

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 Ville de Conakry (République de Guinée)

Présenté à Conakry le 24 décembre 2009, 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	3
Introduction.....	4
1. Déroulement de l'enquête	5
1.1. Contexte	5
1.2. Échantillonnage	5
1.3. Formation des équipes.....	5
1.4. Organisation des équipes	6
1.5. Collecte des données.....	6
1.6. Qualité des données.....	6
1.7. Taux de participation.....	7
2. Analyse sommaire des données recueillies.....	9
3. Contraintes	13
Conclusion	13
Références.....	14
Annexes	16
Annexe 1 : Résumé du Protocole enquête STEPS Guinée.....	16
Annexe 2 : Liste des Superviseurs et enquêteurs de l'équipe STEPS - Conakry.....	18
Annexe 3 : Budget enquête STEPS – Conakry	19

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 ville de Conakry, 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 proprement dite a été réalisée du 28 septembre au 14 Octobre 2009 dans les quartiers de Conakry.

Un retour sur tous les sites a été effectué ensuite pour la correction des données aberrantes et le recueil des données manquantes. Ce deuxième passage a eu lieu du 12 au 19 novembre 2009.

1.1. Contexte

L'enquête a été réalisée dans le contexte d'instabilité sociale liée aux événements du 28 septembre 2009.

1.2. 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 2007 (pour la ville de Conakry) et 2008 (pour les grappes de l'intérieur).

Au total trente grappes ont été utilisées pour l'enquête dans la ville de Conakry. 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 dans la ville de Conakry était de 1200 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.

1.3. 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).

1.4.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.

1.5.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 17 jours par six équipes. Les données recueillies ont portées sur les habitudes de vie (Step 1), les mesures anthropométriques (Step 2) et les mesures biologiques (Step 3).

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.

Un retour sur tous les sites a été effectué pour compléter et corriger ces données.

Pour le contrôle de qualité des données biologiques, il a été réalisé des prélèvements dans un sous-échantillon de 400 sujets dans le but de valider les données du STEP 3 effectuées sur le terrain.

1.7. Taux de participation

Tableau 1 : Effectif des sujets examinés par grappe à Conakry

Numéro de grappe attribué	Quartiers/Grappes	Sujets examinés
37	BEHANZIN	40 (3.5%)
25	BONFI MARCHE	33 (2.9%)
27	CARRIERE CENTRE	39 (3.4%)
28	COLEAH CITE	40 (3.5%)
40	DABOMPA	37 (3.3%)
38	DABONDY 2	40 (3.5%)
39	DABONDY RAILLE	40 (3.5%)
49	DAR ES SALAM	39 (3.4%)
5	DIXINN CENTRE	40 (3.5%)
41	GBESSIA CITE 1	39 (3.4%)
42	GBESSIA PORT 1	40 (3.5%)
8	HAFIA 1	34 (3.0%)
50	HAMDALLAYE MOSQUE	39 (3.4%)
51	KAPORO CENTRE	40 (3.5%)
11	KENIEN	32 (2.8%)
52	KIPE	40 (3.5%)
43	KISSOSSO	35 (3.1%)

Numéro de grappe attribué	Quartiers	Sujets examinés
53	KOLOMA 2	37 (3.3%)
17	MANQUEPAS	39 (3.4%)
45	MATOTO KHABITAYA	40 (3.5%)
46	SIMBAYA 1	38 (3.3%)
56	SIMBAYA GARE	32 (2.8%)
57	SONFONIA CENTRE	40 (3.5%)
58	TAOUYAH	33 (2.9%)
24	TOMBO	40 (3.5%)
47	TOMBOLIA	42 (3.7%)
36	TOUGUIWONDY	37 (3.3%)
60	WANINDARA	39 (3.4%)
59	YATTAYA	40 (3.5%)
48	YIMBAYA TANNERIE	31(2.7%)
	Total	1135 (100.0%)

Sur les 1200 sujets attendus, 1135 ont répondu. Globalement, le taux de participation des sujets enquêtés était d'environ 95%.

2. Analyse sommaire des données recueillies

Tableau 2 : Synthèse des principaux résultats

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 %
Step 1 Consommation de tabac												
Pourcentage des adultes fumant actuellement du tabac	1135	119	10,5	8,7 -12,3	511	102	20,0	16,5 -23,4	624	17	2,7	1,4 -4,0
Pourcentage des adultes fumant actuellement du tabac quotidiennement	1135	104	9,2	7,5 -10,8	511	93	18,2	14,9 -21,5	624	11	1,8	0,7 -2,8
Pourcentage des adultes anciens fumeurs	1031	88	8,5	6,8 -10,2	418	84	20,1	16,3 -23,9	613	4	0,7	0,0 -1,3
Step 1 Consommation d'alcool												
Pourcentage des adultes qui ont consommé de l'alcool	1135	100	8,8	7,2 -10,5	511	74	14,5	11,4 -17,5	624	26	4,2	2,6 -5,7
Pourcentage des adultes qui s'abstiennent (pendant l'année écoulée)	100	32	32,0	22,9 -41,1	74	22	29,7	19,3 -40,1	26	10	38,5	19,8 -57,2
Pourcentage des adultes qui consomment de l'alcool actuellement (pendant les 30 derniers jours)	68	41	60,3	48,7 -71,9	52	34	65,4	52,5 -78,3	16	7	43,8	19,4 -68,1
Step 1 Consommation de fruits et légumes												
Pourcentage des adultes qui consomment moins de 5 portions de fruits par jour	852	756	88,7	86,6 - 90,9	383	338	88,3	85,0 -91,5	469	418	89,1	86,3 -91,9
Pourcentage des adultes qui consomment moins de 5 portions de légumes par jour	937	751	80,1	77,6 - 82,7	404	314	77,7	73,7 -81,8	533	437	82,0	78,7 -85,3
Pourcentage des adultes qui consomment 5 portions ou moins de fruits et légumes par jour	979	43	4,4	3,1 - 5,7	431	21,0	4,9	2,8 -6,9	548	22	4,0	2,4 -5,7

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 %
Step 1 Activité Physique												
Pourcentage des adultes ayant une activité physique de forte intensité dans le cadre du travail	1135	241	21 ,2	18 ,9 - 23 ,6	511	156	30 ,5	26 ,5 -34 ,5	624	85	13 ,6	10 ,9 -16 ,3
Pourcentage des adultes ayant une activité physique d'intensité modérée dans le cadre du travail	1135	437	38 ,5	35 ,7 - 41 ,3	511	223	43 ,6	39 ,3 -47 ,9	624	214	34 ,3	30 ,6 -38 ,0
Pourcentage des adultes pratiquant au moins 10 min de marche à pieds ou à vélo	1135	1016	89 ,5	87 ,7 - 91 ,3	511	474	92 ,8	90 ,5 -95 ,0	624	542	86 ,9	84 ,2 -89 ,5
Pourcentage des adultes pratiquant du sport ou une activité de loisir de forte intensité	1135	202	17 ,8	15 ,6 - 20 ,0	511	175	34 ,2	30 ,1 -38 ,4	624	27	4 ,3	2 ,7 -5 ,9
Step 2 Mesures physiques												
Pourcentage des adultes atteints de surcharge pondérale ou d'obésité (IMC \geq 25 kg/m ²)	1109	306	27 ,6	25 ,0 - 30 ,2	496	88	17 ,7	14 ,4 -21 ,1	613	218	35 ,6	31 ,8 -39 ,4
Pourcentage des adultes obèses (IMC \geq 30 kg/m ²)	1109	110	9 ,9	8 ,2 - 11 ,7	496	22	4 ,4	2 ,6 -6 ,2	613	88	14 ,4	11 ,6 -17 ,1
Pourcentage des adultes atteints d'obésité morbide (IMC \geq 40 kg/m ²)	1109	10	0 ,9	0 ,3 - 1 ,5	496	2	0 ,4	-0 ,2 -1 ,0	613	8	1 ,3	0 ,4 -2 ,2
Pourcentage des adultes (non enceinte) atteints de surcharge pondérale ou d'obésité	1058	289	27 ,3	24 ,6 - 30 ,0	496	88	17 ,7	14 ,4 -21 ,1	562	201	35 ,8	31 ,8 -39 ,7

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 %
Step 2 Pression artérielle												
Pourcentage de sujets connus hypertendus	650	97	14,9	12,2 - 17,7	268	31	11,6	7,7 -15,4	382	66	17,3	13,5 -21,1
Pourcentage de sujets sous traitement anti hypertenseur	97	31	32,0	22,7 - 41,2	31	8	25,8	10,4 -41,2	66	23	34,8	23,4 -46,3
Pourcentage de sujets découverts hypertendus (PAS ≥ 140 et/ou PAD ≥ 90 Hg)	1037	224	21,6	19,1 - 24,1	479	123	25,7	21,8 -29,6	558	101	18,1	14,9 -21,3
Pourcentage de sujets hypertendus (connus et découverts)	1134	321	28,3	25,7 - 30,9	510	154	30,2	26,2 -34,2	624	167	26,8	23,3 -30,2
Step 3 Diabète												
Pourcentage des adultes connus diabétiques	1097	19	1,7	1,0 - 2,5	490	8	1,6	0,5 - 2,8	607	11	1,8	0,8 -2,9
Pourcentage des adultes non connus diabétiques ayant une glycémie limite (glycémie ≥ 100 et <110mg/dl)	1078	23	2,1	1,3 - 3,0	482	11	2,3	0,9 -3,6	596	12	2,0	0,9 -3,1
Pourcentage des adultes découvert avec une glycémie élevée à jeun (glycémie ≥ 110mg/dl)* sans grossesse	1078	28	2,6	1,6 - 3,5	482	12	2,5	1,1 - 3,9	596	16	2,7	1,4 -4,0
Pourcentage des adultes diabétiques (connus et découvertes)	1097	47	4,3	3,1 -5,5	490	20	4,1	2,3 - 5,8	607	27	4,4	2,8 -6,1
Pourcentage des adultes diabétiques âgés de 35 ans et plus (connus et découverts)	416	38	9,1	6,4 -11,9	211	18	8,5	4,8 - 12,3	205	20	9,8	5,7 -13,8
Step 3 Cholestérol												
Pourcentage des adultes ayant un taux de cholestérol élevé (cholestérol ≥ 200 mg/d)	1107	124	11,2	9,3 - 13,1	494	38	7,7	5,3 - 10,0	613	86	14,0	11,3 -16,8
Pourcentage des adultes ayant un taux de cholestérol élevé très élevé (cholestérol ≥ 250 mg/dl)	1107	11	1,0	0,4 - 1,6	494	3	0,6	-0,1 -1,3	613	8	1,3	0,4 - 2,2

Commentaires du tableau 2

Tabac : Le pourcentage des adultes fumant actuellement du tabac était de 10,5 % (8 ,7-12,3).

Alcool : Le pourcentage des adultes qui ont déclaré consommer de l'alcool était de 8,8 % (7,2 -10 ,5). Parmi ceux-ci, 60,3% 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 4,4% (3,1-5,7).

Activité physique : Le pourcentage des adultes pratiquant du sport ou une activité de loisir de forte intensité était de 17,8% (15,6-20,0).

Surpoids et obésité : Le pourcentage des adultes (femmes enceintes exclues, n=51) atteints de surcharge pondérale ou d'obésité était de 27,3 (24,6 -30,0).

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 4,3% (3 ,1 -5,5). Le pourcentage des adultes en hyperglycémie était de 2,6 % (1 ,6 -3 ,5).

Hypercholestérolémie : Le pourcentage des adultes ayant une hypercholestérolémie était de 11,2 (9 ,3 -13 ,1).

3. Contraintes

Le contexte sociopolitique dans lequel cette enquête a été réalisée a entraîné un retard dans la mise en œuvre des activités. Ceci a conduit à un décalage dans le démarrage des activités et consécutivement à la réduction de l'envergure de l'enquête.

Ainsi, d'une enquête prévue pour être nationale, il n'a pu être réalisé que les étapes de la Ville de Conakry et celle de la Basse Guinée avant la date de péremption des bandelettes réactives (décembre 2009).

Conclusion

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

Les premières conclusions de ces données ont été présentées lors du Conférence Internationale Africaine sur le Diabète et les Maladies Associées.

Elles mettent en évidence l'ampleur des MNT et de leurs facteurs de risque au sein de la population de Conakry.

Les données STEPS pour la Basse Guinée sont en cours de compilation.

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

Introduction :

Nous manquons d'études, notamment épidémiologiques, organisationnelles et économiques, pour mesurer l'impact de l'émergence des maladies non transmissibles (MNT) sur les systèmes de santé des pays en développement. Ces données sont indispensables à la mise en place de politiques cohérentes de prévention et de soins pour apporter des réponses adéquates à la hauteur du défi des MNT. Les données partielles disponibles suggèrent que le diabète et l'hypertension artérielle apparaissent fréquents et insuffisamment diagnostiqués en Guinée. Des données fiables sont nécessaires pour identifier les priorités d'action.

Les objectifs de cette étude sont 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.

Méthode de l'enquête

L'étude inclura 9 000 sujets âgés de 25 ans et plus recrutés sur 9 sites en Guinée (un site rural et un site urbain dans chacune des 4 régions naturelles du pays, plus le site spécial de la ville de Conakry).

Elle sera réalisée selon le protocole STEPS de l'OMS, après adaptation et validation au contexte de la Guinée. 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.

Les procédures de vérification de la qualité des données et de contrôle de qualité comportent : la validation du questionnaire et du protocole, leur pré test, la formation des enquêteurs, la double saisie des données, les contrôles de qualité des analyses biologiques réalisées.

Les données validées seront saisies sur le logiciel Epi-Info et transférées sur le logiciel SAS® pour l'analyse statistique. Le plan d'analyse consistera, avec les tests statistiques appropriés (chi ², test t de Student et test de Wilcoxon), à décrire les sujets inclus au regard des principaux paramètres anthropométriques, nutritionnels et biologiques.

Le protocole de recherche aura été validé par le Comité National d'Éthique en Guinée.

Résultats attendus

Les informations recueillies permettront de disposer de données fiables sur les MNT et leurs facteurs de risque, dans l'objectif de la définition rationnelle d'une politique nationale de prise en charge préventive et curative des MNT qui servira de cadre pour orienter et coordonner les interventions des différents acteurs dans leurs actions de prévention et de traitement de l'obésité, du tabagisme, du diabète et de l'hypertension artérielle.

Les données de l'enquête serviront de base pour élaborer un programme national de lutte contre les MNT intégrant notamment l'obésité, le tabagisme, le diabète, l'hypercholestérolémie et l'hypertension artérielle.

Calendrier

L'étude est prévue pour une durée de 4 mois au total, dont 1 mois consacré à l'enquête proprement dite. La rédaction du rapport doit être achevée pour la fin du mois de mai 2009.

Annexe 2 : Liste des Superviseurs et enquêteurs de l'équipe STEPS - Conakry

N°	Superviseurs	Enquêteurs	N° Téléphone
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

Annexe 3 : Budget enquête STEPS – Conakry

Désignation	Quantité	Prix Unitaire	Montant (GNF)	Montant (USD)
1 – Coordination, conception, formation et encadrement			15 300 000	2 972
1-1 Indemnité Equipe de recherche (5 pers x 17 jours)	5	150 000	12 750 000	2466
1-2 Indemnité Data Manager (1 pers x 17 jours)	1	150 000	2 550 000	506
2 Collecte des données			53 040 000	10259
2-1 Prime des enquêteurs (6 x 4 pers x 17 jours)	24	100 000	40 800 000	7892
2-2 Prime Superviseurs (6 personnes x 17 jours)	6	120 000	12 240 000	2368
3 Véhicule/Carburant			28 560 000	5524
3-1 Carburant enquête (20l x 17 j x 7 Véhicules) ville de Conakry	2380	4 500	10 710 000	2072
3.2 Location véhicules (2 véhicules x 17 jours)	34	400 000	13 600 000	2631
3-3 Prime chauffeurs (5 ch x 17 j)	85	50 000	4 250 000	822
4- Fournitures Diverses			4 058 000	785
4-1 Balances pèse personnes	14	120000	1 680 000	325
4-2 Ruban mètres	24	1000	24 000	5
4-3 Toises	21	0	0	0
4-4 Piles pour OMRON (Moyenne)	60	2000	120 000	23
4-5 Lancettes B 200 (prélèvements sanguins)	10	45000	450 000	87
4-6 Gants B 100 (prélèvements sanguins)	40	35000	1 400 000	271
4-7 Coton 500 g (prélèvements sanguins)	12	17000	204 000	39
4-8 Solution antiseptique (prélèvements sanguins)	12	15000	180 000	35
5- Reprographie documents			3 170 000	613
5-1 Guide de formation (1 par superviseur + coordination)	7	30 000	210 000	41
5-2 Fiches et Formulaire (6 par sujet enquêté)	9800	200	1 960 000	379
5-3 Achat Cartables, stylos, papier	1	1000000	1 000 000	193
6- Sensibilisation & communication			22 090 000	4273
6-1 Frais de communication (1 carte/eqp/j et 1 carte/superviseur/j et 1 carte/coord/jour)	17	10 000	2 890 000	559
6-2 Sensibilisation radios : 2 radios, 3 j/sem	12	600 000	7 200 000	1393
6-3 Sensibilisation par les crieurs publiques	50	15 000	6 000 000	1161
6-4 Guides (1 par quartier)	50	15 000	6 000 000	1161

Désignation	Quantité	Prix Unitaire	Montant (GNF)	Montant (USD)
7- Base de données			0	0
7-1 Achat Destop et accessoires	0	5 500 000	0	0
8- Traitement/Exploitation des données			4 500 000	870
8-1 Analyse et agrégations des données (Équipe + Data)	6	150 000	4 500 000	870
8-2 Restitution des résultats (120 personnes)	120	25 000	0	0
TOTAL GENERAL			130 718 000	25 297

Base de calcul : 1400 sujets a examiner (7 personnes enquêtées /jour /enquêteur).

17 jours d'enquête (1 j d'identification préalable des premiers sites d'enquêtes, 15 j recueil de données, 1 jour de debriefing)