à domicile   |
| SOS Drépanocytose   | Lutte contre la drépanocytose : plaidoyer, dépistage, soins en hôpital de jour  |
| UNICEF  | Enfance, Protection   |

Tableau 8 : Liste des participants à l'élaboration du PSNMMNT

| N°   | Institution                                  | Nom et Prénoms            | Phone     | Email  |
|--|--|---------------------------|-----------|--|
| <b>Services Centraux – Ministère de la Santé</b> |  |                           |           |  |
| 1.   | Conseiller Ministre de la Santé              | Dr Mohamed Lamine YANSANE | 622931389 | <a href="mailto:yansanelamine@yahoo.fr">yansanelamine@yahoo.fr</a>               |
| 2.   | Bureau Stratégie et Développement (BSD)      | Dr Abdoulaye KABA         | 620200486 | <a href="mailto:akaba71@gmail.com">akaba71@gmail.com</a>                         |
| 3.   | BSD  | Dr Yéro Boye CAMARA       | 621355094 | <a href="mailto:yeroboye@yahoo.fr">yeroboye@yahoo.fr</a>                         |
| 4.   | Service National de la Promotion de la Santé | Dr Fania CAMARA           | 628410778 | <a href="mailto:cibrahimafania@gmail.com">cibrahimafania@gmail.com</a>           |
| 5.   | DNEHS  | Dr Ahmed Tidiane BARRY    | 628581358 | <a href="mailto:barryahmedtidiane56@gmail.com">barryahmedtidiane56@gmail.com</a> |
| 6.   | DN Pharmacie                                 | Dr Nagnouma SANO          | 622637710 | <a href="mailto:snagnouma@yahoo.fr">snagnouma@yahoo.fr</a>                       |
| 7.   | DN Laboratoire                               | Dr Binta BAH              | 622312684 | <a href="mailto:bintabah708@yahoo.fr">bintabah708@yahoo.fr</a>                   |
| 8.   | DN Santé Familiale/Nutrition                 | Dr Facély CAMARA          | 624278506 | <a href="mailto:facelyfr@yahoo.fr">facelyfr@yahoo.fr</a>                         |
| 9.   | DN Santé Communautaire                       | Dr FayaBruno TONGUINO     | 622145903 | <a href="mailto:fbtonguino@gmail.com">fbtonguino@gmail.com</a>                   |
| 10.  | DNGELM                                       | Dr Timothe GUILLAVOGUI    | 621083546 | <a href="mailto:gui-timothe@yahoo.fr">gui-timothe@yahoo.fr</a>                   |
| 11.  | DNGELM                                       | Dr Aissatou DIALLO        | 622556945 | <a href="mailto:diassat2005@yahoo.fr">diassat2005@yahoo.fr</a>                   |
| 12.  | DNGELM                                       | Dr Yacouba KANDE          | 622203287 | <a href="mailto:kandeyacouba@yahoo.fr">kandeyacouba@yahoo.fr</a>                 |
| 13.  | DNGELM                                       | Dr James RICHARD          | 628711712 | <a href="mailto:richard62sera@gmail.com">richard62sera@gmail.com</a>             |
| 14.  | Division MNT                                 | Dr Mamady CISSE           | 624103606 | <a href="mailto:mamadylaye@gmail.com">mamadylaye@gmail.com</a>                   |
| 15.  | Division MNT                                 | Pr Naby Moussa BALDE      | 622533319 | <a href="mailto:naby.balde@gmail.com">naby.balde@gmail.com</a>                   |
| 16.  | DNGELM                                       | Dr Aly CONDE              | 622470429 | <a href="mailto:alydouwa.cde@gmail.com">alydouwa.cde@gmail.com</a>               |
| 17.  | PCG  | Dr Hawa BARRY             | 622435337 | <a href="mailto:Barryalimou82@gmail.com">Barryalimou82@gmail.com</a>             |
| 18.  | Institut National de Santé Publique          | Pr Abdoulaye TOURE        | 623852658 | <a href="mailto:abdoulayetoure@insp.guinee">abdoulayetoure@insp.guinee</a>       |
| 19.  | Institut National de Santé Publique          | Dr Robert CAMARA          | 622931392 | <a href="mailto:Robertcam2005@yahoo.fr">Robertcam2005@yahoo.fr</a>               |
| <b>Programmes Maladies Non Transmissibles</b>    |  |                           |           |  |
| 20.  | Coordination PNLMNT                          | Dr Amadou KAKE            | 623361724 | <a href="mailto:amadoukake@gmail.com">amadoukake@gmail.com</a>                   |
| 21.  | Coordination PNLMNT                          | Dr Elhadj Zainoul BAH     | 628813594 | <a href="mailto:zainoul87@gmail.com">zainoul87@gmail.com</a>                     |
| 22.  | Coordination PNLMNT                          | Mlle Mariam Kefing Sylla  | 628730221 | <a href="mailto:marikefingsylla@gmail.com">marikefingsylla@gmail.com</a>         |
| 23.  | Coordination PNLMNT                          | Dr Abdoul Mazid DIALLO    | 664885842 | <a href="mailto:mazid3000@gmail.com">mazid3000@gmail.com</a>                     |
| 24.  | PNLMNT - Unité Cancérologie                  | Dr Malick BAH             | 621407497 | <a href="mailto:lickmadem@yahoo.fr">lickmadem@yahoo.fr</a>                       |
| 25.  | PNLMNT - Unité MCV                           | Pr Mamadou Dadhi BALDE    | 621213117 | <a href="mailto:profdadhi@gmail.com">profdadhi@gmail.com</a>                     |
| 26.  | PNLMNT - Unité MCV                           | Dr Elhadj Yaya BALDE      | 628049387 | <a href="mailto:Yaya0176balde@gmail.com">Yaya0176balde@gmail.com</a>             |
| 27.  | PNLMNT - Unité MRC                           | Pr CAMARA Lansana Mady    | 622440635 | <a href="mailto:camaralamady@yahoo.fr">camaralamady@yahoo.fr</a>                 |
| 28.  | PNLMNT - Unité Drépanocytose                 | Dr Mamady DRAME           | 628090437 | <a href="mailto:dramemamady@yahoo.fr">dramemamady@yahoo.fr</a>                   |

| N°   | Institution   | Nom et Prénoms            | Phone     | Email  |
|--|---|---------------------------|-----------|--|
| 29.  | PNLMNT - Unité Déficiences auditives  | Pr Alpha Oumar DIALLO     | 628529446 | <a href="mailto:dalphao@hotmail.com">dalphao@hotmail.com</a>                   |
| 30.  | PNLMNT - Unité Violences et traumatismes                                      | Dr Kézely BEAVOGUI        | 628430471 | <a href="mailto:drkezely@gmail.com">drkezely@gmail.com</a>                     |
| 31.  | PNLMNT - Unité Diabète  | Dr Mamadou Alpha DIALLO   | 622616819 | <a href="mailto:diallomalpha@gmail.com">diallomalpha@gmail.com</a>             |
| 32.  | PNLMNT - Unité Santé Mentale  | Dr Mariam BARRY           | 622597637 | <a href="mailto:soumaorokemo@gmail.com">soumaorokemo@gmail.com</a>             |
| 33.  | PNLMNT – Santé Oculaire   | Dr Pierre Louis Lama      | 621848036 | <a href="mailto:pierrelouislama@yahoo.fr">pierrelouislama@yahoo.fr</a>         |
| 34.  | PNLMTN  | Dr André GOEPOGUI         | 628518063 | <a href="mailto:agoep@yahoo.fr">agoep@yahoo.fr</a>                             |
| <b>Organisations de la Société Civile</b>        |   |                           |           |  |
| 35.  | Diabète (AGEAD)   | Dr Bah Maimouna SANGARE   | 622603469 | <a href="mailto:drmsangare@hotmail.fr">drmsangare@hotmail.fr</a>               |
| 36.  | Diabète (AGEAD)   | Mlle Bilguissa BALDE      | 620603904 | <a href="mailto:bilguissabalde1@gmail.com">bilguissabalde1@gmail.com</a>       |
| 37.  | Maladies Cardiovasculaires (Dialyse)  | Mr Karinka KOUROUMA       | 628295063 | <a href="mailto:Karinkakourouma25@gmail.com">Karinkakourouma25@gmail.com</a>   |
| 38.  | Cancer (AGUICAN), professionnel de santé                                      | Dr Mamady KEITA           | 628740497 | <a href="mailto:drmamadykeita1980@gmail.com">drmamadykeita1980@gmail.com</a>   |
| 39.  | Association Guinéenne de lutte contre les états séquellaires des traumatismes | Mme Aminata DIANE         | 622657879 | <a href="mailto:amitadiane24@gmail.com">amitadiane24@gmail.com</a>             |
| 40.  | Santé Oculaire  | Dr Nouhou Konkouré DIALLO | 623791095 | <a href="mailto:dnouhou@yahoo.fr">dnouhou@yahoo.fr</a>                         |
| <b>Autres Programmes – Ministère de la Santé</b> |   |                           |           |  |
| 41.  | Programme VIH/Hépatites   | Dr Laye Arouna SACKO      | 622484267 | <a href="mailto:layearounasacko@gmail.com">layearounasacko@gmail.com</a>       |
| 42.  | Programme Santé maternelle et infantile                                       | Dr Antoinette HELAL       | 628760390 | <a href="mailto:antoinettehelal2001@yahoo.fr">antoinettehelal2001@yahoo.fr</a> |
| 43.  | Paludisme   | Pr Alioune Camara         |           | <a href="mailto:aliounec@gmail.com">aliounec@gmail.com</a>                     |
| 44.  | Programme Elargi de Vaccination (PEV)   | Dr Aly CAMARA             | 620718020 | <a href="mailto:camaraly@gmail.com">camaraly@gmail.com</a>                     |
| <b>Assistant technique</b>                       |   |                           |           |  |
| 45.  | Facilitateur/Santé Plus   | Dr Alpha BARRY            | 622646480 | <a href="mailto:alphaguinea@gmail.com">alphaguinea@gmail.com</a>               |
| 46.  | Facilitateur  | Dr Emile TAMBA SANDOUNO   | 628115260 | <a href="mailto:emilesouna@gmail.com">emilesouna@gmail.com</a>                 |
| <b>Directions Régionales de la Santé</b>         |   |                           |           |  |
| 47.  | DCS Ratoma  | Dr Lamine KABA            | 629690472 | <a href="mailto:kabalamine2008@gmail.com">kabalamine2008@gmail.com</a>         |
| 48.  | DRS Kindia  | Dr Fakourou DANSOKO       | 622941756 | <a href="mailto:fakrounabou@gmail.com">fakrounabou@gmail.com</a>               |
| 49.  | DPS Kindia  | Dr Mory TOGBA             | 628186901 | <a href="mailto:togbamory@gmail.com">togbamory@gmail.com</a>                   |
| <b>Départements Ministériels</b>                 |   |                           |           |  |
| 50.  | Ministère de l'enseignement Supérieur (Direction Nationale de la Recherche)   | Pr Mamadou Aliou BALDE    | 664266089 | <a href="mailto:bamaliou2002@yahoo.fr">bamaliou2002@yahoo.fr</a>               |
| 51.  | Ministère du Commerce : Direction de Contrôle qualité                         | Mr Yali Sékou CAMARA      | 621814007 | <a href="mailto:yalisekoucamara@gmail.com">yalisekoucamara@gmail.com</a>       |

| N°         | Institution   | Nom et Prénoms                 | Phone     | Email  |
|------------|---|--------------------------------|-----------|--|
| 52.        | Service de Santé de l'Armée (section épidémiologie et de sante publique des Armées) | Médecin Cdt Diaman NDIAYE      | 628741408 | <a href="mailto:sespdia@yahoo.com">sespdia@yahoo.com</a>                       |
| 53.        | Ministère de la Justice   | Mr Mamady KEITA                | 628477012 | <a href="mailto:mamadykeita059@gmail.com">mamadykeita059@gmail.com</a>         |
| 54.        | Ministre de la Jeunesse / DG / BSD  | Mr Boubacar BALDE              | 621374461 | <a href="mailto:kirdi59@gmail.com">kirdi59@gmail.com</a>                       |
| 55.        | MATD/DND : Direction Nationale de l'administration du territoire                    | Mme Mariama CISSOKO            | 628508752 | <a href="mailto:cissokomariama@gmail.com">cissokomariama@gmail.com</a>         |
| 56.        | Ministère de l'Agriculture (BSD)  | Thierno Mamadou Mouctar DIALLO | 664810722 | <a href="mailto:thiernomouctar554@gmail.com">thiernomouctar554@gmail.com</a>   |
| 57.        | Ministère du Commerce/DNCIC   | Alpha Ousmane DIAKITE          | 628314822 | <a href="mailto:alphaohamanadiak@gmail.com">alphaohamanadiak@gmail.com</a>     |
| 58.        | Ministère de la Sécurité / Protection civile  | Cheick Abdourahamane CAMARA    | 620614671 |  |
| 59.        | Ministère du Sport  | Mr Sékou BAYO                  | 621651225 | <a href="mailto:senybayo25@yahoo.com">senybayo25@yahoo.com</a>                 |
| 60.        | Ministère de la Sécurité / Office Central Antidroque (ACAD)                         | Colonel Aboubacar MARA         | 624630992 | <a href="mailto:abouback010@gamil.com">abouback010@gamil.com</a>               |
| 61.        | Conseiller Santé de Monsieur le 1 <sup>er</sup> Ministre                            | Dr Yanoussa BALLO              | 628127373 | <a href="mailto:Balloyounoussa14@gmail.com">Balloyounoussa14@gmail.com</a>     |
| 62.        | Ministère de la Communication : RTG (Direction Générale), Koloma                    | Mme Hadiatou BARRY             | 628436541 | <a href="mailto:Bhadiatou90@gmail.com">Bhadiatou90@gmail.com</a>               |
|            | Santé Scolaire  | Kadiatou BANGOURA              | 625242346 | <a href="mailto:Kadiatoubangoura83@gmail.com">Kadiatoubangoura83@gmail.com</a> |
| 63.        | Faculté des Sciences et techniques de la santé                                      | Pr Mandy Kader                 | 628014292 | <a href="mailto:kaderkonde@gmail.com">kaderkonde@gmail.com</a>                 |
| <b>PTF</b> |   |                                |           |  |
| 64.        | OMS   | Dr BARRY Ahmadou               | 622729221 | <a href="mailto:abarry@who.int">abarry@who.int</a>                             |
| 65.        | CRS   | Dr Mamadi KOULIBALY            | 622248967 | <a href="mailto:mamadikoulibaly@crs.org">mamadikoulibaly@crs.org</a>           |
| 66.        | UNICEF  | Dr Lanfia TOURE                | 622364929 | <a href="mailto:ltoure@unicef.org">ltoure@unicef.org</a>                       |
| 67.        | GIZ/SONOCO  | Marc MORAY                     | 624453213 | <a href="mailto:marc.moray@mciproupe.com">marc.moray@mciproupe.com</a>         |
| 68.        | GIZ/conseiller technique  | Dr Mouctar BAYO                | 623276259 | <a href="mailto:mouctar.bayo@giz.be">mouctar.bayo@giz.be</a>                   |
| 69.        | Banque Mondiale/PRSCS   | Dr Mamadou CONDE               | 622212011 | <a href="mailto:negropadre@yahoo.fr">negropadre@yahoo.fr</a>                   |
| 70.        | Chambre des Mines   | Dr Bintou Diallo               | 622193586 | <a href="mailto:diallobintou4@gmail.com">diallobintou4@gmail.com</a>           |

## Références

1. Ministère de la Santé. Politique Nationale de la Santé. 2001;24.
2. Ministère de la Santé. Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2015 - 2024. 2015;1–56.
3. OMS (organisation mondiale de la Santé). Rapport sur la Situation des maladies non transmissibles. 2014.
4. WHO. Atlas of African Health Statistics 2018. 2018.
5. OMS. Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. [Http://WhqlibdocWhoInt/Publications/2003/9242591017Pdf?Ua=1](http://whqlibdoc.who.int/Publications/2003/9242591017.pdf?ua=1). 2005;
6. OMS. Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé. 2004;2002:1–23.
7. OMS. Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool. 2007;
8. OMS. Projet de plan d'action pour la lutte contre les maladies non transmissibles (2013-2020). 2013.
9. Ministère de la Santé. Guinée (Conakry et Basse Guinée) Enquête STEPS 2009 Note de synthèse Guinée (Conakry et Basse Guinée) Enquête STEPS 2009 Note de Synthèse. 2010;6–7.
10. MS W. Programme National Intégré de Prévention et de Contrôle des MNT Guinée.
11. OOAS. Plan stratégique régional de lutte contre les maladies non transmissibles dans l'espace CEDEAO, 2016 - 2020. 2016.
12. MS C d'Ivoire. Plan stratégique de lutte contre les Maladies Chroniques Non Transmissibles. Ministère la Santé,. 2011;
13. Ministère de la Santé B. Plan stratégique intégré lutte contre les maladies non transmissibles 2016-2020. 2020.
14. Health MOF. Rwanda Non- communicable Diseases National Strategic Plan. 2019;(June).
15. Institut National de la Statistique - Guinée. RGPH-2014. 2015;1–15.
16. (WHO) WHO. Global status report on road safety. 2018. 430–439 p.
17. Unies N. La vraie richesse des nations : Les chemins du développement humain. 2010.
18. Agency CI. Africa : Guinea — The World Factbook - [Internet]. [cited 2019 Jul 31]. Available from: <https://www.cia.gov/library/publications/resources/the-world-factbook/geos/gv.html>
19. L'Agriculture M de. Plan national d'investissement agricole et de sécurité alimentaire. 2017;
20. L'Élevage M de. Présentation Sectorielle : Elevage. 2014;1–3.
21. Ministère de la Pêche. plan-de-peche-2016-definitif-paraphe-ventile-mpa-loua.pdf.
22. Institut National de la Statistique. Tableau de bord social 2017. 2019;171p.
23. Jeunesse M de la. Plan-stratégique-de-développement-de-la-jeunesse-et-des-sports. 2010.
24. Transport M du. Rapport Final du Plan National du Transport. 2001;1–16.
25. Institut National de la Statistique. Guinée Enquête par grappes à indicateurs multiples MICS 2016. 2017;
26. Santé M de la. Rapport de l'Enquête mondiale sur le tabagisme chez les jeunes GYTS en Guinée. *Acta radiol.* 2009;11(S304):5–6.
27. Institut National de la Statistique (INS) et ICF. Enquête Démographique et de Santé en Guinée 2018. 2018;650.
28. Unies N. Conseil économique et social I. Présentation géographique. 2020;1–30.
29. Ministère de la Santé. Rapport globale d'enquête MNT 2019. Conakry; 2019.
30. Balde NM, Camara A, Diallo AA, Kake A, Diallo AM, Diakite M, et al. Prevalence and awareness of diabetes in Guinea: Findings from a WHO STEPS. *J Endocrinol Metab Diabetes South Africa.* 2017;22(3):36–42.
31. Camara A, Baldé NM, Sobngwi-Tambekou J, Kengne AP, Diallo MM, Tchatchoua APK, et al. Poor glycemic control in type 2 diabetes in the South of the Sahara: The issue of limited access to an HbA1c test. *Diabetes Res Clin Pract.* 2015;108(1):187–92.
32. Baldé MD, Baldé NM, Condé M CM. Atteintes cardiaques au cours du diabète: étude de 112 cas. *Guinée Médicale.* 2000;29:1–5.
33. Baldé NM, Goépogui A, Condé B, Sangaré-Bah M, Diallo B, Doukouré N SH. Les lésions ophtalmologiques au cours du diabète au CHU de Donka. *Guinée Médicale.* 2001;32:25–31.
34. Balde NM, Kaké A, Diallo AB, Condé B, Camara A DiM. Pied Diabétique: Facteurs de risque dans le Service de Diabétologie du CHU de Donka. *Le Bénin Médicale.* 2005;30:52–5.
35. Baldé NM, Diallo AB, Baldé MC, Kaké A, Diallo MM, Diallo MB, et al. Dysfonction érectile et diabète: Fréquence et profil clinique à partir de 200 observations. *Andrologie.* 2012;22(2):96–101.
36. Baldé NM, Camara IV, Bah NM, Diallo MM, Baldé MC, Diallo MS DA. Prévalence du diabète gestationnel en Guinée. *Diabetes Metab.* 2007;33(1):119–20.
37. Camara A, Baldé NM, Diakité M, Sylla D, Baldé EH, Kengne AP, et al. High prevalence, low awareness, treatment and control rates of hypertension in Guinea: Results from a population-based STEPS survey. *J Hum Hypertens.* 2016;30(4):237–44.
38. de Terline DM, Kane A, Kramoh KE, Toure IA, Mipinda JB, Diop IB, et al. Factors associated with poor adherence to medication among hypertensive patients in twelve low and middle income Sub-Saharan countries. *PLoS One.* 2019;14(7):1–14.
39. Service de Cardiologie. Statistiques. Rapport de Monitorage. 2018.
40. Leyvraz M, Mizéhoum-Adissoda C, Houinato D, Baldé NM, Damasceno A, Viswanathan B, et al. Food consumption, knowledge, attitudes, and practices related to salt in urban areas in five sub-saharan African countries. *Nutrients.* 2018;10(8).
41. Neurologie S de. Statistique. Rapport de Monitorage. 2018.
42. Asserraji M, Maoujoud O, Belarbi M, Oualim Z. Profil épidémiologique de l'insuffisance rénale terminale à l'hôpital Militaire de Rabat, Maroc. *Pan Afr Med J.* 2015;20:2616–22.
43. Kaba ML. of Kidney Diseases and Transplantation Letter to the Editor Risk Factors for Chronic Kidney Disease among

- Patients admitted to the Medical Wards in Conakry. *Saudi J Kidney Dis Transpl.* 2016;27(5):1073–5.
44. Bah AO. Prise en charge néphrologique tardive et morbidité par insuffisance rénale chronique en Guinée Facteurs de risque de maladie rénale compensée ( ANRS CO12 cirvir cohorte. *Nephrol Ther.* 12(5):375.
  45. Traoré Bangaly. Caractéristiques anatomo-Cliniques des Cancers Cutanés à l'unité de Chirurgie Oncologique du Chu de Conakry. *Rev CAMES-Santé.* 2016;4:78–82.
  46. Koulibaly M, Kabba IS, Cissé A, Diallo SB, Diallo MB, Keita N, et al. Cancer incidence in Conakry, Guinea: First results from the Cancer Registry 1992-1995. *Int J Cancer.* 1997;70(1):39–45.
  47. Koulibaly M. Guinea - Registre de Cancer de Guinée. African Cancer register network. 1990.
  48. Pathé DM. Rapport d'activité GTAOP. 2015.
  49. Traore B, Toure A, Sy T, Dieng MM, Condé M, Deme A, et al. Prognosis of Breast Cancer Patients Underwent Surgery in a Developing Country. *J Cancer Ther.* 2015;06(09):803–10.
  50. Traoré B, Koulibaly M, Diallo A, Bah M. Molecular profile of breast cancers in Guinean oncological settings. *Pan Afr Med J.* 2019;33:1–8.
  51. OMS. OMS | Prévention des maladies chroniques: un investissement vital. Who. 2015;
  52. Diallo M. Fréquence de l'asthme à la consultation primaire curative dans les structures sanitaires de bases de Conakry. Koffi Annan; 2019.
  53. Bf S, Baya B, Soumaré D, Ouattara K, Kanouté T, Baye MO, et al. Article Original Epidémiologie des patients décédés en pneumologie Caractéristiques épidémiologique et diagnostique des patients décédés au service de pneumophtisiologie du centre hospitalier universitaire du point g. pneumophtisiologie department at. *Rev Malienne d'Infectiologie Microbiol.* 2016;7:39–46.
  54. OMS (organisation mondiale de la Santé). Asthme : principaux faits [Internet]. [cited 2020 Feb 14]. Available from: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/asthma>
  55. Magnan A. Asthme en Afrique : les recommandations doivent passer Asthma in Africa : guidelines must be applied. *Rev Mal Respir.* 2018;18:469–70.
  56. Ministère de la Santé. Programme National Intégré de Prévention et de Contrôle des Maladies Non Transmissibles. Ministère la Santé l'hygiène. 2010;1–43.
  57. OMS (organisation mondiale de la Santé). Drépanocytose : rapport du secrétariat [Internet]. 2006. p. 1–6. Available from: <http://www.who.int/iris/handle/10665/21941#sthash.Rea4mfwr.dpuf>
  58. OMS. Une stratégie pour la région Africaine de l'OMS. 2010. JUIN. Soixantième session, Drépanocytose. 2010;
  59. Luboya E, Tshilonda JCB, Ekila MB, Aloni MN. Répercussions psychosociales de la drépanocytose sur les parents d'enfants vivant à Kinshasa, République Démocratique du Congo: Une étude qualitative. *Pan Afr Med J.* 2014;19(1):1–8.
  60. Ministère de la Santé. Programme national de lutte contre les maladies non transmissibles. 2018;
  61. OMS (organisation mondiale de la Santé). souffrant de déficience auditive est en augmentation ! 2018.
  62. ORL S. Statistiques du monitoring du premier semestre 2019 - Hopital National Ignace Deen. 2019.
  63. Unies N. Résolution adoptée par l'Assemblée générale le 25 septembre 2015. 2015;1–38.
  64. Naghavi M, Abajobir AA, Abbafati C, Abbas KM, Abd-Allah F, Abera SF, et al. Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980-2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet.* 2017;390(10100):1151–210.
  65. Institut National de la Statistique - Guinée. Annuaire statistique 2016. 2017;
  66. OMS (organisation mondiale de la Santé). Charge mondiale des troubles mentaux et nécessité d'une réponse globale coordonnée du secteur de la santé et des secteurs sociaux au niveau des pays. 2011. p. 1–6.
  67. OMS. Inverstir dans la Santé mentale. 2004.
  68. Camara A, Baldé NM, Enoru S, Bangoura JS, Sobngwi E, Bonnet F. Prevalence of anxiety and depression among diabetic African patients in Guinea: Association with HbA1c levels. *Diabetes Metab.* 2015;41(1):62–8.
  69. Delamou A, Doukouré M. Anxiety and depression among HIV patients of the infectious disease department of Conakry University Hospital in 2018. 2020;10–5.
  70. Namory K. Challenges and opportunities for cervical cancer screening, colposcopy and treatment in Africa. In: 10 th International Conference on Cancer in Africa, Roadmap to cancer control in africa.
  71. Center HI. Human Papillomavirus and Related Diseases Report. 2019;(June).
  72. MS, Rolland M., Mboumba Bouassa R.S.1, Prazuck T.2, Lethu T.3, Meye J.F.4, et al. Les Cancers En Afrique. *Med Sante Trop.* 2017;27:1–136.
  73. Senghor B. Prévalence Et Intensité D'infestation De La Bilharziose Urogénitale Chez Des Enfant D'âge Scolaire Aà Niakhar (milieu Rural Sénégalais). *Univ Cheikh Anta Diop Dakar.* 2010;278:1–94.
  74. Traoré B. Infection par le VIH chez les patientes atteintes de cancer du sein en Guinée (Afrique de l'Ouest). *Pan Afr Med J.* 2015;8688:1–5.
  75. Bah AO, Kaba ML, Diallo MB, Kake A, Balde MC, Keita K, et al. Morbidité et mortalité hospitalière dans Service de néphrologie de l'hôpital national Donka. *Mali Médical.* 2006;4(21):42–6.
  76. Ministère de la Santé. Rapport Final de l'Enquête SARA. 2019;1973.