



Source : Flahaut. D, Piot M. et Franklin A. OMS 1988

QUEL EST L'APPORT DE LA SUPERVISION DANS L'AMELIORATION DE LA QUALITE DES SOINS DE SANTE ?

Par Jeff Kabinda M, Patrick Mitashi, Faustin Chenge
avec la contribution de Bart Criel, IMT-Anvers

Messages-clés

- La supervision peut contribuer à l'amélioration de la qualité des soins, essentiellement en tant qu'instrument de formation continue du personnel de santé et un outil managerial;
- La complexité et le manque de consensus sur la définition de la supervision rendent son évaluation par des méthodes classiques difficile: il y a nécessité d'utiliser des méthodes plus qualitatives;
- Lorsqu'elle est utilisée: la supervision doit se situer davantage dans une perspective systémique et intégrée, voire innovante qui tient compte de la complexité et de la dynamique des systèmes de santé (plutôt que de privilégier des approches fragmentaires et linéaires de manière dogmatique).

1. Introduction

La qualité des soins est un concept normatif, en ce sens que la mesure de la qualité, ou l'amélioration de la qualité, exige un ensemble des normes permettant de jauger l'impact des efforts d'amélioration de la qualité (1,2).

Le cadre de Donabedian (3,4), comme le montre la figure 1, décrit les intrants interconnectés nécessaires aux différents niveaux du système de santé pour permettre l'offre des soins de qualité, la production des résultats positifs pour la santé et l'atteinte de certains indicateurs de l'état de santé de la population (la réduction du nombre de décès, la réduction du nombre de maladies, la réduction du nombre d'incapacités, de malaises) et la réduction d'insatisfactions des patients à l'égard des soins fournis.

La production des services des soins de qualité requiert non seulement des ressources financières, matérielles nécessairement adéquates, mais aussi un personnel de santé motivé et qualifié. Cependant, dans les pays à faible revenu, l'insuffisance en personnel de santé qualifié reste une barrière difficile à franchir. En plus, la formation du personnel de santé repose sur un enseignement didactique avec un suivi sur le terrain parfois limité et ce type d'approche ne garantit pas efficacement la capacité de traduire les connaissances théoriques en pratique ou de lever les obstacles au niveau opérationnel du système de santé (3,5,6). Par ailleurs, il subsiste également une lacune dans la mise en œuvre des stratégies efficaces pour renforcer les capacités et compétences de ce personnel. Ainsi pour pallier à ce déficit et promouvoir les soins de santé primaires de qualité, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a milité pour l'approche de supervision (7,8).

Le concept de supervision est largement utilisé dans le domaine de la santé publique quoi qu'il n'en existe pas une définition consensuelle. Les acteurs de mise en pratique de cette approche la considéraient comme étant le processus de surveillance, d'analyse des problèmes, d'identification des causes des problèmes, d'enquêtes pour améliorer les solutions, d'explication des lignes directrices et de suggestions, ainsi que d'orientations

pour améliorer les opérations en matière de gestion des systèmes de services, de traitement, de sécurité des patients et de promotion de la santé (2,9). La supervision est un levier très important pour le contrôle de la qualité des processus et des services (10) et aussi un outil managerial (11).

Conformément à la réforme en cours dans le secteur de la santé en République Démocratique du Congo (RDC), la couverture sanitaire universelle a été adoptée comme un moyen d'offrir l'accessibilité aux soins de qualité standard à toute la population et surtout à des groupes défavorisés. Cette volonté politique a été matérialisée par l'élaboration du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2020 qui a été révisé et recadré pour la période 2019-2022(12). Le PNDS 2019-2022 insiste sur la mise en place, au niveau des unités de soins les plus proches de la population, d'un paquet de soins progressifs, en commençant par les soins de santé maternelle et infantile. Pour assurer la qualité, les mécanismes existants de gouvernance dont la supervision sont nécessaires pour évaluer, monitorer, accompagner et recadrer à tous les niveaux les personnels des services de santé de première ligne, des hôpitaux et ceux œuvrant dans la communauté. L'évaluation à mi-parcours du PNDS 2016-2020, a montré que la supervision couplée à l'encadrement, étaient utilisée dans la rationalisation du fonctionnement des structures de soins. La supervision est prônée et financée aussi bien par le Gouvernement que par les partenaires techniques et financiers du Ministère de la santé (ONG, bailleurs bi ou multilatéraux) dans le but de renforcer le système de santé et améliorer la qualité des soins.

Comment et dans quelle mesure la supervision contribue-t-elle alors à améliorer la qualité des soins ? Cette note de politique résume les données probantes actuellement disponibles sur cette question. Elle vise à informer les décideurs et toutes les parties prenantes sur l'efficacité de la supervision des professionnels de santé du niveau opérationnel du système de santé.

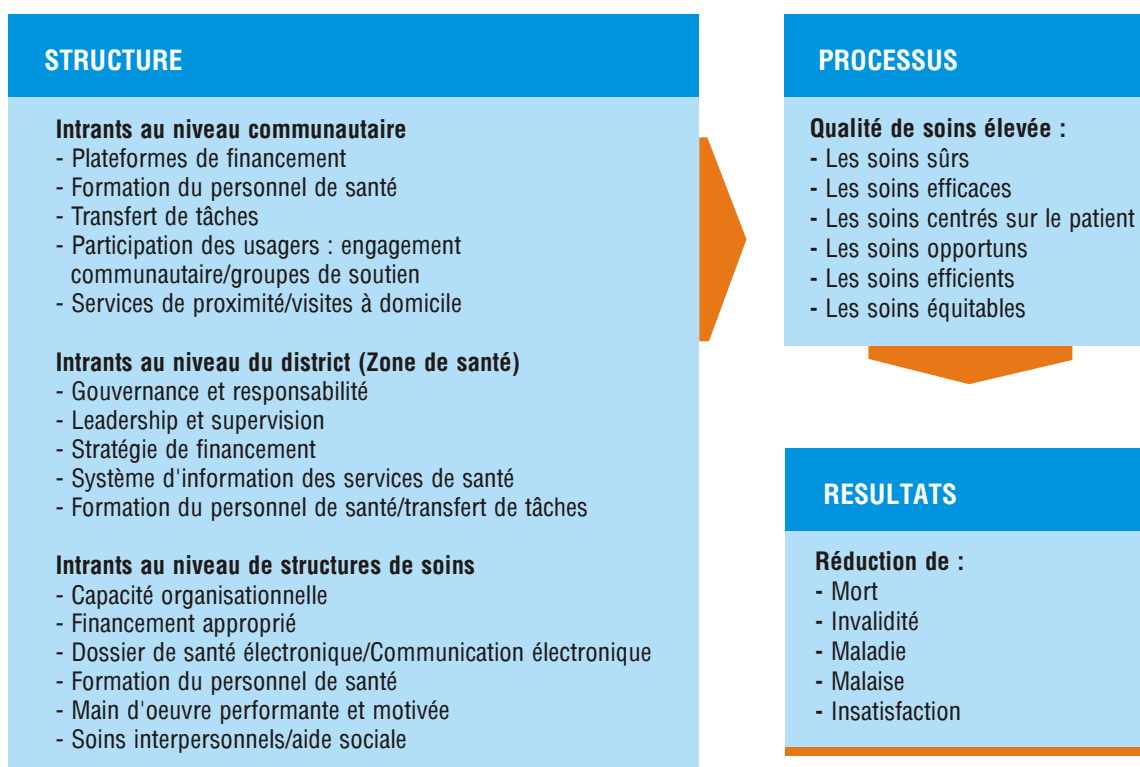


Figure 1 : Le Modèle logique de Donabedian

2. Méthodologie

2.1. Stratégies de recherche des articles

Nous avons effectué des recherches dans 6 bases de données internationales à savoir : *Cochrane Library*, *CentralMedline*, *Google scholar*, *Health Systems Evidence*, *Agence Canadienne des médicaments et Technologies de la santé* et la *base des données support summaries*.

La stratégie de recherche a été construite à partir des mots -clés de la manière suivante : (supervision AND supervising AND developing countries AND health services administration AND health workers AND training management AND performance AND quality of care) AND (Benin or Burkina Faso or Burundi or Central African Republic or Chad or Comoros or Democratic Republic of the Congo or Eritrea or Ethiopia or Gambia or Guinea or Guinea-Bissau or Haiti or Liberia or Madagascar or Malawi or Mali or Mozambique or Nepal or Niger or Rwanda or Senegal or Sierra Leone or Somalia or South Sudan or Tanzania or Togo or Uganda or Zimbabwe). Nous avons également effectué des recherches sur les sites Web et les sites en ligne de nombreuses agences et organisations afin de trouver de la littérature grise pertinente.

2.2. Sélection des documents et extraction des données

Le principal mot-clé utilisé pour la sélection des documents était : supervision. L'analyse des articles était focalisée sur les effets de la supervision sur l'amélioration de la qualité des soins de santé, l'efficacité de la supervision et les limites de celle-ci. Seuls les documents rédigés en français ou en anglais étaient retenus sans aucune restriction de période. Toutes les études ont été analysées d'abord sur base de titres et de résumés : 154 titres ont fait l'objet d'un double tri pour assurer la cohérence (voir Figure 1). Les titres et résumés pertinents ont été ensuite sélectionnés et les articles originaux y afférents ont été analysés intégralement par deux examinateurs indépendants. En fin de compte, 3 revues systématiques sur la supervision, 2 évaluations réalistes sur la performance des soins de santé et deux articles sur d'autres mécanismes d'amélioration de la qualité des soins de santé ont été retenus.

Pour évaluer la qualité des revues systématiques, nous avons utilisé les critères proposés par *A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews* (AMSTAR) (18) et les critères de *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) pour les autres études (19).

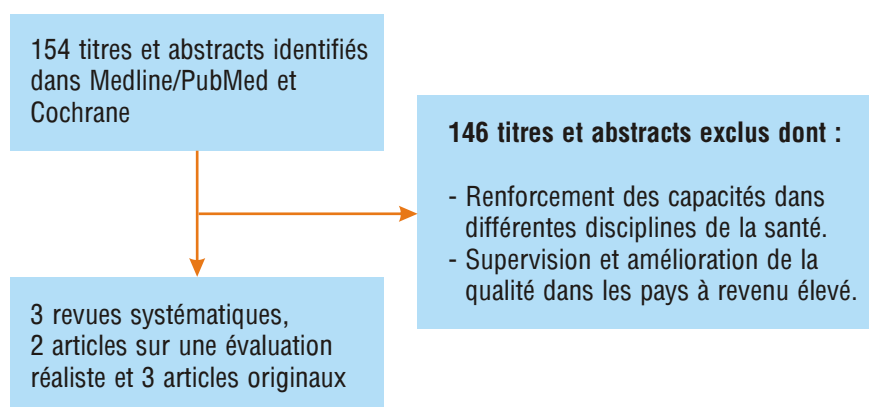


Figure 2 : Diagramme du processus de recherche et de sélection des documents sur la supervision

3. Synthèses des évidences

3.1. Problèmes sous-jacents à la mise en œuvre efficace de la supervision

La supervision est une approche qui se compose d'un ensemble d'éléments: le superviseur, le supervisé et les outils utilisés. Les études montrent certains bénéfices de la supervision comme l'augmentation des compétences et des connaissances du personnel sans montrer un lien direct sur l'amélioration de la qualité de soins. Cependant pour obtenir une qualité de soins sur le terrain, il faut prendre en compte plusieurs éléments environnants en dehors de la seule supervision. Tenant compte de la complexité du système, un certain nombre d'obstacles et limites devront être pris en compte lors de la mise en œuvre d'une supervision efficace.

Les obstacles à la supervision (20) peuvent être liés :

1° A l'environnement :

- Les conflits armés et l'accès géographique difficile comme l'isolement des communautés et des structures font que les prestataires concernés ne sont pas visités.

2° Aux services de santé et aux ressources :

- Les programmes de supervision sont difficiles à maintenir, il faut des frais parfois colossaux pour entreprendre des visites de supervision. Certains auteurs cités dans la revue systématique de Xavier Bosch et al (20) considèrent que les coûts liés à la supervision sont chers dans un projet surtout que ce sont les activités récurrentes.
- La multiplicité de supervisions selon les programmes de contrôle des maladies, enlève l'efficacité recherchée dans cette activité.
- La difficulté de mesurer les performances individuelles des supervisés, en termes de connaissances et de compétences.
- Un autre facteur limitant mentionné dans les articles qui traitaient des supervisions dans les services cliniques est le manque de soutien des directions pour effectuer la supervision pour l'amélioration clinique. Dans ce cas, il a été montré que les mauvais résultats des supervisés étaient liés à la pénurie d'équipement et de ressources qui minent l'application des protocoles cliniques.

3° Au profil des superviseurs :

- L'envoi des jeunes superviseurs inexpérimentés issus des équipes de zones de santé ou nationales qui visitent les personnels anciens et expérimentés.
- Les superviseurs non qualifiés (par exemple, des secrétaires ou certains personnels administratifs envoyés en mission de supervision technique).
- Les superviseurs mal formés.

4° Au profil des supervisés et de la communauté :

- La faible implication de la communauté: la démarche d'inclure la communauté et les dirigeants locaux dans un forum de facilitation de manière à identifier les problèmes et les solutions est considéré comme un moyen efficace pour assurer la durabilité, en aidant à créer un but et une responsabilité mutuelle du problème.
- La faible présence des supervisés lors des réunions de restitution.

- L'incompréhension du rôle des superviseurs par les supervisés et la communauté (par exemple, les superviseurs considérés comme des distributeurs de médicaments plutôt que des personnes qui aident à résoudre les problèmes de la structure ou à améliorer des indicateurs de santé de la communauté visitée, lorsque la supervision est toujours couplée à la remise de médicaments, intrants ou outils quelconques).
- Le mythe sur la supervision qui est prise comme une inspection et un contrôle de la hiérarchie rappelant le vestige du colonialisme, où les structures de supervision étrangères étaient conçues de manière hiérarchique et souvent punitive pour le personnel local, et où un travailleur plus gradé dans la chaîne administrative était responsable de la surveillance d'un travailleur de niveau inférieur et était chargé de veiller à ce que le travailleur de niveau inférieur exécute ses tâches correctement (21).

3.2. Avantages et inconvénients liés aux types de supervision :

La supervision a ses avantages et inconvénients liés aux types de supervision comme indiqué dans le tableau 1. Les résultats des études reprises dans le tableau 1 indiquent que la supervision contribue à l'amélioration de la qualité des soins, mais les évidences à ce jour montrent qu'il y a quand même des limites à chaque type de supervision.

Tableau 1. Effets et limites des différents types de supervision

Auteurs	Type de supervision	Cibles	Effet	Limites
Bosch-Capblanch X et al, 2011(20)	Comparaison: Pas de supervision VS supervision de routine	Qualité des soins,	-Un petit avantage sur les pratiques et les connaissances des agents de santé en faveur des groupes supervisés	Niveau d'évidence très faible
Bosch-Capblanch X et al, 2011(20)	Supervision de routine vs supervision améliorée	Qualité des soins,	-Amélioration de la qualité des services, de la connaissance et de la gestion des agents de santé communautaire. -Satisfaction des prestataires et des usagers en faveur de la supervision améliorée	Niveau d'évidence très faible
Claire Bailey et al 2015(22)	Supervision formative	Qualité des soins, motivation et performance du personnel de santé	Augmentation de la satisfaction au travail et la motivation de l'agent de santé.	Les preuves sont mitigées quant à savoir si cela se traduit par une compétence clinique accrue et il y a peu de preuves de l'effet de la supervision sur l'augmentation de la satisfaction au travail et la motivation du personnel de santé
Hannah H et al 2016 (7)	Combinaison de la formation continue et de la supervision formative	Qualité des prestataires dans les soins prénatals et infantiles	Amélioration modérée de la qualité des soins	La combinaison de formation et de supervision avait un seul effet (amélioration de la qualité) négligeable plus important que la formation seule
Maryse C Kok et al 2018(17)	Supervision par les pairs: seul VS par groupe	Compétences de relais communautaires	Amélioration de la performance et la motivation	Manque d'effets positifs durables, car non souvent intégrés dans le renforcement du système de santé.

3.3. Les effets de la supervision sur les éléments de la qualité des soins selon le Cadre de Donabedian

Au regard du cadre de Donabedian montrant les composantes du système de santé qui contribuent à l'offre des soins de qualité que nous avons présenté à la figure 1, cette partie passe en revue les différents effets de la supervision sur les éléments de ce cadre.

Dans le tableau 2 , au niveau de la communauté, l'apport de la supervision est signalé au niveau du renforcement des services de proximité, de l'implication de la communauté et la formation des agents de santé villageois, soit par un transfert de compétences ou soit par une formation.

Tableau 2 : Les effets de la supervision au niveau de la communauté

Auteurs	Intrants au niveau communautaire	Effets de la supervision
Bruno Marchal et al 2010 (23)	Services de proximité - visites / références à domicile	La supervision peut augmenter le moral des agents de santé villageois quand ils sont accompagnés par le prestataire- superviseur pour résoudre certains problèmes de la communauté.
Marjolein Dieleman et al 2009 (10)	Personnel de santé - Transfert de tâches	Un changement positif est survenu en raison de l'augmentation des compétences et des connaissances par le transfert des connaissances des superviseurs vers les supervisés (agents de santé, y compris infirmiers, sages-femmes, techniciens et autres agents de santé non professionnels, moins formés que le personnel spécialisé, mais qui les remplacent ou effectuent certains aspects de leurs tâches.
Claire Bailey et al.2015 (22)	Personnel de santé - Formation	La supervision formative augmente les connaissances de supervisés formés
Marjolein Dieleman et al 2009 (10)	Groupes d'engagement et de soutien communautaires : formation des groupes d'aide communautaire ou des comités de représentants de la communauté pour la promotion de la santé.	Les supervisions répétées peuvent influencer l'implication de la communauté.

Dans le tableau 3, sont présentées les évidences de la contribution de la supervision au niveau du district (zone de santé); les fonctions les plus influencées par la supervision sont surtout la gouvernance. La supervision renforce toute approche systématique visant à garantir que les services sont responsables de l'offre des soins de qualité, y compris des mécanismes d'audit et de retour d'information. Le leadership et la supervision - surtout celle formative -, en entraînant la satisfaction et la motivation du personnel, donnent les éléments pour le développement de capacités managériales chez les supervisés.

Tableau 3 : Les effets de la supervision au niveau du district sanitaire (zone de santé)

Auteurs	Les intrants au niveau du district	Effets de la supervision
Marjolein Dieleman et al 2009 (10)	Gouvernance et responsabilité	Le feed-back de la supervision apporte le changement par l'acceptation des indicateurs et la volonté de se conformer aux normes établies .
- Claire Bailey et al 2015 (22) - Xavier Bosch-Capblanch et al 2008 (16)	Leadership :surveillance, orientation et retour d'informations sur les questions de développement personnel, professionnel et éducatif dans le contexte des soins aux patients	La supervision formative ou non peut augmenter la satisfaction au travail et la motivation de l'agent de santé.
	Infrastructure de service-système d'information : tenue et bonne utilisation d'outils du système pour une information sanitaire adéquate.	La supervision contribue à améliorer les connaissances chez les supervisés formés sur le système d'information sanitaire. En plus, par la revue des données, elle contribue à l'amélioration de la qualité de l'information sanitaire

Le tableau 4 montre comment la supervision a été conceptualisée comme lien entre le district sanitaire et le personnel de santé opérationnel. Elle contribue ainsi dans la performance et la motivation du personnel, et cela comprend souvent la résolution des problèmes, l'examen des dossiers et l'observation de la pratique clinique qui renforcent les pratiques de prise en charge des patients et l'amélioration du climat de travail.

Tableau 4: Les effets de la supervision au niveau de la structure de soins

Référence	Les intrants au niveau de l'établissement	Effets de la supervision
- Bruno Marchal et al. 2010(23) -Xavier Bosch-Capblanch et al 2008 et 2011 (16,20) - Claire Bailey et al. 2015(22)	Main d'œuvre performante et motivée : comprend diverses stratégies telles que l'aide à la gestion et au traitement du travail. Est-ce que la supervision contribue à la modification de la structure organisationnelle, des méthodes de formation, de l'environnement de travail ou de la culture pour améliorer la qualité des soins et la performance du personnel soignant, ainsi que des audits et des retours d'informations ?	La supervision par le chef direct motive le supervisé et améliore le climat de travail. Surtout que lors de ces visites le superviseur laisse s'exprimer le supervisé en l'aidant à s'améliorer La supervision formative entraîne la motivation du personnel de santé
Claire Bailey et al. 2015(22)	Soins interpersonnels et soutien social : est-ce que la supervision renforce les professionnels dans le but de viser l'amélioration du bien-être des patients par diverses interventions de soutien menées à domicile, dans des conclusions prénatales ?	On peut supposer que la supervision formative renforce efficacement les capacités, améliore la qualité des soins prodigués par les agents de santé de première ligne et a un impact positif sur les résultats cliniques.
	Culture de la sécurité : est-ce que la supervision entraîne le renforcement de la sécurité des agents de santé et des patients en milieu de soins: l'hygiène des mains, les interventions visant à réduire les erreurs de médication et des infections nosocomiales ?	La supervision formative entraîne une relation de confiance entre le supervisé et le superviseur. Leurs échanges impactent sur certaines pratiques, améliorant ainsi la sécurité des patients

Conclusion

L'amélioration de la qualité des soins est un processus complexe impliquant plusieurs facteurs. Dans les pays à revenu faible et moyen, la supervision occupe une place de choix dans ce processus. Néanmoins, il demeure encore aujourd'hui un manque relatif de clarté et de consensus sur la définition de la supervision, ce qui rend évidemment son évaluation difficile par des méthodes classiques (comme par exemple les essais randomisés). Nous plaidons désormais pour des évaluations de supervision utilisant des méthodes plus qualitatives comme par exemple l'évaluation réaliste. Les résultats des études réalisées jusqu'à présent montrent – avec un niveau de certitude faible – la contribution de la supervision dans l'amélioration de la qualité des soins, via certains éléments structurels (au niveau de la communauté, de la zone de santé et de la structure de soins) du modèle logique de Donabédian (figure 1). Il semble même y avoir un consensus sur la reconnaissance de la supervision comme un instrument privilégié de formation continue du personnel dans les pays à revenu faible et moyen.

Recommandations dans le contexte actuel du système de santé congolais

L'un des principaux axes de la stratégie de renforcement du système de santé congolais est la revitalisation des zones de santé à travers notamment le développement d'un leadership intégré à ce niveau (24, 25). La supervision est l'une des fonctions managériales préconisée à cet effet.

Pour ce faire, nous recommandons de **situer davantage la supervision dans une perspective tout aussi systémique et intégrée** qui tient compte de la complexité de tout système de santé (plutôt que de privilégier des approches fragmentaires et linéaires). Par ailleurs, avec la médicalisation croissante de la première ligne de soins que connaît le système de soins de santé congolais, la formation continue sous forme de supervision avec transfert de connaissances/ compétences du superviseur au supervisé risque d'être frustrante, et donc moins acceptable par cette catégorie de personnel (26). En lieu et place de supervisions formatives, nous recommandons, par exemple, **des réunions des pairs (intervisions)** au cours desquelles sont présentés de façon anonyme et discutés de façon critique certains cas cliniques et certaines pratiques en vue de dégager un consensus et d'adopter par rapport à la situation discutée une attitude commune. Cette alternative à la supervision classique permet d'apprendre l'un de l'autre dans une relation d'égalité et de complémentarité. Le rôle du « superviseur » serait alors d'organiser et de modérer les débats.

Encadré : Généralités sur la supervision

De la définition de la supervision :

- C'est un processus qui consiste à observer, guider, instruire, encourager l'initiative du personnel et faire des observations afin d'améliorer sa performance (13).
- C'est l'ensemble des mesures visant à s'assurer que le personnel accomplit ses activités avec efficacité et devient plus compétent dans le travail (14).

En Bref, superviser c'est : - Guider les gens - Motiver - Apporter un soutien - Aider le personnel à identifier et résoudre les problèmes.

De l'importance de la supervision

Le but de la supervision est de promouvoir l'amélioration continue de la performance du personnel qui dépend des objectifs poursuivis,

- des difficultés rencontrées, - de la motivation du personnel et - de progrès personnel.

De la classification de la supervision

En fonction de l'objectif visé, on distingue :

- La supervision de routine ou classique** (15) qui peut être :
 - **une supervision-gestion** qui vise à s'assurer que les objectifs poursuivis correspondent bien aux besoins (Adéquation des objectifs).
 - **une supervision-contrôle** qui consiste à observer les modalités et conditions d'exécution des tâches confiées au personnel (Respect des normes. Standards).
 - **une supervision-appui** qui aide le personnel à acquérir la maturité nécessaire à la prise de responsabilités, notamment par l'identification et la discussion des facteurs motivants et démotivants dans le travail (Motivation du personnel).
- La supervision formative** qui vise à identifier les besoins de formation et de former les supervisés en fonction des besoins des communautés desservies, les problèmes de santé, les buts du programme, les normes à atteindre (*Amélioration des performances et des compétences du personnel*).
- La supervision améliorée** qui est une sorte de renforcement de la supervision de routine en appliquant les techniques de la supervision formative, et en y ajoutant les fréquences de supervision (16).
- La supervision par les pairs ou intervision**, au cours de laquelle les membres de l'équipe de superviseurs et ceux de l'équipe de supervisés ayant les mêmes qualifications, s'observent et se donnent du feedback mutuel. Ils discutent et évaluent ensemble l'atteinte des standards (17).

De l'organisation de la supervision

Par qui ? Par la personne la plus qualifiée, généralement le médecin qui peut être accompagné, soit par un technicien qualifié pour la supervision de certaines activités à caractère très technique et trop contraignantes, soit par le responsable hiérarchique direct du supervisé.

Où ? Sur terrain : à l'hôpital, au centre de santé, dans la communauté, au bureau de la zone de santé.

Quand (périodicité, fréquence) ? Tous les 1 à 3 mois, selon un programme établi en fonction du programme des différents services et activités, et annoncé.

Après quoi ? La supervision doit se préparer après l'examen des rapports d'activités et recueil des incidents critiques.

Pour combien de temps (durée) ? Il n'y a pas de durée normative pour la supervision, elle est fonction de l'importance des problèmes à résoudre.

Des techniques de supervision

a. Phase de préparation : Analyse documentaire (étude des rapports d'activités, de supervisions précédentes, lettres circulaires).

b. Phase d'exécution sur terrain

- **Observation** : observer les faits, le déroulement des activités, le comportement du personnel, des utilisateurs et de la communauté.
- **Analyse documentaire** : constater la présence des documents (registre, fiche, réquisition, cahier de caisse, reçu, instruction etc...) et analyser leur contenu ;
- **Entretien** : s'entretenir avec le personnel, les utilisateurs et la communauté.
- **Questionnaire** : une série de questions claires et précises permettant de récolter des informations désirées. Toutefois, d'autres questions sont possibles lorsqu'on est sur terrain.

c. Après exécution

- **Entretien** (rétro-information)

Outils de supervision : liste des activités - techniques - grille de supervision - ...

Références

1. Ali Mohammad Mosadeghrad, Factors influencing healthcare service quality. *Int J Health Policy Manag* 2014;3,2:77-89
2. Leana R. Uys, Ansie Minnaar, Barbara Simpson, Steve Reid, The Effect of Two Models of Supervision on Selected Outcomes, *Journal of nursing scholarship* 2005; 37:3, 282-288.
3. Anne Austin, Ana Langer, Rehana A Salam, Zohra S Lassi, Jai K Das, Zulfiqar A Bhutta. Approaches to improve the quality of maternal and newborn health care: an overview of the evidence, *Reproductive Health* 2014, 11(Suppl 2):S1 <http://www.reproductive-health-journal.com/content/11/S2/S1>
4. Institute of Medicine: Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. The National Academies Press 2001.
5. You D, Jones G, Hill K, Wardlaw T, Chopra M: Levels and trends in child mortality, 1990-2009. *Lancet* 2010, 376:931-933.
6. Lawn JE, Cousens S, Zupan J: 4 million neonatal deaths: when? Where? Why? *Lancet* 2005, 365:891-900.
7. Hannah H, Leslie, Anna Gage, Humphreys Nsona, Lisa R. Hirschhorn, and Margaret E. Kruk, Training and Supervision Did Not Meaningfully Improve Quality of Care for Pregnant Women or Sick Children in Sub-Saharan Africa, *Health affairs* 2016, 35, 9: 1716–1724.
8. D Flahault, M Piot, A Franklin, la supervision des personnes de santé au niveau du district, OMS, 1998
9. Sennun P, Suwannanpong N, Howteerakul N, Pacheum O, participatory supervision model: building health promotion capacity among health officers and the community, *Rural and Remote health* 6:440 online, 2006
10. Marjolein Dieleman, Barend Gerretsen, Gert Jan van der Wilt, Human resource management interventions to improve health workers' performance in low- and middle-income countries: a realist review, *Health Research Policy and Systems* 2009, 7:7 doi:10.1186/1478-4505-7-7
11. Criel B, De Brouwere V, Managerial supervision to improve primary health care in low- and middle-income countries: RHL commentary. The WHO Reproductive Health Library, Geneva 2012: World Health Organization.
12. Plan National de Développement Sanitaire de la RDC 2019-2022, Kinshasa
13. Module; Supervision, Cours national de formation en Management des soins de Santé Primaires –Mai 1991
14. Module: la supervision des personnels de Santé des districts-OMS-1988
15. Module de la supervision, Soins de santé Primaires 2016
16. Bosch-Capblanch X, Liaqat S, Garner P. Managerial supervision to improve primary health care in low- and middle-income countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 9. Art. No.: CD006413. DOI:10.1002/14651858.CD006413. Pub2.
17. Maryse C Kok, Frédérique Vallières, Olivia Tulloch, Meghan B Kumar, Aschenaki Z Kea, Robinson Karuga, Sozinho D Ndimba, Kingsley Chikaphupha, Sally Theobald, Miriam Taegtmeyer Does supportive supervision enhance community health worker motivation? A mixed-methods study in four African countries, *Health Policy and Planning*, 2018, 33, 988–998 doi: 10.1093/heapol/czy082
18. Pieper D, Jacobs A, Weikert B, Fishta A, Wegewitz U: Inter-rater reliability of AMSTAR is dependent on the pair of reviewers. *BMC Med Res Methodol* 2017, 17: 98.
19. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP; STROBE Initiative. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *J Clin Epidemiol*. 2008 Apr; 61(4):344-9.
20. Xavier Bosch-Capblanch, Paul Garner, Primary health care supervision in developing countries: Systematic Review, *Tropical Medicine and International Health*, volume 13 no 3 pp 369–383 march 2008, doi:10.1111/j.1365-3156.2008.02012.x
21. Eilish McAuliffe, Michael Daly, Francis Kamwendo, Honorati Masanja, Mohsin Sidat, Helen de Pinho, The Critical Role of Supervision in Retaining Staff in Obstetric Services: A Three Country Study, *PLOS ONE* DOI: 10.1371/journal.pone.0058415 Sep 10, 2014
22. Claire Bailey, Carolyn Blake, Michael Schriver, Vincent Kalumire Cubaka, Tisa Thomas, Adriane Martin Hilber, A systematic review of supportive supervision as a strategy to improve primary healthcare services in Sub-Saharan Africa, *Int J Gynecol Obstet* (2015), <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.10.004>
23. Bruno Marchal, McDamen Dedzo, Guy Kegels, A realist evaluation of the management of a wellperforming regional hospital in Ghana, *BMC Health Services Research* 2010, 10:24
24. Stratégie de renforcement du système de santé. Première édition, Kinshasa, République Démocratique du Congo. Ministère de la Santé. Kinshasa, 2006
25. Stratégie de renforcement du système de santé. Deuxième édition, Kinshasa, République Démocratique du Congo. Ministère de la Santé. Kinshasa, 2010
26. Chenge MF, De la nécessité d'adapter le modèle de district au contexte urbain : Exemple de la ville de Lubumbashi en RD Congo. *Studies in Health Services Organisation & Policy*, ITG Press, Antwerp, 2013, 31. <http://hdl.handle.net/10390/7467>



Cette Note de Politique est un résultat du Programme de Renforcement Institutionnel pour des Politiques de Santé basées sur l'Evidence en République Démocratique du Congo (RIPSEC) financé par la Commission Européenne.
Les points de vue qui sont exprimés dans cette note
n'engagent que les auteurs

