

**WORKSHOP ON
IMCI ORIENTATION
IN TOGO**

Lomé, Togo

April 7-12, 1997

Dr. Adama Koné

TABLE OF CONTENTS

ACRONYMS	v
SUMMARY	1
PURPOSE OF THE TRIP	1
BACKGROUND	1
TRIP ACTIVITIES	2
RESULTS/CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS	2
FOLLOW UP ACTIONS REQUIRED	4
APPENDIXES	
Appendix A	Rapport Préliminaire du Séminaire-Atelier d'Orientation sur la Prise en Charge Intégré des Maladies de l'Enfant (DRAFT)
Appendix B	Rapports des groupes de travail (3)
Appendix C	List of participants
Appendix D	Calendrier d'activités

ACRONYMS

ARI	Acute Respiratory Infections
BASICS	Basic Support for Institutionalizing Child Survival
CCCD	Combating Communicable Childhood Diseases (project)
CDD	Control of Diarrheal Diseases
CDR/IMCI	Control of Diarrheal and Respiratory Infections/Integrated Management of Childhood Illnesses
EPI	Expanded Program on Immunization
FHA/SFPS	Family Health and AIDS/Familiale et Prévention du SIDA
GTZ	German Technical Cooperation Agency
MOH	Ministry of Health
PHC/BI	Primary Health Care/Bamako Initiative
UNICEF	United Nations Children Fund
WHO/AFRO	World Health Organization/Africa Regional Office

SUMMARY

BASICS Regional Director, Dr. Adama Kone traveled to Lome, Togo, on April 7-12, 1997, to conduct the IMCI orientation workshop in collaboration with Dr. Musindé Sangwa, WHO/AFRO CDR/IMCI regional advisor.

During the three days of the preparatory period, the workshop agenda was finalized (with collaboration from CDD and ARI program managers), and guidelines to help child survival program managers to present their programs were developed. Sangwa and Kone also helped with the workshop organization; Kone handled the financial issues of the workshop.

Sangwa and Kone met the Minister of Health, the Director General of Health and his deputy to inform them about the workshop agenda and to discuss issues related to IMCI.

Sixty-five persons attended the workshop from both central and regional levels. Kone and Sangwa presented information about IMCI, the strategy and its implications; the Deputy Director of Health and the Director of Primary Health Care gave presentations on child health status in Togo and the coordination between child survival programs. The CDD, ARI, EPI and nutrition program managers presented their program activities. Based on presentations and subsequent discussions, three working groups identified problems related to IMCI implementation, determined causes and proposed solutions. At the end a consensus was drawn and it was decided that Togo is ready for IMCI implementation. Recommendations were made to MOH officials for immediate action so that the process can begin.

PURPOSE OF THE TRIP

The purpose of the trip was for the BASICS regional director to conduct the IMCI orientation workshop in collaboration with the WHO/AFRO CDR/IMCI regional advisor. Specifically he was to assist national partners (CDD, ARI managers) with the preparation of the workshop, technically as well as operationally. In collaboration with the WHO/AFRO CDR/IMCI regional advisor, he was to conduct the workshop activities and facilitate group and plenary sessions to bring about consensus on IMCI implementation.

BACKGROUND

Togo is the country selected among REDSO/FHA project countries to implement the IMCI strategy. The MOH/Togo requested that BASICS assist in conducting activities involved in the process. BASICS met with MOH officials and the WHO/AFRO CDR/IMCI regional advisor on several occasions to discuss IMCI implementation in Togo. In December 1996, a joint strategic plan for IMCI, ARI and CDD activities was developed by BASICS, AFRO, UNICEF and SFPS. A preliminary visit conducted by WHO/AFRO to Togo to assess IMCI feasibility was taken into

✓

4

consideration. BASICS is taking the lead in IMCI implementation in Togo, though WHO/AFRO will provide technical assistance as well.

TRIP ACTIVITIES

During three days Kone and Sangwa worked with national counterparts (CDD and ARI managers) to prepare the workshop. During that preparation period they also met with officials from the Ministry of Health (the Minister of Health, the General Director and his deputy) and the WHO representative. The FHA project representative was out of town.

The workshop was conducted for two days and the workshop report was drafted on April 12, 1997, with the participation of local facilitators.

RESULTS/CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS

During the three-day preparatory period, the BASICS and WHO/AFRO team worked mostly with CDD and ARI program managers. The workshop agenda was finalized, and guidelines to help child survival program managers to present their programs were developed. The team also helped with the workshop organization and Kone handled the financial management of the workshop.

Sangwa and Kone met the Minister of Health, the Director General of Health and his deputy to present the workshop agenda and an overview on IMCI strategy. In spite of the general concern expressed about the increased number of training seminars, the Minister of Health mentioned that this workshop is a welcomed one as it will discuss a strategy to rationalize program training and funding. The team also discussed issues related to IMCI with the WHO representative.

The two-day workshop was attended by 65 persons from both central and regional levels. Kone and Sangwa gave detailed information about IMCI, the strategy and its implications, and the implementation steps; the Deputy Director of Health and the Director of Primary Health Care gave presentations on child health status in Togo and the coordination between child survival programs. The CDD, ARI, EPI and nutrition program managers presented their program activities. Discussions were conducted for clarifications or for more information about the strategy or programs.

Based on presentations and subsequent discussions, three working groups worked on the following issues:

- ▶ Health system organization, referral system, program coordination and financing, and donor interventions;

- ▶ Availability of program policy and directives, case management directives and availability of essential drugs; and
- ▶ Training and supervision strategies (including follow-up with trained health workers) and funding of activities.

Each group identified problems related to IMCI implementation, determined causes and proposed solutions.

During plenary and group sessions, participants had the opportunity to propose their own ideas on the feasibility of IMCI in Togo and its implications. Key MOH officials at various levels of the health structure (central and regional) expressed their critiques, concerns and conditions under which the IMCI strategy should be implemented. Donor agency representatives made verbal commitments to support IMCI implementation activities as these are part of their child survival support programs in Togo.

At the end a consensus was drawn and it was decided that Togo is ready for IMCI implementation. The following reasons were mentioned:

- ▶ Togo had a positive experience in child survival with the CCCD/USAID project.
- ▶ There are existing policies and directives for case management which could be taken into consideration in IMCI, but there is great need for collaboration among the programs involved.
- ▶ There is agreement to introduce IMCI into health schools' curricula.
- ▶ Because of the cost recovery system (PHC/BI), there is a possibility of mobilizing funds to ensure drug availability.
- ▶ There was commitment by all participants at this meeting in supporting IMCI implementation activities at all levels.
- ▶ Other donors (UNICEF, GTZ) are also interested in supporting IMCI implementation in Togo.

The following conditions to make IMCI implementation possible were mentioned.

- ▶ Other funding sources (WHO, World Bank, UNICEF) in addition to BASICS should be investigated.
- ▶ The technical committee should be dynamic. It was recommended that this committee be created as soon as possible and the focal point designed.

- ▶ The availability, leadership and full commitment of persons involved in implementing IMCI in Togo is necessary.

FOLLOW UP ACTIONS REQUIRED

- ▶ An official decision should be made as soon as possible to confirm the MOH's commitment to implement IMCI in Togo.
- ▶ A technical committee should be appointed and a focal point designed to coordinate IMCI activities.
- ▶ Dates should be determined for planning IMCI activities and the introduction of course material adaptation.

APPENDIXES

APPENDIX A

**Rapport Préliminaire du Séminaire-Atelier d'Orientation sur
la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant**



RAPPORT PRELIMINAIRE DU SEMINAIRE-ATELIER
D'ORIENTATION SUR LA PRISE EN CHARGE INTEGREE DES
MALADIES DE L'ENFANT

(PCIME)

Lomé les 10, 11 et 12 Avril 1997

par

Dr GAYIBOR Anani Directeur PNL
Pr TATAGAN-AGBI Komlan, Directeur IRA
Dr AGBOBLI APETSIANYI Eli, Directrice PNLMD
Dr KPINSAGA Djarba, Chef service maladies transmissibles
Dr MORGAH Kodjo, Directeur Régional de la Santé Plateaux
Dr OCLOO Avuletey, Directeur Préfectoral de Santé Zio
Dr AGBERE Abdou Rahmane, Pédiatre CHU Tokoin
Dr ADAMA KONE, Directeur Régional BASICS, Dakar
Dr T. MUSINDE Sangwa, Conseiller inter pays LMD/IRA/PCIME, OMS Abidjan

ABBREVIATIONS

3CD (CCCD)	Combating Children Communicable Diseases
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CPC	Contrôle / Promotion de la Croissance
CS	Centre de Santé
DAC	Direction des Affaires Communes
DC	Directeurs Centraux
DGA	Directeur Général Adjoint
DGS	Direction Générale de la Santé
DPS	Direction Préfectorale de la Santé
DRS	Direction Régionale de la Santé
DSF	Division de la Santé Familiale
DSSP	Direction des Soins de Santé Primaires
ENAM	Ecole Nationale des Auxiliaires Médicaux
HP	Hôpital de Préfecture
HS	Hôpital Secondaire
IB	Initiative de Bamako
IEC	Information Education Communication
IRA	Infections Respiratoires Aiguës
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
JA	Jeunes & Adolescents
LMD	Lutte contre les Maladies Diarrhéiques
MEG	Médicaments Essentiels Génériques
MSP :	Ministère de la Santé Publique
PCIME :	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNLS/MST	Programme National de lutte contre le SIDA/Maladies Sexuellement Transmissibles
SMAM	Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel
SMI/PF	Santé maternelle et Infantile / planification Familiale
SNES	Service National d'Education pour la Santé
SRO	Sel de Réhydratation Oral
UB	Université du Benin
UPC-SE	Unité de planification et de Coordination des Activités pour la Survie de l'Enfant.
USAID	United States Agency for International Development
USP	Unité de Soins Périphérique

I. INTRODUCTION

Du 10 au 12 Avril 1997 s'est tenu au centre FOPADEC d'Agoné le premier séminaire d'orientation sur la Stratégie de la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME). A ce séminaire étaient présents les représentants des différents secteurs du Ministère de la Santé: direction générale, chefs de programmes, directeurs des hôpitaux centraux, régionaux et préfectoraux, directeurs des Ecoles de formation en science de la santé, un démographe, un anthropologue, le secteur privé, les organismes internationaux comme UNICEF, OMS, OCDI (Organisation pour la Charité et le Développement Intégral), GTZ

La tenue de ce séminaire résulte des discussions antérieures entre le Directeur Général de la Santé et le Directeur de la Lutte contre la Maladie de l'OMS/AFRO, de la visite préliminaire du conseiller interpays de l'OMS/AFRO en 1996. Dans le cadre du projet Santé Familiale et Prévention du SIDA, le projet BASICS s'est engagé à appuyer les activités de la PCIME au Togo. En novembre 1996, au cours de la réunion des coordinateurs LMD/IRA à Bamako, l'OMS et BASICS ont eu des entretiens avec les représentants togolais sur le démarrage des activités. Les contacts ont été aussi menés pour assurer la participation technique de l'OMS/AFRO.

2. OBJECTIFS DE L'ATELIER

- Informer les participants sur les bases de la PCIME, la procédure, les étapes et les implications de la mise en oeuvre de la PCIME
- Proposer des solutions aux problèmes pouvant avoir une incidence sur la mise en oeuvre de la PCIME.
- Discuter et faire des recommandations pour les étapes suivantes

3. RESULTATS ATTENDUS

- Les participants auront été informés sur les bases de la PCIME, la procédure, les étapes et les implications de la mise en oeuvre de la PCIME.
- Des solutions aux problèmes pouvant avoir une incidence sur la mise en oeuvre de la PCIME au Togo seront recommandées
- Des recommandations seront faites pour la mise en oeuvre de la première année.

4. METHODOLOGIE

- Exposés en plénière
- Travaux de groupes suivis de présentation et discussion des rapports en plénière

R

5. DEROULEMENT DES ACTIVITES

Dès leur arrivé les consultants ont rencontré les responsables LMD/IRA. Pendant 3 jours, ils ont eu à finaliser le calendrier de travail, à préparer des guides de présentation, de travaux de groupe et à assurer l'organisation matérielle et financière de l'atelier.

Ils ont en outre rencontré Son Excellence le Ministre de la Santé, le Directeur Général de la Santé, le Directeur Général Adjoint et le représentant de l'OMS/Togo pour les informer sur la stratégie de la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant.

Du 10 au 11 Avril 1997, les consultants ont facilité les travaux de l'atelier et des présentations sur la situation de la survie de l'enfant ont été faites par les responsables des programmes et des directeurs des services centraux.

La journée du 12 a été consacré à rédaction du rapport de l'atelier.

6. RESULTATS

6.1. Présentation des Informations de base et justification de la PCIME.

La prise en charge intégrée des maladies de l'enfance est une approche des soins destinée à assurer la prise en charge de l'enfant malade comme un tout et lui offrir des soins intégrés à l'occasion de chaque contact avec les services de santé. Elle prend en compte les aspects curatifs, préventifs et promotionnels des soins de l'enfant. Le tout est offert de manière à assurer la rationalisation et l'efficience des soins.

L'objectif est de contribuer à la réduction du taux de mortalité infantile de 50 % tels que fixé par le Sommet Mondial de l'Enfance.

La PCIME se justifie par les raisons suivantes:

- La mortalité infantile est encore élevée dans les pays en développement. En 1993 12,2 millions de décès ont été enregistrés dans ces pays.
- Les principales causes de mortalité sont les infections respiratoires aiguës (33,7%), les malnutritions (29 %), les maladies diarrhéiques (24 %), le paludisme (7,7 %) la rougeole (9,7 %). Individuellement ou en association, ces affections sont responsables d'environ 71 % de décès chez les enfants de moins de cinq ans.
- Selon une étude menée au Kenya, 50 % des décès des enfants de moins de 5 ans surviennent à domicile et 50 % dans les formations sanitaires de premier niveau et de référence.

Parmi les enfants qui se présentent en consultation, un sur quatre vient pour l'une de ces affections:

B

- Par ailleurs les enfants souffrent parfois de plus d'une pathologie et présentent des signes qui se chevauchent souvent.
- L'expérience des programmes spécifiques mis en oeuvre jusqu'à ce jour, a montré qu'il y a des moyens efficaces pour lutter contre les maladies les plus meurtrières de l'enfant.

L'approche PCIME vise à assurer les soins globaux, intégrés et continus en utilisant des outils efficaces pour assurer la prise en charge des enfants malades. Elle intègre les aspects curatifs, préventifs et promotionnels.

Concernant la procédure, la PCIME utilise des signes cliniques ayant une valeur prédictive élevée permettant d'évaluer et classer la maladie de l'enfant, choisir le traitement et le lieu où celui-ci doit avoir lieu; donner les conseils à la mère et suivre l'enfant malade afin d'assurer la continuité des soins.

Un nombre limité de médicaments nécessaires (13) permet de répondre aux besoins du traitement à coût abordable.

Pour rendre les agents de santé capables d'appliquer la PCIME, l'OMS et l'UNICEF ont développé un cours de formation de 11 jours. Il est destiné aux agents de santé prenant en charge les enfants en consultation externe.

Le matériel de formation est constitué de 7 modules, 4 tableaux muraux, un livret regroupant les 4 tableaux, le livret des photos, les cassettes vidéo, fiches de prise en charge, de 4 guides pour animer le cours.

Le cours accorde place prépondérante à la pratique à laquelle 45 % à 50 % du temps sont consacrés.

6.2. Implication et les étapes de mise en oeuvre

Les exposés sur l'implication et les étapes de mise en oeuvre de la PCIME ont été fait par les Drs Musindé et Koné.

Les éléments importants et indispensables de l'implication sont:

1. Un engagement politique ferme
2. Une disponibilité des politiques et des directives de prise en charge
3. Un système de santé opérationnel, notamment:
 - * la disponibilité des médicaments et consommables
 - * existence d'un système de supervision opérationnelle
 - * existence d'un système de référence opérationnelle
 - * adoption de l'intégration

4. Un personnel formé dans une approche intégrée
5. Une coordination entre les programmes impliqués

Les étapes de la mise en oeuvre

La mise en oeuvre de la PCIME nécessite une planification des activités. Dans cette planification, l'ampleur du travail réside dans les différentes étapes du processus et les conditions de mise en oeuvre. Les étapes à suivre pour la mise en oeuvre de la PCIME sont:

- a) Introduction de la stratégie dans le pays
- b) La visite préliminaire
- c) Le séminaire d'orientation et de consensus, mise en place d'un groupe de travail
- d) La planification de la première année
- e) L'adaptation du matériel générique de formation
- f) La planification de la stratégie de formation
- g) La planification du suivi et du monitoring
- h) La formation de l'équipe centrale de formateurs
- i) La formation des formateurs
- j) Le premier cours de formation des prestataires
- k) Le suivi et monitoring
- l) L'évaluation de la première année.

Un accent particulier est mis sur:

- . La revue des directives ou politiques nationales de chaque programme en respectant les standards et les normes recommandés par l'OMS.
- . La revue des liquides, des alimentations et les médicaments
- . La revue des technologies
- . L'adaptation de la carte de la mère en utilisant des termes compris par les mères.
- . L'implication des institutions de formation pour permettre la pérennisation du processus
- . L'importance de la mobilisation des ressources locales, préalables pour solliciter des ressources extérieures

Les exposés ont été suivis de débats fructueux qui ont permis aux participants de mieux comprendre les implications et les étapes de mise en oeuvre de la PCIME.

6.3. La situation de l'enfant togolais

Cet exposé fait par le DGA/Santé a d'abord précisé les structures et programmes s'occupant de la santé de l'enfant comme suit:

- La Division de la Santé Familiale ou bientôt de la Santé Reproductive dont le

15

volet "Santé de l'Enfant" s'intéresse à : néonatalogie; allaitement maternel, nutrition, PEV, suivi de la croissance; la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (Maladies Diarrhéiques, IRA, Paludisme, malnutrition); Promotion de la Santé Scolaire; Education à la Vie Familiale; Promotion de la scolarisation des jeunes filles.

- La Division de l'Epidémiologie qui s'occupe actuellement du PEV

NB: les 2 divisions dépendent de la Direction des Soins de Santé Primaires

Rappelons que les projets CCCD/Togo/USAID et UPC-SE (Unité de Planification et de Coordination des Activités pour la Survie de l'Enfant) avaient dans un passé récent initié la prise en charge intégrée du paludisme, de maladies diarrhéiques, du PEV, et pour l'UPC-SE l'extension au contrôle et promotion de la croissance.

En 1995, les principaux indicateurs de l'état de santé de l'enfant togolais étaient:

- Taux de mortalité de moins de 5 ans: 128 pour 1000
- Taux de mortalité infantile: 80 pour 1000
- 20% des nouveaux-nés avaient un poids inférieur à 2500g
- % des enfants nourris au sein: - exclusif jusqu'à 3 mois: 10% - jusqu'à 9 mois: 86% - jusqu'à 23 mois: 68%
- % des enfants de moins de 5 ans atteints de malnutrition protéino-énergétique (modérée: 24% et grave 6%)
- % des enfants avec goitre 22%
- Couverture vaccinale: BCG 81%, DTC 73%, Polio 71%, rougeole 65%, VAT (femme) 43%
- Taux d'accroissement de la population =3,1%
- Indice synthétique de fécondité= 6,3

Dans le souci d'améliorer l'état de santé des enfants, le ministère de la santé a entrepris de redéfinir les stratégies de développement sanitaire aux fins de réduire les taux de mortalité et de morbidité spécifiques des maladies courantes de l'enfant de moins de 5 ans (paludisme, rougeole, diarrhée, IRA, malnutrition et autres maladies évitables).

Trois axes stratégiques, soutenu par l'IEC, ont été retenus:

1. La prévention: Contrôle/promotion de la croissance (CPC), PEV
2. Soins curatifs:
 - * Prise en charge correcte des cas
 - * disponibilité en médicaments essentiels
 - * amélioration de l'accessibilité aux soins de qualité

3. La participation communautaire

Le ministère a ainsi élaboré un plan d'action avec les partenaires au développement:

UNICEF : Programme Santé/Eau en voie de mise en oeuvre

OMS/Banque Mondiale: Avant projet de Politique et Standard de Santé Reproductive rédigée.

Aussi l'actuel séminaire-atelier vient t-il renforcé les actions en cours pour une meilleure prise en charge des enfants malades (PCIME).

6.4. La situation des programmes et les mécanismes de coordination

Afin d'informer les participants sur la situation actuelle des programmes, devant intégré leur activités dans le cadre de la PCIME, les responsables de ces programmes ont fait une présentation sommaire portant sur :

- les objectifs
- les politiques et directives
- la mise en oeuvre
- les résultats
- les contraintes et solutions
- la coordination avec les autres programmes

Il s'agit de programmes Contrôle/Promotion et Croissance (CPC/Nutrition), IRA, LMD, Paludisme, PEV.

Programme CPC/Nutrition

Les objectifs principaux sont:

- Promouvoir l'allaitement maternel exclusif
- Assurer la surveillance de la croissance des enfants

Les politiques et directives sont:

- Application des principes de l'allaitement maternel exclusif
- Le suivi de la croissance des enfants
- Le dépistage des facteurs de risque de la malnutrition chez les enfants
- La distribution des capsules d'iode dans les zones endémiques
- La distribution de la vitamine A.
- La distribution du fer et de l'acide folique aux femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans.

Les résultats obtenus:

Ils se résument comme suit:

- 25 hôpitaux sont devenus hôpitaux "Amis des Bébé" de même que tous les centres de PMI de Lomé, le centre de santé des forces armées et de la Caisse de Sécurité Sociale.
- Célébration de la semaine mondiale de l'allaitement maternel
- Introduction d'une nouvelle fiche de surveillance de la croissance dans toutes les formations sanitaires
- Enquête de prévalence de goître dans la région de Blitta
- Lancement officiel de la lutte contre le goître
- Signature de l'arrêté Interministériel interdisant l'importation du sel non iodé

Programme de Lutte contre les Infections Respiratoires Aiguës

Le programme élaboré en 1992 avec l'appui de l'OMS a pour objectifs principaux de:

- Réduire la mortalité due aux IRA chez les enfants de 0 à 5 ans
- Limiter l'usage inapproprié des antibiotiques et des médicaments dans le traitement des IRA.

Les stratégies d'approche de ces objectifs sont:

- La formation du personnel de santé à la prise en charge standardisée des cas IRA en s'appuyant sur les directives de l'OMS
- La vaccination, en mettant l'accent sur les stratégies de vaccination qui sont déjà prises en compte par le programme PEV
- La prévention des facteurs de risque en collaboration avec la division de la santé familiale et le service national d'éducation pour la santé; on mettra l'accent sur les mesures qui peuvent réduire la malnutrition, les faibles poids de naissance, les carences nutritionnelles spécifiques, la pollution de l'environnement, l'allaitement maternel exclusif et la prévention du VIH.

Gestion du programme

Le programme est géré par un comité national de lutte contre les IRA dont les membres sont les

décideurs de niveau central et les acteurs de terrain, DRS, DPS etc.

Activités du programmes

- 1992: signature de l'arrêté ministériel créant le comité national
- 1994: colloque national de sensibilisation
- 1994: enquête épidémiologique de prévalence dans les préfectures de Kloto et Yoto
- 1995: formation des formateurs (DRS, DPS)
- 1996: Formation intégrée des assistants médicaux en fin de cycle à la prise en charge des cas d'IRA et MD
- 1996: 3 séances de causeries avec le personnel médical sur les IRA
- 1997: activités de suivi et de supervision
- 1997: recherche opérationnelle sur les otites (en cours)
- 1997: Prise de contact avec les ONG en vue de collaboration et intégration d'activités

Contraintes

A l'étape actuelle de la mise en place du programme, on note une meilleure sensibilisation du personnel à la prise en charge d'IRA et maladies diarrhéiques (MD), mais beaucoup reste à faire pour le renforcement des acquis.

Programme National de Lutte contre les Maladies Diarrhéiques (PNLMD)

Les principaux objectifs sont:

- Réduire la morbidité et la mortalité dues aux maladies diarrhéiques (MD) chez les enfants de moins de 5 ans.
- Limiter l'usage inapproprié des antidiarréiques et des antibiotiques dans le traitement de la diarrhée

Les politiques et directives

Mise en oeuvre depuis 1981, le programme dispose d'une politique national depuis novembre 1992. Les directives du programme sont celles recommandées par l'OMS

Les stratégies de mise en oeuvre sont:

- La formation initiale et en cours d'emploi
- La prise en charge correcte des cas de diarrhée tant au niveau domiciliaire que dans les formations sanitaires
- La promotion des mesures préventives peu coûteuses et d'efficacité éprouvée
- Le renforcement de la lutte contre le choléra

Activités du programme

- La formation intégrée LMD/IRA des formateurs régionaux et préfectoraux réalisée en 1995
- La formation intégrée LMD/IRA des assistants médicaux en fin de cycle à la prise en charge correct des cas d'IRA et MD
- Approvisionnement des formations sanitaires touchées en SRO, médicaments et solutés
- L'introduction de l'enseignement d'un module LMD/IRA dans les programmes des écoles de formation
- L'implémentation et l'équipement d'une unité de TRO au CHU et au niveau des districts
- La sensibilisation des populations des zones touchées
- Le lancement du projet de marketing social de SRO

Financement du programme

Plusieurs organisations ou institutions apportent leur appui financier au programme pour la réalisation de ces activités. Il s'agit de l'OMS, UNICEF, IDA et BASICS.

Les Contraintes

Le programme souffre de l'absence de préparation pour faire face aux épidémies, de pénurie de médicaments et solutés pour la prise en charge des cas, des lenteurs administratives, de la vétusté du véhicule.

Solutions

Pour remédier à ces insuffisances, le programme envisage de :

- Assurer un suivi et un recyclage du personnel sur la prise en charge des cas
- Acheter un nouveau véhicule
- Constituer un stock minimum de médicaments, solutés, réactifs de laboratoire et produits sanitaires pour faire face aux épidémies de diarrhée grave.

Programme National contre le Paludisme

Objectif

Réduire la mortalité et la morbidité dues au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans et chez les femmes enceintes.

Les stratégies de mise en oeuvre

- Prise en charge correcte des cas de paludisme

- Prévention par l'utilisation des moustiquaires imprégnées et par la chimioprophylaxie des femmes enceintes

Activités de mise en oeuvre

- Formation/recyclage des agents
- La recherche opérationnelle

Programme Elargi de Vaccination (PEV)

Le But de ce programme est empêché la propagation dans la communauté des maladies de l'enfance pour lesquelles il existe un vaccin.

Objectif Général

Etendre la couverture vaccinale à au moins 80% des enfants de moins d'un an pour tous les antigènes

Objectifs régionaux

- Contrôler la rougeole d'ici 1995
- Eliminer le tétanos néonatal en 1995
- Eradiquer la poliomyélite en l'an 2000
- Contrôler la fièvre jaune en l'an 2000
- Contrôler l'hépatite B en l'an 2000

Politique et Directive

Le PEV prend en compte la vaccination des enfants de 0 à 23 mois et les femmes en âge de procréer; mais l'attention doit être surtout portée sur les enfants de moins d'un an et les femmes enceintes.

Les maladies contre lesquelles le PEV agit sont : la Rougeole, la Poliomyélite, la Coqueluche, le Tétanos et la Tuberculose

Stratégies de mise en oeuvre

- l'engagement politique
- l'administration de vaccins sûrs et efficaces au groupe cible.
- la surveillance épidémiologique des maladies cibles

Résultats obtenus

Depuis la mise en oeuvre du Programme en 1980, les taux de couverture vaccinale ont continué à croître lentement pour atteindre en 1990:

- Près de 100 % pour le BCG
- 77 % pour le DTC3 et VPO3
- 65 % pour le VAR
- 78 % pour le VAT

Mais à partir de 1991 on assiste à une chute tendancielle de taux de couverture vaccinale due à:

- la non disponibilité permanente des vaccins
- la démotivation de la population suite aux troubles socio-politiques
- l'insuffisance des ressources matérielles et financières.

Contraintes et problèmes

- Ruptures fréquentes des vaccins dues aux désengagement des partenaires
- La vétusté du matériel de chaîne de froid
- L'insuffisance des fonds alloués au PEV
- Difficultés d'intégrer les vaccins anti amaril et contre l'hépatite B à cause de leur coût élevé

Solutions envisagées

- Créer une ligne budgétaire par l'Etat pour le PEV
- Rechercher d'autres partenaires pour l'achat des vaccins
- Intégrer les activités du PEV à celles d'autres programmes afin de minimiser les coûts

Les mécanismes de coordination des Programmes

Conformément au Cadre Africain de Développement Sanitaire adoptés par les Ministres de la Santé de la Région Afrique en 1995, le système de santé comporte 3 niveaux: le niveau central, le niveau régional avec le Centre Hospitalier Régional comme 2^e niveau de référence et le niveau périphérique avec l'hôpital de préfecture comme premier niveau de référence et l'Unité de Soins Périphérique (USP) comme premier niveau de contact.

L'organigramme du département du Ministère de la Santé comprend plusieurs niveaux dont les principaux sont : Le Cabinet , la Direction Générale de la Santé , les Directions Centrales qui comprennent les Divisions et les Services, les Directions Régionales et les Directions Préfectorales.

Pour répondre aux besoins des communautés et résoudre les problèmes de santé le département dispose d'un certain nombre de programmes prioritaires (Paludisme, LMD, Nutrition, PEV, IRA et autres).

Les mécanismes de coordination de ces programmes sont :

- la planification annuelle ascendente qui va jusqu'à la budgétisation

- le suivi trimestriel régional
- le suivi semestriel central
- la collaboration avec diverses institutions.

6.5. Identification des problèmes et leurs solutions

A partir des exposés sur la stratégie de la PCIME et ses implications, sur la situation sanitaire de l'enfant togolais et enfin sur la situation des programmes relatifs à la survie de l'enfant (LMD, IRA, PEV, Nutrition et Paludisme, 3 groupes de travail se sont penchés sur les thèmes ci-après:

Groupe 1 : Organisation du système sanitaire, la référence , coordination des programmes et financement national, coordination des interventions des partenaires

Groupe 2 : Disponibilité des politiques et directives des programmes, les instructions sur la prise en charge des cas , disponibilité et approvisionnement en médicaments.

Groupe 3 : Stratégie de formation, stratégie de supervision, stratégie de suivi des agents, financement des activités.

Chaque groupe a, dans un premier temps identifié les problèmes et déterminer leurs causes eventuelles, et dans un second temps proposé des solutions à plus ou moins long term tout en identifiant les responsables devant être chargé de la mise en oeuvre de ces solutions.

Il a été mentionné des problèmes d'ordre structurel, organisationnel, technique et opérationnel, notamment les politiques et directives non formalisées ou diffusées à large echelle, l'insuffisance du personnel qualifié, le non respect des normes de formation et de supervision, l'inadéquation de la formation de base, manque de support adequat de supervision, la faiblesse dans la coordination entre les différents programmes. Les solutions proposées sont relatives aux problèmes identifiés (voir annexe rapports de groupe de travail).

6.6. Concensus

Au cours de la plénière et suite aux présentations des travaux de groupes, les participants ont pu apprécier la stratégie de la PCIME et les implications de sa mise en oeuvre. Chaque participant avait l'opportunité de s'exprimer pour faire part de ses critiques et commentaires sur la faisabilité de la stratégie PCIME. Il a été notamment demandé aux responsables des différents niveaux de la structure sanitaire et aux representants des organisations internationales présents dans la salle d'exprimer leur point de vue sur la nécessité de mettre en oeuvre la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant au TOGO. Il ressort des discussions que le TOGO est prêt pour démarrer la PCIME . Parmi les raisons avancées on peut retenir :

- * L'expérience positive avec le projet CCCD de l'USAID

- * L'existence des directives pour les maladies prises en compte dans PCIME, mais avec la nécessité d'une coordination.
- * L'accord d'introduire dans le curriculum des Ecoles de Formation les modules de la PCIME.
- * Grâce au recouvrement de coût (SSP/IB) il y a possibilité de mobiliser les ressources.
- * Engagement des participants à apporter leur contribution à tous les niveaux du système

D'autre part, il est à souligner la nécessité de réunir un certain nombre de conditions favorables à la réussite de la PCIME :

1. La disponibilité des fonds externes outre ceux de BASICS et l'appui technique de l'OMS. D'autres partenaires présents (Banque Mondiale , UNICEF) ont promis apporter leur appui financier.
2. Le dynamisme du comité d'exécution. A cet effet, il a été recommandé la nomination dans un bref délai d'un comité de la mise en oeuvre de l'approche et la désignation d'un point focal chargé d'animer tout le processus de la mise en oeuvre.
3. La disponibilité, la responsabilisation et l'implication des personnes chargées de la mise en oeuvre.

7. Recommandations pour les étapes suivantes

- Faire une note circulaire de lancement d'un système national de supervision au plus tard fin 1997
- Elaborer une proposition à soumettre au gouvernement
- Faire des propositions concrètes au ministère des finances pour faciliter les procédures d'utilisation des fonds
- Inciter les comités Gestion (COGES) et les CA (conseil Administration) à inscrire une ligne budgétaire pour la formation.

CALENDRIER D'ACTIVITES

Dimanche 6 Avril 1997	Arrivée des Consultants
Lundi 7 Avril 1997	Rencontre avec les Responsables LMD/IRA Préparation du calendrier d'activités
Mardi 8 Avril 1997	Visite au Ministre de la Santé Directeur Général de la Santé Directeur Général Adjoint de la Santé Représentant de l'OMS
Mercredi 9 Avril 1997	Organisation matérielle et financière Finalisation du Calendrier de Travail Préparation des guides de présentation ,de travaux de groupe
Jeudi 10 et Vendredi 11 Avril 1997	Conduite effective du séminaire d'orientation
Samedi 12 Avril 1997	Rédaction du rapport
Dimanche 13 Avril 1997	Départ des Consultants

APPENDIX B

Rapports des Groupes de Travail (3)

ORGANISATION DU SYSTEME SANITAIRE

Problèmes	Causes	Solutions	Responsables
Organigramme insuffisamment diffusé	Crise socio-politique Rétention de la diffusion	Assurer une diffusion en cascade	DGS, DC, DRS, DPS
Pléthore de services au niveau de l'organigramme	Trop de détails	Restructurer par un regroupement de service	DAC, Planification
Décentralisation non opérationnelle	Insuffisance de la maîtrise de concept de décentralisation	Rendre effective la politique de décentralisation	Cabinet
Mauvaise répartition des USP	Absence de plans de couverture	Elaborer et mettre en oeuvre un plan de développement sanitaire	DGS DAC, Planification
Insuffisance de ressources humaines qualifiées	Arrêt de recrutement	Former et recruter du personnel qualifié Opérer un redéploiement judicieux du personnel en fonction	DAC
Absence de complémentarité entre différents services/niveau	Insuffisance dans l'organisation des services	Instituer et renforcer un réseau de communication, de complémentarité et de collaboration entre différents services Mener à terme la politique actuelle de développement de district sanitaire	DGS
Absence d'une politique claire de développement de district sanitaire	Lenteur dans l'élaboration	Instituer un monitoring au sein du système. Rendormer le contrôle et la supervision	DGS
Insuffisance de maîtrise de concept de population de responsabilité	Insuffisance de maîtrise du concept de système de santé de district	Former le personnel aux techniques de communication	DGS; DRS; DPS
Insuffisance d'implication de la communauté	Manque de maîtrise des techniques de communications	Former, recycler et motiver les gens Former les nouveaux comités; recycler les anciens et motiver tous les membres	DGS; Partenaires
Faible performance des comités de gestion	Mauvaises identification des membres Insuffisance de formation	Cultiver la notion de responsabilité	DSSP
Absence de leadership	Absence de notion d'entreprenariat		DSSP Cabinet DGS

27

28

REFERENCE COORDINATION DES PROGRAMMES FINANCEMENT NATIONAL

PROBLEMES	CAUSES	SOLUTIONS	RESPONSABLES
Insuffisance /manque de structures d'accueil et de moyens (humains; matériels, financiers et logistiques)	insuffisance dans l'organisation des services	Créer les structures d'accueil adapter à chaque niveau	Responsables des formations sanitaires
Population mal informée du système de référence	Non-maitrise des techniques de communication	Former le personnel au technique de communication. /Informer la population	DGS; Partenaires/Personnel de Santé
Manque et non respect des ordinogrammes	Insuffisance d'encadrement	Mettre en place les ordinogramme et les faire exécuter Faire suivre ; contrôler et superviser les agents	DSSP; DRS; DPS
Mauvais état des voies de communication		Améliorer l'état des voies de communication	(L'Etat; Responsable des collectivités locales
Insuffisance de financement	Crise économique	Diversifier les sources de financement	L'Etat
Faible mobilisation des ressources internes (Gouvernement participation communautaire ONG nationales limitation d'utilisation des ressources)	Absence de mécanisme de mobilisation de ressources	Sensibiliser et impliquer fortement les décideurs	Ministère
Mauvaise gestion des ressources financières	Idem	idem	
Verticalité des programmes	Insuffisance de qualification en gestion	Former /recycler en gestion les responsables de programmes	DGS
Multiplicité des tâches des prestataires	Insuffisance de planification Manque d'expérience	Intégrer les programmes et regrouper les modules de formation	DGS
Dispersion des efforts (gaspillage des ressources	Exigence des différents intervenants		
Non disponibilité au poste pour diverses raisons	Insuffisance de planification et de coordination	Simplifier les traitement des supports Regrouper les séminaires	DGS Planification
	Idm	Idem	Idem (Pan)

COORDINATION DES INTERVENTIONS DES PARTENAIRES

PROBLEMES	CAUSES	SOLUTIONS	RESPONSABLES
Evolution en vase clos	Absence d'un plan de developpement sanitaire	Elaborer un plan de développement sanitaire	Planification
Manque de plate forme de coordination	Non- maitrise du concept de coordination	Instituer une plate-forme de concertation/coordination	Planification
Absence d'un plan d'action cohérent	Absence de plan d développement sanitaire	Renforcer le rôle de leadership de l'Etat	Planification

RECOMMANDATIONS

Le Ministère de la Santé doit achever l'élaboration et mettre en oeuvre dans les meilleurs délais la politique de développement du système de santé de district.

Elaborer et mettre en oeuvre le document de référence

Achever l'élaboration du plan national du développement sanitaire pour servir de cadre aux interventions des différents partenaires.

APPENDIX C

List of Participants

**SEMINAIRE D'ORIENTATION SUR LA STRATEGIE DE PRISE EN
CHARGE DES MALADIES DE L'ENFANT (PCIME)**

Lomé, le 10 et 11 Avril 1997

LISTE DES PARTICIPANT/FACILITATEURS

N°	NOM ET PRENOMS	ADRESSE ET PROVENANCE
1	Dr. ADJAGBA Kossi	Chef Pédiatrie CHR Sokodé
2	M. ADOGLI Kossi Bléwussi	Directeur CHR Atakpamé
3	M. AFIDENYIGBA Yawovi S.	ENAM LOME
4	Dr AFLAGAH Komlan	DSSP Lomé
5	Dr. AGBATO T. L. Essohana	Directeur CHR Dapaong
6	Dr AGBOBLI Fiagan	DPS Doufelgou
7	Dr AGBOBLI-APETSIANYI Elise	Pédiatrie Programme LMD
8	Dr AGBERE Abdou-Rahmane D.	Service Nutrition (DSF)
9	Dr AKPADZA Koffi	ENSF Lomé
10	Dr AMEZIAN Koffi	Pédiatrie Hôpital d'Afagnan
11	Dr AMOUZOU Gaba Kokoè	Sce national de Sante des J.A
12	M. AMOUZOU Tépéali	SNES
13	Dr APETOH -LAWSON Agnès	Maladies infect CHU Tokoin
14	Dr ASSIH Palakassi	DRS Maritime
15	Dr ATAKOUMA Yawo	Pédiatrie CHU-Tokoin
16	Mme ATCHRIMI Emma A.	Unité de Recherche Demo.UB
17	Dr ATTISSO Kossi	DGA Santé Lomé
18	Dr ATTOH S. Kodjo	Pédiatrie CHR Atakpamé
19	M AWAGAH K. Sefa	Rep Directeur CHR Sokodé
20	Dr BANZE Marcelline	Pédiatrie CHU Tokoin
21	Dr BASSABI Kpanté	Directeur PLNS /MST
22	BAWE Kossi Narafét	Division de l'Epidémiologie
23	M. BONA H	Directeur des Pharmacies
24	Dr DEGBEY Yawo	CHR Dapaong
25	M. DEKOR E. Yawo	Directeur CHP Kpalimé
26	Dr DJATO Fobendja	DPS Kéran
27	Dr DJOFFON-ELITSA Délali	Pédiatrie HS Bè
28	M. DJONOUKOU Kossi Sévérin	Professeur à l'UB
29	Dr DOTSE Bayaké Grégoire	DPS Kloto
30	Dr LAWSON-EVI Koko	CHU Tokoin Pédiatrie
31	Dr EL-HADJI TAÏROU	DRS Centrale
32	M. EZOU K. Amégadoh	DISER Lomé
33	M.FETOR Kwasikuma	CHR Tsévie
34	Dr. GAYIBOR Anani	PNLP
35	Dr GONCALVES Komlavi	OCDI Lomé

36	M. HOUGUES Komi Dénis	Directeur Planification
37	Dr KAMPATIBE Nagbandja	DSF Lomé
38	Dr KESSIE Komi	Fac. Mixte de Méd. Pharmacie
39	Mr KETOR	Coord. Projet Banque Mondiale
40	Dr KOFFI Sédo	FAT
41	Dr KOMBATE Koussoké	Pédiatrie CHU Campus
42	Dr KOMBATE N. Dimery	DPS Tone
43	Dr KOMLAGAN Atayi	DRS Lomé Commune
44	Dr KONE Adama	BASICS
45	Dr KOUDORO Omonitan	CHP Kpalimé
46	M. KOULOUMA Kpatcha	Directeur CHU Campus
47	Mr KOUTOWOGBE Komlan	Projet Santé
48	Dr KPINSAGA T. Djarba	Division de l'Epidémiologie
49	Dr. KUSIAKU Komi	Pédiatrie CHU Tokoin
50	Dr. MORGAH Kodjo	DRS- Plateaux Atakpamé
51	Dr MUSINDE Sangwa	OMS - Abidjan
52	Dr NABILIOU Komlan	DPS Bassar
53	M. NIMON Eni	Pharmacien CHU- Tokoin
54	Dr OCLOO A. Avuletey	DPS Zio
55	Mr PATOUZI Tchonda	Professeur à l'ENFS
56	Dr SALAMI Latifou	UNICEF Lomé
57	M. TAMEKLOE Mawuvi	OMS Lomé
58	Dr TATAGAN-AGBI Komlan	Pédiatrie Programme IRA
59	M. VIAGBO Kokouvi	Chef Division Formation/MS
60	Dr YAKOUA Yénou	DRS Savanes
61	Dr YIBOR Amatsu	DPS Ogou
62	Dr IHOU Watéba	OMS Lomé
63	Dr DEVO Vignon	Conseiller MS
64	Dr BATCHASSI Essosolem	DGS
65	Mr DJONDO Patrice	Directeur de Cabinet
66	BAKONDE Bakoé	CHU- Campus
67	TAGBABUWUGU-Abalo	CHR Kara

APPENDIX D
Calendrier d'Activités

**Séminaire d'Orientation sur
La Stratégie de la Prise en Charge des Maladies de l'Enfant (PCIME)
Lomé, Togo, 10, 11 et 12 Avril 1997**

Calendrier d'activités

Jour et heure	Activités	Durée	Intervenants	Présidents et rapporteurs
Jeudi 10/4/1997				
8:30	Cérémonie d'ouverture	30 min.	Autorités nationales	
9:00	Présentation des objectifs et méthodologie de l'atelier	15 min.	Dr Adama	<u>Président:</u> Directeur Général
9:15	Présentation des informations de base <ul style="list-style-type: none"> • Justification et bases de la PCIME • Procédures • Discussions 	30 min. 30 min. 20 min.	Dr Musinde	<u>Rapporteurs</u> Dr Pana Dr Kusiaku
10:30	Pause café	15 min.		
10:45	Implications et mise en oeuvre <ul style="list-style-type: none"> • Étapes de la mise en oeuvre • Formation: Adaptation du matériel • Planification et coordination de la mise en oeuvre • Discussions 	15 min. 30 min. 15 min. 15 min.	Dr Adama	<u>Président:</u> Dr Salami <u>Rapporteurs:</u> Dr Yibor Dr Koudourou
12:00	Pause déjeuner			
13:00	Analyse de la situation <ul style="list-style-type: none"> • Situation de l'enfant togolais: mortalité, morbidité, objectifs et stratégies du MSP. • Organisation du système sanitaire : structures sanitaires et système de référence, Réforme et IB. • Discussions • Situation des programmes: <ol style="list-style-type: none"> 1. Allaitement maternel 2. Infections Respiratoires Aiguës 3. Lutte contre les maladies diarrhéiques 4. Nutrition 5. Paludisme 6. PEV 7. Coordination des programmes • Discussions 	15 min. 15 min. 15 min. 10 min. 10 min. 10 min. 10 min. 10 min. 10 min. 10 min. 30 min.	DGA DR AFLAGAH Dr Agbèrè Pr Tatagan Dr Agbobli Pr Doh Dr Gayibor Dr Kpinsaga Dr Aflagah	<u>Président:</u> Dr Kambatibé <u>Rapporteurs</u> Dr Banzé Dr Adossi
15:25	Introduction aux travaux de groupe: Identification des problèmes	15 min	Dr Musinde	<u>Président:</u> Dr S.Pritze <u>Rapporteurs</u> Dr Yakoua Dr Bakonde
16:00	Pause café			
16:15	Travaux de groupe (suite)			
17:00	Fin de la première journée			

<i>Jour et heure</i>	<i>Activités</i>	<i>Durée</i>	<i>Intervenant</i>	<i>Présidents et rapporteurs</i>
Vendredi 11 /4/1997				
8:00	Présentation et discussions des rapports des travaux de groupe	25 min. (15 +10) par groupe	Rapporteurs	<u>Président:</u> Dr Morga
9:15	Travaux de groupe : choix des solutions	25 min. (15 +10) par groupe	Dr Adama	Rapporteurs Dr Agbèrè Dr Djato
10:45	Pause café			
11:00	Présentation et discussions des travaux de groupe		Rapporteurs	Président: Dr Tairou
12:30	Pause déjeuner			<u>Rapporteurs:</u> Dr Kobara Dr Kombaté
13:30	Recherche et adoption de consensus sur: <ul style="list-style-type: none"> • Le Togo est prêt pour s'engager dans la PCIME. • Recommandations à formuler pour assurer un démarrage harmonieux • Planification des étapes suivantes. 		Pr Tatagan	Rapporteurs: Dr Agbobli Dr Gayibor
15:00	Rédaction du rapport du consensus et Pause café			Pr Tatagan Dr Agbobli Dr Gayibor Dr Adama Dr Musinde
16:30	Présentation de la synthèse des rapports du séminaire Clôture		Dr Aflagah Autorités nationales	
Samedi 12 /4/1997				Pr Tatagan Dr Agbobli Dr Gayibor Dr Adama Dr Musinde Dr Kampatibe Dr Pana \1 DPS
9:00	Rédaction du rapport final			

35