

**RÉPUBLIQUE DE GUINÉE**

*Travail – Justice - Solidarité*



**Ministère de la Santé et de l'Hygiène  
Publique**



**Représentation de l'Organisation  
Mondiale de la Santé en Guinée**



**Rapport préliminaire de l'enquête STEPS pour la Basse Guinée  
(République de Guinée)**

Présenté à Conakry le 19 janvier 2010, par l'équipe de Recherche STEPS-Guinée :

- BAH Mamadou Chérif, Institut National de la Statistique (MPPSP)
- BALDE Naby Moussa, Programme National de Prévention et de Lutte Contre le Diabète
- DIALLO Alpha Ahmadou, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP)
- DIAKITE Mandjou, Laboratoire Central du CHU de Donka-Conakry
- ONIVOGUI Goma, Direction Nationale de la Santé Publique, MSHP

## Sommaire

Remerciements.....	2
Introduction.....	4
1. Déroulement de l'enquête.....	5
1.1. Échantillonnage.....	5
1.2. Formation des équipes.....	5
1.3. Organisation des équipes.....	5
1.4. Collecte des données.....	6
1.5. Modalités de substitution.....	6
1.6. Qualité des données.....	6
1.7. Adaptation de l'organisation du travail.....	7
1.7.1. Répartition du travail.....	7
1.7.2. Horaires de travail.....	7
1.7.3. Guides.....	7
1.7.4. Rattrapages.....	7
1.8. Taux de participation.....	8
2. Analyse sommaire des données recueillies.....	8
2.1. Principales pathologies observées par grappe rurale et urbaine.....	8
2.2. Principaux résultats observés au Steps 1,2 et 3 par sexe.....	13
3. Difficultés rencontrées.....	20
3.1. Accessibilité difficile aux ménages et leur dispersion.....	20
3.2. Ménages non retrouvés ou déplacés.....	20
3.3. Absence de prise en charge des premiers soins.....	20
3.4. Absence d'électricité.....	20
3.5. Problèmes techniques avec les PDA.....	20
3.6. Insuffisance de communication et de sensibilisation préalable.....	21
3.7. Difficultés dans la coordination des équipes.....	21
3.8. Difficultés dans les justifications des dépenses.....	21
Conclusion.....	21
Références.....	22
Annexes.....	24
Annexe 1 : Résumé du Protocole enquête STEPS Guinée.....	24
Annexe 2 : Budget enquête STEPS – Basse Guinée.....	24
Annexe 3 : Photos Enquête STEPS Basse Guinée.....	24
Annexe 4 : Liste des Superviseurs et enquêteurs de l'équipe STEPS – Basse Guinée.....	25

## Remerciements

L'équipe de recherche remercie particulièrement :

- Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique à travers la Direction Nationale de la Santé Publique pour la confiance et l'appui logistique
- L'OMS Guinée, l'OMS AFRO et l'OMS Genève, pour l'appui technique, financier et logistique dans la préparation et l'exécution de la présente enquête.
- Les autorités sanitaires, administratives et les élus locaux des sites visités pour avoir facilité le déroulement de l'enquête.
- Les sujets enquêtés et leurs familles pour leur disponibilité et leur collaboration.
- Les enquêteurs et les superviseurs pour leur disponibilité, leur courage et leur collaboration.

## Introduction

Les maladies non transmissibles (MNT) comprennent les maladies cardiovasculaires, l'hypertension artérielle, le diabète sucré, les accidents vasculaires cérébraux, les cardiopathies ischémiques, la maladie vasculaire périphérique, les cancers, l'obésité et les maladies respiratoires chroniques. Le risque d'être atteint par les MNT est lié à des facteurs comportementaux et environnementaux parmi lesquels les mauvaises habitudes alimentaires, le style de vie sédentaire, le tabagisme, la consommation excessive d'alcool, l'obésité et la pollution de l'environnement.

Le rationnel d'une approche intégrée des MNT est lié notamment à la possibilité de leur prévention par l'action sur certains facteurs communs et modifiables comme la mauvaise alimentation, l'inactivité physique, le tabagisme et l'éthylisme.

L'approche STEPS de l'OMS permet d'identifier les facteurs de risque majeurs des MNT. Il s'agit d'une approche standard qui fournit des estimations valides et fiables de la prévalence des facteurs de risque des MNT. En utilisant les mêmes questions et protocoles normalisés, tous les pays peuvent recueillir des informations sur les facteurs de risque pour suivre les tendances des maladies non transmissibles au niveau national et établir des comparaisons entre eux. Cette approche consiste à recueillir quelques informations utiles de façon régulière et continue. Ces informations, qui sont axées sur un nombre minimum de facteurs de risque des principales maladies non transmissibles, peuvent à leur tour servir à élaborer des plans de prévention passant par une réduction des facteurs de risque dans la population.

Les objectifs de l'enquête STEPS-Guinée étaient de déterminer les taux de prévalence des facteurs de risque des maladies non transmissibles dans la population guinéenne : tabagisme, alcoolisme, mauvaise hygiène alimentaire, inactivité physique, obésité, hypertension artérielle, et diabète sucré ; et d'établir la répartition de ces facteurs de risque selon le sexe, les tranches d'âge, les régions naturelles et le milieu rural et urbain.

Après la mise en place de l'équipe de recherche et la formation de celle-ci ainsi que les enquêteurs, les superviseurs et les Data Manager avec l'appui technique de l'OMS Guinée, AFRO et Genève, une pré-enquête a été organisée du 19 au 25 juin permettant de planifier la présente enquête.

**L'objectif de ce document est de présenter le rapport d'étape de la réalisation de l'enquête STEPS en Guinée pour la Basse Guinée**, avant l'analyse plus approfondie qui sera réalisée en partenariat et avec l'appui technique de l'OMS.

Le rapport est structuré autour de deux composantes principales :

- Une partie narrative relative aux conditions de réalisation de l'enquête et
- Une analyse synthétique des données recueillies.

## **1. Déroulement de l'enquête**

L'enquête a été réalisée du 7 au 28 décembre 2009 dans les préfectures de la Basse Guinée.

### **1.1. Échantillonnage**

La base de sondage utilisée est le recensement général de la population et de l'habitation réalisée en 1996. Les grappes utilisées ont été sélectionnées de façon aléatoire. Ces grappes avaient été actualisées en 2008.

Au total trente trois grappes ont été utilisées pour l'enquête en Basse Guinée. Dans chacune de ces grappes, 40 ménages ont été sélectionnés. Dans chaque ménage, un sujet âgé de 16 à 64 ans a été automatiquement tiré au sort par le PDA, selon la méthode Kish.

Ainsi, la population cible totale pour l'enquête en Basse Guinée était de 1320 sujets.

Lors de l'enquête les règles de substitution suivantes ont été adoptées :

- En cas de déménagement, le nouveau ménage trouvé au domicile du ménage tiré au sort a été pris en remplacement.
- En cas de ménage non retrouvé, un nouveau ménage a été sélectionné par la poursuite de l'application du pas d'échantillonnage sur la liste des ménages de la grappe.

### **1.2. Formation des équipes**

Un atelier de formation des enquêteurs et superviseurs a été organisé avec l'appui technique des experts de l'OMS AFRO et Genève. Cet atelier réalisé du 21 au 23 mai 2009 a été financé par l'OMS.

Suite à l'atelier une pré-enquête a été réalisée du 19 au 25 juin à Conakry pour valider toutes les procédures de collecte des données (Steps 1, 2 et 3).

Les équipes qui ont réalisé l'enquête en Basse Guinée étaient composées du personnel qui a réalisé l'enquête STEPS pour la ville de Conakry.

### **1.3. Organisation des équipes**

Compte tenu des contraintes logistiques, six équipes ont été constituées. Chacune de ces équipes était composée de 4 enquêteurs et d'un superviseur.

La coordination des activités a été assurée par l'équipe de recherche. Des réunions quotidiennes étaient organisées avant le départ des équipes sur le terrain et une rencontre de débriefing effectuée avec les superviseurs à la fin de chaque journée pour tirer les leçons.

Deux Data manager avaient été formés et ont assuré, sous la responsabilité de l'équipe de recherche la gestion du recueil des données sur les PDA, le transfert des données sur ordinateur.

Les premières analyses statistiques ont été effectuées par l'équipe de recherche.

#### **1.4. Collecte des données**

La préparation des sites était systématiquement organisée avec une visite préalable d'annonce au près des autorités locales. Un premier contact était établi à cette occasion, les ménages identifiés et les aspects logistiques abordés notamment l'identification du lieu de réalisation du STEPS 3.

La collecte des données a été réalisée pendant 22 jours par six équipes. Les données recueillies ont porté sur les habitudes de vie (Step 1), les mesures anthropométriques (Step 2) et les mesures biologiques (Step 3).

#### **1.5. Modalités de substitution**

Sur 1320 ménages enquêtés 105 ménages ont été substitués (soit 7,95%).

Les substitutions ont été effectuées selon les modalités suivantes : les ménages déménagés étaient remplacés par les occupants actuels des lieux, les ménages non retrouvés par le ménage suivant sur la liste de grappe, dans les ménages où le chef de ménage est décédé, les autres membres du ménage étaient enquêtés.

#### **1.6. Qualité des données**

La qualité des données a été assurée à travers la supervision rapprochée des enquêteurs par superviseurs et par la présence physique quotidienne de l'équipe de recherche sur les sites.

Une attention particulière a été observée au sujet du respect de l'éthique, des procédures convenues de recueil des données et des règles de substitution des ménages.

Les données recueillies sur les PDA ont été transférées et sécurisées sur un ordinateur dédié.

Il a été procédé à une vérification systématique des données et à l'identification des données manquantes ou aberrantes.

## **1.7. Adaptation de l'organisation du travail**

### **1.7.1. Répartition du travail**

Les équipes ont été organisées en fonction de la situation géographique des sites. Ainsi, pour chaque grappe, les ménages à enquêter ont été repartis aux enquêteurs selon deux (2) critères :

- La dispersion des domiciles des ménages à enquêter,
- Le nombre de ménage à enquêter sur un même site.

### **1.7.2. Horaires de travail**

Prévu initialement dans la matinée, l'enquête s'est pratiquement déroulée le soir et parfois la nuit, compte tenu de la difficulté à trouver les ménages à domicile dans la journée à cause des travaux champêtres (période de récolte) en zone rurale et des occupations professionnelles en zone urbaine (fonctionnaire, commerçants, ouvriers...).

### **1.7.3. Guides**

La dispersion des habitats a conduit toutes les équipes à recourir à des guides supplémentaires. Selon les grappes les enquêteurs ont eu recours à 4-5 guides supplémentaires en moyenne.

### **1.7.4. Rattrapages**

Des séances de rattrapages des ménages absents le jour de l'enquête (steps 1,2 et 3) ont été organisés sur chaque site selon la disponibilité des enquêtés. Le jour du

Steps 3 les enquêteurs ayant des ménages manquant aux Steps 1 et 2 retournaient sur le terrain très tôt le matin pour le rattrapage.

### **1.8. Taux de participation**

Sur les 1320 sujets attendus, 1315 ont répondu. Le taux de participation des sujets enquêtés était de 99,6%.

## **2. Analyse sommaire des données recueillies**

### **2.1. Principales pathologies observées par grappe rurale et urbaine**

**Tableau 1 : Principales pathologies observées par grappe rurale et urbaine**

Site	Nom de la Grappe (n=40 pour chacune)	Hypertension artérielle		Diabète		Hypercholestérolémie	
		Connue	Découverte	Connu	Découverte	cholestérol ≥ 200 mg/d et <250	cholestérol ≥ 250 mg/dl %)
Rural	BENTY	0 (0%)	2(5%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)
	DAMAKANYA	3(8%)	6(15%)	1(3%)	1(3%)	3(8%)	0(0%)
	DARAMAGNAKIE	0(0%)	2(5%)	0(0%)	2(5%)	0(0%)	0(0%)
	KALIA	0(0%)	10(27%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)
	KHORIRA	7(18%)	5(13%)	0(0%)	7(18%)	1(3%)	0(0%)
	KOBA	2(5%)	8(20%)	0(0%)	2(5%)	2(5%)	0(0%)
	KOLABOUI	4(10%)	4(10%)	0(0%)	7(18%)	4(10%)	1(3%)
		8(20%)	5(13%)	1(3%)	1(3%)	0(0%)	0(0%)

	KOLENTE						
	MADINA OULA	1(3%)	2(5%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)
	MALAPOUYA	2(5%)	6(15%)	0(0%)	0(0%)	1(3%)	0(0%)
	MISSIRA	2(5%)	2(5%)	0(0%)	1(3%)	0(0%)	0(0%)
	MOLOTA	2(5%)	4(10%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)
	MOUSSAYAH	2(5%)	5(13%)	0(0%)	0(0%)	1(3%)	0(0%)
	SANGAREDI	1(3%)	2(5%)	0(0%)	4(10%)	0(0%)	0(0%)
	SANTOU	6(15%)	4(10%)	0(0%)	1(3%)	5(13%)	0(0%)
	TARIHOYE	7(18%)	5(13%)	2(5%)	2(5%)	0(0%)	0(0%)
	TONDON	0(0%)	2(5%)	0(0%)	3(8%)	0(0%)	0(0%)
	TORMELIN	4(10%)	3(8%)	0(0%)	0(0%)	1(3%)	0(0%)

	TOUGNIFILY	3(8%)	3(8%)	0(0%)	5(13%)	1(3%)	2(5%)
	WONKIFON	3(8%)	3(8%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	1(3%)
<b>Sous Total Rural</b>		<b>57(7%)</b>	<b>83(10%)</b>	<b>4(1%)</b>	<b>36(5%)</b>	<b>19(2%)</b>	<b>4(1%)</b>
Urbain	AVIATION	5(13%)	1(3%)	0(0%)	0(0%)	6(15%)	0(0%)
	BANLIEUE	3(8%)	5(13%)	0(0%)	1(3%)	2(5%)	0(0%)
	CITE CBG	8(20%)	7(18%)	2(5%)	2(5%)	5(13%)	0(0%)
	COYAH CENTRE	0(0%)	4(10%)	0(0%)	0(0%)	1(3%)	0(0%)
	COYAH NORD	4(10%)	4(10%)	0(0%)	1(3%)	7(18%)	1(3%)
	DOGBERE	4(10%)	2(5%)	0(0%)	3(8%)	2(5%)	0(0%)
	KASSONGONY	6(15%)	3(8%)	2(5%)	3(8%)	9(23%)	1(3%)
	KATOUROU	3(8%)	2(5%)	2(5%)	1(3%)	3(8%)	0(0%)
	KONDETA	5(12%)	3(7%)	1(2%)	0(0%)	4(10%)	0(0%)
	SABENDE	2(5%)	6(15%)	0(0%)	0(0%)	6(15%)	0(0%)
	SOMAYAH	3(8%)	3(8%)	1(3%)	2(5%)	3(8%)	1(3%)
	TATAGUI	3(8%)	3(8%)	2(6%)	3(8%)	2(6%)	0(0%)
	TIGUE	3(8%)	3(8%)	2(5%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)
<b>Sous Total Urbain</b>		<b>49(9%)</b>	<b>46(9%)</b>	<b>12(2%)</b>	<b>16(3%)</b>	<b>50(10%)</b>	<b>3(1%)</b>

<b>Total Général</b>	<b>106(8%)</b>	<b>129(10%)</b>	<b>16(1%)</b>	<b>52(4%)</b>	<b>69(5%)</b>	<b>7(1%)</b>
----------------------	----------------	-----------------	---------------	---------------	---------------	--------------

**2.2. Principaux résultats observés au Steps 1,2 et 3 par sexe**  
**Tableau 2 : Principaux résultats observés au Steps 1,2 et 3 par sexe**

Résultats pour les sujets âgés de 15 à 64 ans	Total				Hommes				Femmes			
	n	Cas	%	IC à 95%	n	Cas	%	IC à 95%	n	Cas	%	IC à 95%
<b>Step 1 Consommation de tabac</b>												
<b>Sujets fumant actuellement du tabac</b>	1315	200	15,2	13,3-17,2	614	188	30,6	27,0-34,3	701	12	1,7	0,8-2,7
<b>Sujets fumant actuellement du tabac quotidiennement</b>	1315	184	14,0	12,1-15,9	614	174	28,3	24,8-31,9	701	10	1,4	0,5-2,3
<b>Sujets anciens fumeurs</b>	1131	65	5,8	4,4-7,1	440	61,0	13,9	10,6-17,1	691	4	0,6	0,0-1,1
<b>Step 1 Consommation d'alcool</b>												
<b>Sujets qui ont consommé de l'alcool</b>	1315	62	4,7	3,6-5,9	614	50	8,1	6,0-10,3	701	12	1,7	0,8-2,7
<b>Sujets qui s'abstiennent (pendant l'année écoulée)</b>	62	33	53,3	40,8-65,7	50	28	56,0	42,2-69,8	12	5	41,7	13,8-69,6
<b>Sujets qui consomment de l'alcool actuellement (pendant les 30 derniers jours)</b>	33	22	66,7	50,6-82,8	28	18	64,3	46,5-82,0	5	4	80,0	44,9-95,4

<b>Sujets qui consomment moins de 5 portions de fruits par jour</b>	1142	908	79,5	77,2-81,9	53 0	418	78,9	75,4-82,3	61 2	49 0	80, 1	76,9-83,2
<b>Sujets qui consomment moins de 5 portions de légumes par jour</b>	975	870	89,2	87,3-91,2	43 8	394	90,0	87,1-92,8	53 7	47 6	88, 6	86,0-91,3
<b>Sujets qui consomment 5 portions ou moins de fruits et légumes par jour</b>	1131	36	3,2	2,2-4,2	51 2	16,0	3,1	1,6-4,6	61 9	20	3,2	1,8-4,6

Résultats pour les sujets âgés de 15 à 64 ans	Total				Hommes				Femmes			
	n	Cas	%	IC à 95%	n	Cas	%	IC à 95%	n	Cas	%	IC à 95%
<b>Step 1 Activité Physique</b>												
Sujets ayant une activité physique de forte intensité dans le cadre du travail	1315	551	41,9	39,2-44,6	614	313	51,0	47,0-54,9	701	238	34,0	30,4-37,5
Sujets ayant une activité physique d'intensité modérée dans le cadre du travail	1315	682	51,9	49,2-54,6	614	344	56,0	52,1-60,0	701	338	48,2	44,5-51,9
Sujets pratiquant au moins 10 min de marche à pieds ou à vélo	1315	1216	92,5	91,1-93,9	614	570	92,8	90,8-94,9	701	646	92,2	90,2-94,1
Sujets pratiquant du sport ou une activité de loisir de forte intensité	1315	142	10,8	9,2-12,5	614	119	19,4	16,3-22,5	701	23	3,3	2,0-4,6
<b>Step 2 Mesures physiques</b>												
Sujets atteints de surcharge pondérale ou d'obésité (IMC ≥ 25 kg/m <sup>2</sup> )	1310	197	15,0	13,1-17,0	612	67	11,0	8,5-13,4	698	130	18,6	15,7-21,5
Sujets obèses (IMC ≥ 30 kg/m <sup>2</sup> )	1310	59	4,5	3,4-5,6	612	10	1,6	0,6-2,6	698	49	7,0	5,1-8,9
Sujets atteints d'obésité morbide (IMC ≥ 40 kg/m <sup>2</sup> )	1310	8	0,6	0,2-1,0	612	1	0,2	0,2-0,5	698	7	1,0	0,3-1,7

<b>Sujets (non enceinte) atteints de surcharge pondérale ou d'obésité</b>	1257	184	14,6	12,7-16,6	61 2	67	11,0	8,5-13,4	64 5	11 7	18, 1	15,2-21,1
---	------	-----	------	-----------	---------	----	------	----------	---------	---------	----------	-----------

Résultats pour les sujets âgés de 15 à 64 ans	Total				Hommes				Femmes			
	n	Cas	%	IC à 95%	n	Cas	%	IC à 95%	n	Cas	%	IC à 95%
<b>Step 2 Pression artérielle</b>												
<b>Sujets connus hypertendus</b>	477	106	22,2	18,5-26,0	200	40	20,0	14,5-25,5	27	66	23,8	18,8-28,8
<b>Sujets sous traitement anti hypertenseur</b>	106	42	39,6	30,3-48,9	40	15	37,5	22,5-52,5	66	27	40,9	29,0-52,8
<b>Sujets découverts hypertendus (PAS ≥ 140 et/ou PAD ≥ 90 Hg)</b>	1209	133	11,0	9,2-12,8	574	70	12,2	9,5-14,9	63	63	9,9	7,6-12,2
<b>Sujets hypertendus (connus et découverts)</b>	1315	239	18,2	16,1-20,3	614	110	17,9	14,9-21,0	70	129	18,4	15,5-21,3
<b>Step 3 Diabète</b>												
<b>Sujets connus diabétiques</b>	1301	16	1,2	0,6-1,8	605	10	1,7	0,6-2,7	69	6	0,9	0,2-1,5
<b>Sujets non connus diabétiques ayant une glycémie limite (glycémie ≥ 100 et &lt;110mg/dl)</b>	1301	13	1,0	0,5-1,5	605	6	1,0	1,8-2,0	69	7	1,0	0,3-1,7
<b>Sujets découvert avec une glycémie élevée à jeun (glycémie ≥ 110mg/dl)* sans grossesse</b>	1301	51	3,9	2,9-5,0	605	25	4,1	2,6-5,7	69	26	3,7	2,3-5,1

<b>Sujets diabétiques (connus et découverts)</b>	1301	68	5,2	4,0-6,4	60 5	35	5,8	3,9-7,7	69 6	33	4,7	3,2-6,3
<b>Sujets diabétiques âgés de 35 ans et plus (connus et découverts)</b>	642	45	7,0	5,0-9,0	35 2	25	7,1	4,4-9,8	29 0	20	6,9	4,0-9,8
<b>Sujets ayant un taux de cholestérol élevé (cholestérol <math>\geq</math> 200 mg/d)</b>	1301	69	5,3	4,1-6,5	60 5	29	4,8	3,1-6,5	69 6	40	5,7	4,0-7,5
<b>Sujets ayant un taux de cholestérol élevé très élevé (cholestérol <math>\geq</math> 250 mg/dl)</b>	1301	7	0,5	0,1-0,9	60 5	1	0,2	0,2-0,5	69 6	6	0,9	0,2-1,5

## Commentaires du tableau 2

**Tabac :** Le pourcentage des adultes fumant actuellement du tabac était de 15,2 % (13,3-17,2).

**Alcool :** Le pourcentage des adultes qui ont déclaré consommer de l'alcool était de 4,7 % (3,6-5,9). Parmi ceux-ci, 66,7% ont déclaré en avoir consommé au cours des 30 jours précédant l'enquête.

**Fruits et légumes :** Le pourcentage des adultes qui consomment 5 portions ou moins de fruits et légumes par jour était de 3,2% (2,2-4,2).

**Activité physique :** Le pourcentage des adultes pratiquant une activité physique de forte intensité dans le cadre du travail était de 41,9% (39,2-44,6).

**Surpoids et obésité :** Le pourcentage des adultes (femmes enceintes exclues, n=53) atteints de surcharge pondérale ou d'obésité était de 14,6 (12,7-16,6).

**Hypertension artérielle :** Le pourcentage total des adultes ayant une hypertension artérielle était de 28,3 (25,7 -30,9).

**Diabète et hyperglycémie modérée à jeun :** Le pourcentage des diabétiques était de 5,2% (4,0-6,4). Le pourcentage des adultes en hyperglycémie était de 1,0 % (0,5-1,5).

**Hypercholestérolémie :** Le pourcentage des adultes ayant une hypercholestérolémie était de 5,3 (4,1-6,5).

### **3. Difficultés rencontrées**

#### **3.1. Accessibilité difficile aux ménages et leur dispersion**

L'accessibilité était très difficile de certains sites

- Le mauvais état des pistes rurales
- La présence d'un Back sur le fleuve Bady dont il faut payer la traversée
- Usage de pirogues et des motos pour atteindre les ménages enclavés sur les îles.

La dispersion des ménages choisis dans plusieurs villages pour un même site.

#### **3.2. Ménages non retrouvés ou déplacés**

Il a été constaté :

- Le déménagement de certains ménages
- La méconnaissance par les autorités et le voisinage de certains ménages

#### **3.3. Absence de prise en charge des premiers soins**

Dans certains sites les populations enquêtées ont réclamé des médicaments pour la prise en charge des sujets détectés hypertendus ou diabétiques, en dépit de l'explication des objectifs de l'étude.

#### **3.4. Absence d'électricité**

L'absence d'électricité dans la plupart des zones rurales a amené les équipes à recourir aux groupes électrogènes pour recharger les PDA.

Des difficultés de conservation des bandelettes ont conduit à recourir à la glace pour la conservation des bandelettes.

#### **3.5. Problèmes techniques avec les PDA**

Les PDA se plantaient obligeant souvent à redémarrer l'application sous la recommandation du data manager.

Les données de Kish (Koba, Tormelin, Tigué et Sabendè) ont été effacées dans le PDA numéro 15 après avoir planté.

### **3.6. Insuffisance de communication et de sensibilisation préalable**

L'absence d'information préalable des chefs de ménage des dates d'arrivée des équipes alors qu'ils étaient dans les champs pour les récoltes.

### **3.7. Difficultés dans la coordination des équipes**

L'absence de couverture de certaines zones rurales en réseau téléphoniques rendait la communication difficiles entre les membres de l'équipe et avec l'équipe de coordination

### **3.8. Difficultés dans les justifications des dépenses**

Sur certains sites, notamment ruraux, il n'a pas été possible d'obtenir des justificatifs des dépenses effectuées.

## **Conclusion**

En dépit d'un contexte particulièrement difficile au plan social et budgétaire, l'enquête STEPS pour la Basse Guinée a été réalisée après celle de la ville de Conakry; avec des résultats concluants.

Elles mettent en évidence l'ampleur des MNT et de leurs facteurs de risque au sein de la population de la Basse Guinée, urbaine et rurale.

L'analyse plus approfondie de l'ensemble de ces résultats permettra de fournir les bases factuelles la mise en place d'un programme intégré de prise en charge préventive et curative des MNT en Guinée.

Au regard du contexte épidémiologique qui change, l'approche intégrée aussi bien pour la prévention que pour la prise en charge médicale des MNT est une nécessité. D'où l'intérêt de l'utilisation des résultats de la présente enquête pour élaborer et mettre en œuvre un programme national sur les MNT.

## Références

1. Addo J, Smeeth L, Leon DA. Hypertension in sub-saharan Africa: a systematic review. *Hypertension* 2007;50(6):1012-8
2. Baldé NM, Bah H, Baldé M D, Barry AY, Bah A, Loua L, Camara A, Pharmaciens sans frontières, Camara M, Baldé R, Sangaré M Bah, Maugendre D. Morbi-mortalité et facteurs de décompensation du diabète au CHU de Conakry en Guinée. Congrès de l'Association de Langue Française pour l'Etude du Diabète et des Maladies Métaboliques (ALFEDIAM) Nice 2004. *Diabetes & Metabolism* 2004;30:1S74 (p170).
3. Baldé NM, Diallo I, Baldé MD, et al. Diabetes and impaired fasting glucose in rural and urban populations in Futa Jallon (Guinea): prevalence and associated risk factors. *Diabetes Metab* 2007;33:114-20.
4. Baldé NM, Diallo MM, Maugendre D. Le diabète en Guinée : solidarité contre un fléau majeur. *Equilibre* 2007;256 :64-67
5. Baldé NM. Ampleur du diabète en Guinée : défis et initiatives locales. *Médecine des maladies Métaboliques* 2007;1(3):99-103
6. Cooper RS, Amoah AG, Mensah GA. High blood pressure: the foundation for epidemic cardiovascular disease in African populations. *Ethn Dis* 2003;13(2 Suppl 2):S48-52
7. *Diabetes Atlas, second edition, International Diabetes Federation, 2009*
8. Gill GV, Mbanya JC, Ramaiya KL, Tesfaye S. A sub-Saharan African perspective of diabetes. *Diabetologia* 2009;52(1):8-16
9. Guinée. Ministère de la santé publique de la république de Guinée. Plan national de développement sanitaire 2003-2012
10. Guinée. Ministère du Plan – Direction Nationale de la Statistique (1996). Recensement Général de la Population et de l'Habitat ; Guinée. Ministère du Plan – Direction Nationale de la Statistique (2005). Enquête Démographique et de Santé de Guinée
11. <http://www.who.int/chp/steps/reports/en/index.html>
12. IDF-Africa, WHO-AFRO, and the African Union. The Diabetes Declaration and Strategy for Africa: a call to action and plan of action to prevent and control diabetes and related chronic diseases. November, 2006
13. Nations Unis. Assemblée Générale. Soixante et Unième session, Point 113 de l'ordre du jour. Résolution 65/225 sur le diabète. 18 janvier 2007

14. Shigan EN. Integrated programme for noncommunicable diseases prevention and control (NCD). *World Health Stat Q* 1988;41(3-4):267-73
15. Sobngwi E, Mauvais-Jarvis F, Vexiau P, Mbanya JC, Gautier JF. Diabetes in Africans. Part 1: epidemiology and clinical specificities. *Diabetes Metab* 2001;27(6):628-34
16. Unwin N, Setel P, Rashid S, Mugusi F, Mbanya JC, Kitange H, Hayes L, Edwards R, Aspray T, Alberti KG. Noncommunicable diseases in sub-Saharan Africa: where do they feature in the health research agenda? *Bull World Health Organ.* 2001;79(10):947-53

## **Annexes**

**Annexe 1 : Résumé du Protocole enquête STEPS Guinée**

**Annexe 2 : Budget enquête STEPS - Basse Guinée**

**Annexe 3 : Photos Enquête STEPS Basse Guinée**

**Annexe 4 : Liste des Superviseurs et enquêteurs de l'équipe STEPS - Basse Guinée**

<b>N°</b>	<b>Superviseurs</b>	<b>Enquêteurs</b>	<b>N° Téléphone</b>
1	Mamadou Tahirou DIALLO 60 65 61 23	Mohamed THIAM Youssouf CAMARA Maladho KABA Mamadou Aliou DOUKOURE	64 26 29 08 60 28 11 50 64 24 04 23 60 39 88 01
2	Mamadou S. BALDE 60 5 36 56	Mamadou Alpha DIALLO Mamadou KOUROUMA Ibrahima CAMARA Abdoul Gadiri BAH	64 35 53 10 60 17 93 02 60 34 11 88 64 34 92 46
3	Ibrahima Sory BANGOURA 64 21 20 82	Mamadou Sèrè BAH Gnankoye Félémou Alhassane YOULA Thierno Aliou DIALLO	60 27 05 10 64 26 01 78 62 90 67 90 62 37 10 27
4	Amadou KAKE 60 54 33 26	Mamadou THIAM Almamy Amara TOURE Mohamed Lamine FOFANA Mamadou Saidou DIALLO	64 39 90 63 64 25 40 90 64 32 53 73 67 58 90 58
5	Alkhaly Momo SOUMAH 64 24 06 29	Thierno Saidou DIALLO Jules DOPAVOGUI N'Fansou CAMARA Fodé Moussa CAMARA	64 20 04 19 64 36 31 26 62 21 94 58 64 32 33 60
6	Thierno Abdoulaye BALDE 64 21 07 17	Joseph Samah BANGOURA N'Sira DIALLO Aw Ibrahima Moussa KOUROUMA	62 41 14 16 67 54 17 91 62 33 64 84 60 35 29 32