

Sommaire

1	INTRODUCTION	2
2	CONTEXTE	5
2.1	PRESENTATION DU PAYS	5
2.1.1	Données Physiques	5
2.1.2	Données géographiques	5
2.1.3	Données démographiques	5
2.1.4	Education	6
2.1.5	Organisation administrative	7
2.1.6	Economie	7
2.1.7	Niveau socio-économique	7
2.2	Situation Sanitaire de la Guinée	8
2.2.1	Etat de santé de la population	8
2.2.2	Structure générale du système de soins	8
2.2.3	Ressources du secteur	9
3	ANALYSE SITUATIONNELLE DES MNT	11
3.1	Ampleur des maladies non transmissibles	11
3.1.1	Le diabète	11
3.1.2	Les maladies cardiovasculaires	11
3.1.3	Les cancers	12
3.1.4	Les affections respiratoires chroniques	13
3.1.5	La drépanocytose	13
3.1.6	Association des MNT	13
3.1.7	Facteurs de risque des MNT	14
3.2	Capacités de réponse du système de santé aux MNT	16
3.2.1	Structures pour le dépistage et la prise en charge des MNT	16
3.2.2	Médicaments et équipements	16
3.2.3	Ressources humaines	17
3.2.4	Associations de patients vivants avec les MNT	17
3.2.5	Ressources financières allouées aux MNT	17
3.2.6	Système d'information	18
3.2.7	Gouvernance du système	18
4	ANALYSE STRATEGIQUE	19
4.1	Forces	19
4.2	Faiblesses	19
4.3	Opportunités	20
4.4	Menaces	20
5	POLITIQUE NATIONALE INTEGREE DE PREVENTION ET DE CONTROLE DES MNT	21
5.1	VISION	21
5.2	PRINCIPES	21
5.3	OBJECTIFS	22
5.3.1	Objectif général	22
5.3.2	Objectifs Spécifiques	22
5.4	ORIENTATIONS STRATEGIQUES	22
5.5	GOUVERNANCE	22

1 INTRODUCTION

Les maladies chroniques constituent, selon l’OMS, la principale cause de morbidité et de mortalité chez l’adulte dans le monde. Les maladies chroniques non transmissibles (MNT) regroupent : le diabète, les maladies cardiovasculaires, les affections respiratoires chroniques, le cancer, la santé bucco-dentaire, la drépanocytose, les déficiences auditives et les maladies mentales. Parmi ces affections, les maladies cardiovasculaires, les cancers, les affections respiratoires chroniques et le diabète sont les premières causes de mortalité dans le monde.

En 2005, ces quatre affections ont provoqué 35 millions de décès, soit 60 % de l’ensemble des décès à l’échelle mondiale (1). Environ, 80% de ces décès surviennent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire et ces chiffres sont en constante augmentation.

Ces maladies sont évitables par le contrôle des facteurs de risque qu’elles ont en commun 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 à ces maladies augmenterait de 17% dans le monde et d’environ 27% en Afrique au cours des dix prochaines années (1). 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 (2) ;
- En 2004 l’adoption de la stratégie mondiale pour l’alimentation, l’exercice

¹ Organisation Mondiale de la Santé. Prévention des Maladies Chroniques - Un investissement vital. OMS agence de santé publique de Canada 2006. Internet : http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/

² Organisation Mondiale de la Santé. Convention-Cadre de l’OMS pour la lutte antitabac. OMS 2004

- physique et la santé ⁽³⁾ ;
- En 2007 l'adoption du plan d'action mondial 2008-2013 de lutte contre les maladies non transmissibles en collaboration avec les Etats membres ⁽⁴⁾ ;
 - En 2008 l'adoption du plan d'action mondial de lutte contre les maladies non transmissibles par l'Assemblée Mondiale de la Santé ⁽⁵⁾ ;
 - En 2010 l'adoption de la stratégie visant à réduire l'usage nocif de l'alcool.

En Guinée, plusieurs programmes nationaux ont été mis en place dans le cadre de la lutte contre les maladies non transmissibles. Il s'agit des programmes de lutte contre le diabète ⁽⁶⁾, les maladies cardiovasculaires ⁽⁷⁾, le cancer ⁽⁸⁾ et de santé mentale ⁽⁹⁾. D'autres programmes sont en cours d'élaboration tels que ceux relatifs à la drépanocytose, à la santé bucco dentaire, aux déficiences auditives. Ces programmes ne disposent ni de ressources nécessaires à leur mise en œuvre efficace, ni de procédures de gestion requises.

L'importance que revêtent les facteurs de risques communs au diabète, à l'hypertension artérielle (HTA), aux maladies cardiovasculaires, aux affections respiratoires chroniques et aux cancers, justifie l'intégration des activités de prévention et de contrôle de ces affections.

D'où l'importance de l'élaboration d'un document de politique dont

³ Organisation Mondiale de la Santé. Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé. OMS 2004

⁴ Organisation Mondiale de la Santé. Plan d'action 2008 – 2013 pour la stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles. OMS

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

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

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

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

⁹ Ministère de la santé et de l'hygiène publique - Programme National de Lutte contre les maladies mentales. République de Guinée 20xx

l'opérationnalisation se réalisera à travers le programme national intégré de prévention et de contrôle des maladies non transmissibles (PNIPCMNT).

Le présent document de politique qui prend largement en compte les orientations du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) constituera le référentiel pour tous les intervenants et l'instrument essentiel de mobilisation des ressources nécessaires aux activités de prévention et de contrôle des MNT en Guinée.

2 CONTEXTE

2.1 PRESENTATION DU PAYS

2.1.1 Données Physiques

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

2.1.2 Données géographiques

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

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

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

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

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

2.1.3 Données démographiques

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

Tableau n°1 : Principaux indicateurs sociodémographiques

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

Source : EDS 2005

2.1.4 Education

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

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

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

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

Quelques études menées sur l’itinéraire thérapeutique montrent que la majorité des malades commencent ou terminent leurs soins en médecine traditionnelle. Lorsque certains signes (ictère, par exemple) apparaissent, le malade n’est jamais conduit à une structure de soins

«moderne», sauf en phase terminale. Ceci montre l'importance accordée à la médecine traditionnelle par la population et le poids des croyances sur le choix de leurs options thérapeutiques.

2.1.5 Organisation administrative

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

2.1.6 Economie

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

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

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

2.1.7 Niveau socio-économique

Le niveau de pauvreté de la population guinéenne reste préoccupant. Près de la moitié de la population (49,2 %) vit au-dessus du seuil de pauvreté c'est-à-dire dispose d'une consommation par tête inférieure à 387.692 FG (196 USD) par personne et par an. Parmi ces individus pauvres, 19,1% de la population vivent en

pauvreté extrême, c'est-à-dire disposent d'un revenu au-dessous de 228.900 FG (116 USD) par personne et par an **(DSRP2, 2007)**

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

2.2 Situation Sanitaire de la Guinée

2.2.1 Etat de santé de la population

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

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

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

2.2.2 Structure générale du système de soins

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

Le sous-secteur public est organisé de façon pyramidale et comprend de la base au sommet : le poste de santé, le centre de santé, l'hôpital préfectoral, l'hôpital régional et l'hôpital national.

Le sous-secteur privé comprend d'une part les structures médicales et d'autre part les structures pharmaceutiques.

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

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

2.2.3 Ressources du secteur

2.2.3.1 Infrastructures sanitaires

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

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

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

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

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

2.2.3.2 Ressources humaines

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

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

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

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

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

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

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

2.2.3.3 Ressources financières et financement du secteur

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

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

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

3 ANALYSE SITUATIONNELLE DES MNT

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

3.1 Ampleur des maladies non transmissibles

3.1.1 Le diabète

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

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

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

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

3.1.2 Les maladies cardiovasculaires

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

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

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

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

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

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

3.1.3 Les cancers

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

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

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

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

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

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

néphroblastome.

3.1.4 Les affections respiratoires chroniques

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

3.1.5 La drépanocytose

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

3.1.6 Association des MNT

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

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

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

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

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

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

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

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

3.1.7 Facteurs de risque des MNT

Les MNT partagent des facteurs communs de risque. 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 au cours de l'Enquête STEPS réalisée dans la ville de Conakry et en Basse Guinée ⁽²³⁾.

3.1.7.1 Tabac

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

3.1.7.2 Alcool

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

3.1.7.3 Consommation insuffisante de fruits et légumes

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

3.1.7.4 Bas niveau d'activité physique

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

3.1.7.5 Surcharge pondérale et obésité

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

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

3.1.7.6 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.

3.1.7.7 Hypercholestérolémie

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

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

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

3.1.7.8 Association de facteurs de risque pour les MNT

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

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

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

3.2 Capacités de réponse du système de santé aux MNT

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

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

Ces dernières années, des progrès ont été réalisés pour améliorer la prise en charge des patients diabétiques. Ainsi, en plus du service d'Endocrinologie – Diabétologie du CHU de Conakry, 6 hôpitaux régionaux sur 7 disposent d'une unité fonctionnelle de prise en charge des patients diabétiques. Des initiatives sont parallèlement en cours pour améliorer l'offre et la qualité des soins des patients diabétiques : accès au dosage de l'hémoglobine glyquée, amélioration de l'accès à l'insuline notamment pour les enfants diabétiques, prévention et prise en charge du pied diabétique, éducation des patients.

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

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

3.2.2 Médicaments et équipements

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

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

traitement des MNT est très fréquent ⁽²⁶⁾.

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

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

Certains équipements essentiels dans la prise en charge des MNT et de leurs complications ne sont pas du tout disponibles en Guinée : matériels pour la réalisation de l'épreuve d'effort, la rétinographie, l'angiographie rétinienne, le holter tensionnel, la radiothérapie, la chimiothérapie, la chirurgie vasculaire etc. Les dosages de marqueurs spécifiques ne sont pas disponibles : CPK MB, microalbuminurie, ionogramme urinaire, marqueurs tumoraux.

3.2.3 Ressources humaines

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

3.2.4 Associations de patients vivants avec les MNT

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

3.2.5 Ressources financières allouées aux MNT

Il n'y a pas une ligne budgétaire spécifique aux MNT. Cependant, certains programmes de lutte contre les MNT (cancer, diabète et maladies cardiovasculaires) sont l'objet d'une ligne dans le

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

budget national de développement. Malgré tout, ces fonds alloués ne sont pas accessibles.

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

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

3.2.6 Système d’information

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

3.2.7 Gouvernance du système

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

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

4 ANALYSE STRATEGIQUE

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

4.1 Forces

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

4.2 Faiblesses

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

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

4.3 Opportunités

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

4.4 Menaces

- Le cadre de gouvernance politique, juridique et économique du pays.

5 POLITIQUE NATIONALE INTEGREE DE PREVENTION ET DE CONTROLE DES MNT

5.1 VISION

La vision est celle du ministère de la santé et de l'hygiène publique qui prône : «une société dans laquelle tous les Guinéens sont en bonne santé ».

5.2 PRINCIPES

Les principes qui sous-tendent la vision sont les suivants :

1. L'intégration des interventions de lutte contre les MNT dans les programmes de développement socioéconomiques du pays ;
2. La collaboration intersectorielle prenant en compte les autres secteurs vitaux de développement ;
3. Le partenariat entre le secteur privé et le secteur public et également entre le gouvernement et les partenaires techniques et financiers ;
4. Le développement des interventions fondées sur les preuves et la satisfaction des bénéficiaires ;
5. Un système de financement qui permet de développer la solidarité ;
6. La mise en œuvre progressive de cette politique en fonction des besoins locaux.

5.3 OBJECTIFS

5.3.1 Objectif général

L'objectif général est de réduire la morbidité et la mortalité liées aux MNT conformément aux orientations de la politique de santé.

5.3.2 Objectifs Spécifiques

Les objectifs spécifiques sont :

- Mettre en œuvre un programme intégré de contrôle des MNT ;
- Réduire le niveau d'exposition des individus et des populations aux facteurs de risques communs aux MNT et aux déterminants sociaux ;
- Développer le partenariat intersectoriel ;
- Mettre en place des mécanismes de financement ;
- Promouvoir la recherche sur les MNT.

5.4 ORIENTATIONS STRATEGIQUES

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

- Développement et mise en œuvre d'un programme intégré de contrôle des MNT ;
- Réduction du niveau d'exposition des individus et des populations aux facteurs de risques communs aux MNT et aux déterminants sociaux ;
- Développement du partenariat intersectoriel ;
- Mise en place des mécanismes de financement ;
- Promotion de la recherche sur les MNT.

5.5 GOUVERNANCE

La mise en œuvre de cette politique se fera à travers le Programme National Intégré de Prévention et de Contrôle des Maladies Non Transmissibles (PNIPCMNT).