

Renforcer la supervision des équipes cadres des zones de santé: Cas de la province du Haut-Uélé en République Démocratique du Congo

[Strengthen health zones leader teams' supervision: A case of Haut-Uélé province in Democratic Republic of Congo]

Hermès Karemere

Ecole Régionale de Santé Publique, Université Catholique de Bukavu, RD Congo

Copyright © 2016 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the *Creative Commons Attribution License*, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ABSTRACT: *Introduction:* This study analyzes supervisions in 8 health zones in Haut-Uélé, located in the northeast of the Democratic Republic of Congo. The study aims to propose principles of guiding health zones management teams' supervision. *Methodology:* The study is a descriptive analysis of 22 supervisions performed by health provincial division team members of Haut-Uélé, between July and December 2007, Pawa, Wamba, Isiro, Dungu, Rungu, Niangara Boma-Mangbetu and Doruma health zones. *Results and Discussion:* The closest ZS are not always better supervised. Supervisor's profile is inadequate for some supervisory issues. The agreement between observations and recommendations is not formal. The information in the report is not complete. Some principles are derived from the study, proposed to organize the health zones management teams' supervision. *Conclusion:* The merit of this study is to demonstrate that supervision of the intermediate level can be deeply evaluated before being strengthened to improve the quality of care for the benefit of the population.

KEYWORDS: Supervision, Health zone leader team, Health Provincial Division, Haut-Uélé, Democratic Republic of Congo.

RESUME: *Introduction:* La présente étude analyse les supervisions dans 8 zones de santé du Haut-Uélé, au Nord-Est de la République démocratique du Congo. L'étude vise à proposer des principes devant guider la supervision des équipes cadres des zones de santé (ECZS). *Méthodologie:* l'étude est descriptive et analyse 22 supervisions effectuées par des membres de l'équipe de la division provinciale de la santé (DPS) du Haut-Uélé entre juillet et décembre 2007, dans les zones de santé (ZS) de Pawa, Wamba, Isiro, Dungu, Rungu, Niangara, Boma-Mangbetu et Doruma. *Résultats et discussion:* Les ZS plus proches de la DPS ne sont pas toujours les mieux supervisées. Le profil des superviseurs est inadéquat pour certains thèmes de supervision. La concordance entre observations et recommandations n'est pas formelle. Les informations dans le rapport ne sont pas complètes. Quelques principes découlent de l'étude, proposés pour organiser la supervision des ECZS. *Conclusion:* Le mérite de l'étude est de démontrer que la supervision du niveau intermédiaire peut être profondément évaluée avant d'être renforcée afin d'améliorer l'encadrement des ECZS et in fine la qualité des soins au profit de la population.

MOTS-CLEFS: Supervision, équipe cadre de zone de santé, division provinciale de la santé, Haut-Uélé, République Démocratique du Congo.

1 INTRODUCTION

Depuis 2015, le Haut-Uélé (HU) est devenu une province administrative et sanitaire à la suite de l'éclatement de la province Orientale. Localisée dans la partie Nord-Est de la République démocratique du Congo (RDC), elle compte environ 1.920.667 habitants en 2006 [1] et 13 zones de santé (ZS) dont 8 dans sa partie Ouest et 5 à l'Est. Chacune des ZS est pilotée

par une équipe cadre de zone de santé (ECZS) comprenant au moins le médecin chef de zone de santé, le médecin directeur de l'hôpital de référence de la ZS, l'administrateur gestionnaire de la ZS, l'infirmier directeur des services infirmiers de l'hôpital et l'infirmier superviseur de l'hôpital. La performance de cette équipe détermine un meilleur développement des services de santé et une offre des soins efficaces et équitables à la population. L'évaluation régulière de la performance de l'ECZS s'avère ainsi incontournable [2, 3]. Elle est réalisée au travers les supervisions du niveau hiérarchique immédiat à savoir la division provinciale de la santé (DPS).

La présente étude analyse les supervisions effectuées par des membres de la DPS du HU au niveau des ECZS. La supervision constitue en effet une activité importante de renforcement des capacités et est à la fois une des fonctions de gestion et de leadership ; elle est définie comme un ensemble des mesures visant à s'assurer que le personnel accomplit ses activités avec efficacité et devient plus compétent dans son travail [2, 4]. Tout en facilitant la consolidation des liens entre la DPS et les ECZS, la supervision offre une opportunité de motivation du personnel qui travaille au niveau de la ZS. Lorsqu'elle est efficace, elle permet aux superviseurs d'aider les supervisés à trouver des solutions aux problèmes rencontrés sur terrain [3]. L'étude vise à proposer des principes devant guider la supervision des ECZS, dont la mission principale est le développement des services de santé performants et l'organisation d'une offre des soins de qualité aux populations desservies.

2 MÉTHODOLOGIE

Il s'agit d'une étude descriptive qui analyse 22 supervisions effectuées par des membres de l'équipe de la DPS du HU au cours de la période allant de juillet à décembre 2007 dans 8 ZS. Ces ZS de la partie Ouest de la province sont : Pawa, Wamba, Isiro, Dungu, Rungu, Niangara, Boma-Mangbetu et Doruma. Elles constituaient le district sanitaire du Haut-Uélé Ouest avant l'éclatement de la province Orientale de la RDC et font actuellement partie de la province sanitaire du Haut-Uélé. Elles ont été sélectionnées sur la base de l'existence des données de supervision.

La collecte des données s'est faite au travers d'une revue documentaire et d'une observation participante [5]. Les informations issues des rapports de supervisions effectuées dans les ZS par des membres de la DPS ont été analysées en trois étapes. D'abord, les relations entre le nombre de supervisions réalisées et la distance entre ZS et DPS puis celles entre thèmes de supervision et profil de superviseur impliqué [6] ont été explorées. Ensuite, les observations notées lors des supervisions ont été comparées aux recommandations formulées, pour en dégager la concordance et la pertinence. Enfin la qualité des rapports de supervisions a été vérifiée en tenant compte du contenu et de la forme du rapport [4, 7]. Les résultats de l'étude ont été discutés avec des superviseurs de la DPS pour validation.

3 RÉSULTATS

3.1 RELATION ENTRE LA SUPERVISION ET LA DISTANCE ENTRE ZS ET DPS (PERIODE DE JUILLET A DECEMBRE 2007)

Le tableau 1 montre que la ZS de santé de Doruma (situé à 300 km), la plus éloignée des ZS considérées, n'a pas été supervisée au cours de la période d'étude. Le taux de supervision dans les deux ZS les plus proches de la DPS à savoir la ZS de Pawa (distante de 50 km) et la ZS de Isiro (distante de 0,1 km), est respectivement de 33 % et de 67%, alors qu'il est de 250 % à Wamba (situé à 122 km) et de 150% à Dungu (situé à 210 km), deux ZS plus éloignées.

Tableau 1. Supervisions effectuées et distance entre les ZS et la DPS

Zone de santé	Distance entre DPS et ZS (en Km)	Nombre de supervisions prévues	Nombre de supervisions réalisées (%)
Wamba	122	2	5 (250)
Isiro	0,1	6	4(67)
Pawa	50	6	2 (33)
Dungu	210	2	3(150)
Doruma	300	1	0 (0)
Boma Mangbetu	120	1	1(100)
Rungu	70	1	1(100)
Niangara	294	2	2 (100)

3.2 RELATION ENTRE THEMES DE SUPERVISION ET PROFIL DU SUPERVISEUR

Les thèmes de supervision présentés dans le tableau 2 couvrent la gestion administrative et financière de l'hôpital général de référence, le fonctionnement des pharmacies implantées dans les ZS, la qualité des soins en milieu hospitalier, l'organisation des soins, la mise en œuvre du plan opérationnel de la ZS, la revitalisation de la ZS et l'organisation du fonctionnement du bureau central de la zone de santé (BCZ) et de l'hôpital général de référence (HGR). Lors de la supervision, plusieurs thématiques n'ont pas été abordées, comme par exemple le développement du système d'information sanitaire, la surveillance épidémiologique, l'intégration des programmes, le partenariat, la planification, la participation communautaire, la perception de la qualité des soins par la population, l'utilisation des services ou la promotion de la santé. Les supervisions du médecin chef de division (MCD) se sont focalisé sur un appui global au renforcement des ZS (28% des supervisions réalisées dans le HU), celles de l'administrateur gestionnaire de la Zone de santé (AG) n'ont ciblé que le renforcement de la gestion administrative et financière dans une ZS visitée à 4 reprises (18% des supervisions), l'assistant pharmacien (AP) s'est penché sur le fonctionnement des pharmacies dans 7 ZS sur les 8 (36 % des supervisions) et celles de l'infirmier superviseur (IS), qui est le superviseur par excellence, ont abordé plusieurs thèmes dont ceux en lien avec la qualité des services et l'organisation des soins (18% des supervisions).

Tableau 2. Thèmes de supervision et nombre de supervision selon le profil du superviseur

Profil superviseur		Nombre de supervisions			
		MCD	AG	AP	IS
Thèmes de supervision	Gestion administrative et financière HGR		4		
	Inspection des pharmacies			7	
	Qualité des services				1
	Organisation des soins			1	1
	Mise en œuvre du plan opérationnel	5			1
	Revitalisation de la ZS	1			
	Organisation fonctionnement BCZ et HGR				1
Nombre total de supervision (% des supervisions effectuées)		6 (28)	4(18)	8(36)	4(18)

3.3 COMPARAISON ENTRE OBSERVATIONS NOTEES ET RECOMMANDATIONS FORMULEES LORS DE LA SUPERVISION

Les observations notées au cours d'une supervision ont relevé des points forts et des points faibles ayant permis au superviseur de formuler des recommandations. En partant des thèmes exploités lors de la supervision dans les ZS du HU, le tableau 3 présente par thème de supervision, un exemple de point fort, de point faible et de recommandation formulée.

Tableau 3. Concordance entre observations et recommandations

Exemples des observations et recommandations formulées à l'endroit des ECZS lors de leur supervision au cours de la période de l'étude			
Thème	Points forts	Points faibles	Recommandations
Gestion administrative et financière.	Personnel disponible ainsi que quelques outils de gestion; procédures de gestion en place.	La gestion du BCZ et celle de l'HGR est mélangée, ce qui sème la confusion.	Séparer la gestion de l'hôpital de celle du BCZ.
Inspection des pharmacies.	Normes requises pour l'ouverture des pharmacies dans la ZS	La conservation des médicaments ne respecte pas les normes.	Respecter les normes de conservation des médicaments.
Qualité des services.	La présence des infirmiers qualifiés, des incinérateurs, des douches et toilettes.	Les déchets médicaux ne sont pas bien gérés.	Organiser une bonne gestion des déchets médicaux.
Organisation des soins.	L'horaire de travail existe et les gardes de nuit sont bien planifiées pour les médecins et les infirmiers.	Le personnel soignant est insuffisant.	Recruter des infirmiers pour compléter le personnel manquant.
Mise en œuvre du plan opérationnel de la ZS.	86 % des activités prévues au premier trimestre ont été réalisées par l'ECZS.	Faible participation communautaire dans l'organisation des services.	Sensibiliser la population en expliquant les tâches des comités de santé et de développement des aires de santé (CODESA) et en appuyant l'élaboration des plans d'activités des CODESA.
Revitalisation de la zone de santé.	Meilleur suivi de la promptitude et de la complétude des données ainsi que des indicateurs des programmes spécialisés.	Faible exécution des recommandations des superviseurs.	Améliorer le taux d'exécution des recommandations issues des supervisions.
Organisation du fonctionnement de l'ECZS et de l'équipe de gestion de l'HGR.	Existence des organes de coordination et Gestion.	Coordination de l'ECZS non structurée.	Formaliser la procédure de fonctionnement de l'ECZS.

3.4 QUALITE DES RAPPORTS DE SUPERVISION

Au cours de l'analyse des rapports de supervision, certaines informations manquent par endroit. C'est notamment la date et la durée de la supervision, les références de l'ordre de mission, la justification des écarts observés entre les normes et la réalité, la description claire et précise de ce qui a été noté, le niveau d'exécution des précédentes recommandations et de nouvelles recommandations par endroit pour certaines failles observées.

4 DISCUSSION

L'étude avait comme objectif de proposer des principes devant guider la supervision des ECZS, dont la mission principale est le développement des services de santé et de l'offre des soins de qualité aux populations desservies. Les principales limites de l'étude concernent le nombre insuffisant de supervisions analysées, l'absence de la perception des personnes supervisées souvent suggestive de meilleures stratégies de supervision [8], l'absence des avis des superviseurs et la courte période analysée. Tenant compte de ces limites, les résultats de l'étude suggèrent des principes à prendre en compte pour renforcer la supervision des ECZS (encadré 1). Ces principes sont en lien avec la distance entre la DPS et la ZS, les thèmes abordés lors de la supervision, le profil du superviseur, la formulation des observations et des recommandations et la qualité du rapport de supervision.

ENCADRÉ 1. PRINCIPES D'ORGANISATION DE LA SUPERVISION DES ECZS, ISSUS DE L'ÉTUDE

1. La longue distance entre la DPS (superviseurs) et la ZS (supervisés) ne justifie pas à elle seule le faible taux des supervisions dans les ZS éloignées.
2. Les thèmes de supervision sont liés au profil du superviseur et au caractère systémique de la ZS.
3. L'efficacité d'une supervision dépend des aptitudes et de l'attitude du superviseur.
4. La concordance entre les points faibles observés et la formulation des recommandations pertinentes s'impose.
5. Un rapport de supervision bien élaboré constitue un outil de référence capable d'orienter les supervisés dans la planification des actions à mettre en place à l'issue d'une supervision.

PRINCIPE 1. LA LONGUE DISTANCE ENTRE LA DPS (SUPERVISEURS) ET LA ZS (SUPERVISÉS) NE JUSTIFIE PAS À ELLE SEULE LE FAIBLE TAUX DES SUPERVISIONS DANS LES ZS ÉLOIGNÉES

La distance entre la DPS et la ZS ne semble pas expliquer à elle seule le faible taux de supervision des ECZS éloignées comme celle de Doruma (300km, 0% de taux de supervision). Les ZS plus proches de la DPS à savoir Isiro (0,1km, 67%) et Pawa (50km, 33 %) n'ont pas été les plus supervisées du DS au cours de la période d'étude, comparativement aux ZS lointaines de Dungu (210 km, 150%) et de Wamba (222 Km, 250%). Il est évident que la disponibilité des moyens de supervision soit au préalable assurée [9] (moyens de déplacement, paiement de primes au superviseur, élaboration et reprographie des canevas de supervisions). Dans le cas du Haut Uélé, des partenaires techniques et financiers ont appuyé des plans de développement des ZS en apportant ces moyens [10]. Le paiement ponctuel de frais de supervision, l'accueil satisfaisant réservé aux supervisés, l'application des recommandations issues des supervisions, la compétence et le niveau de responsabilité des superviseurs, la sécurité et l'état des routes sont des facteurs qui peuvent influencer la régularité des supervisions, y compris dans des ZS plus éloignées.

PRINCIPE 2. LES THÈMES DE SUPERVISION SONT LIÉS AU PROFIL DU SUPERVISEUR ET AU CARACTÈRE SYSTÉMIQUE DE LA ZS

Dans la province du HU, les thèmes abordés lors de supervision n'ont pas couverts tous les aspects du fonctionnement des zones de santé. La participation communautaire, la gestion de l'information sanitaire, la surveillance épidémiologique, la gestion des ressources humaines, financières et matérielles ainsi que le circuit de l'approvisionnement en médicaments par les formations sanitaires ont été fort marginalisés. La réalisation d'un simple état des lieux des pharmacies dans les ZS du HU ou le surnombre de supervisions administratives au niveau d'une seule ZS durant six mois consécutifs dénotent de l'absence d'une autoévaluation de la qualité des supervisions au niveau de la DPS. La formation des membres de la DPS sur la supervision (méthodologie, technique et rapportage), démontré dans d'autres études comme un facteur à valeur ajoutée significative aux superviseurs [2], est une perspective à mettre en œuvre dans la province sanitaire du HU. Les superviseurs sont demandeurs d'un recyclage en supervision pour pouvoir s'approprier la technique de supervision et devenir capables d'établir une relation de confiance avec les ECZS supervisées [11]. Cette formation pourrait s'étendre à la planification, base de la résolution des problèmes.

PRINCIPE 3. L'EFFICACITÉ D'UNE SUPERVISION DÉPEND DES APTITUDES ET DE L'ATTITUDE DU SUPERVISEUR

Les compétences du superviseur à elles seules ne suffisent pas pour créer une interaction positive avec les supervisés[12], tel qu'observé dans le Haut Uélé. L'attitude joue un rôle important pour faciliter notamment la formulation et l'exécution des recommandations issues de la supervision et pour influencer les supervisés. Dans le Haut-Uélé, l'effet de la supervision sur les ECZS paraît plus significatif lorsque le superviseur est un médecin et notamment le médecin chef de division. Il apparaît alors comme un formateur, un guide face aux supervisés et aborde la supervision dans une perspective formative, jugée plus efficace par Suh et al [13]. L'analyse des rapports des supervisions effectuées dans le Haut Uélé montre également que la formulation des recommandations est généraliste, imprécise à la suite de la faible connaissance des domaines explorés par des superviseurs. On note par exemple pour le thème en lien avec la qualité des services (tableau 3) qu'un des points faibles observés est : « les déchets médicaux ne sont pas bien gérés » et que la recommandation consécutive est : « Organiser une bonne gestion des déchets médicaux ». Un superviseur qualifié dans la gestion des déchets aurait décrit de manière plus précise le point faible observé et aurait recommandé des actions structurées, précises et adaptées au contexte, afin d'améliorer la gestion des déchets médicaux. Partant par exemple de l'observation d'un placenta déposé dans la poubelle d'une salle d'accouchement, le superviseur aurait recommandé son incinération ou son

enfouissement dans une fosse à placenta [14], étant donné des risques d'infection liés à la manipulation des déchets biomédicaux.

PRINCIPE 4. LA CONCORDANCE ENTRE LES POINTS FAIBLES OBSERVÉS ET LA FORMULATION DES RECOMMANDATIONS PERTINENTES S'IMPOSE

Au regard de l'analyse de la concordance et de la pertinence des recommandations face aux points à améliorer à l'issue de la supervision dans le Haut Uélé, certaines recommandations ne semblent pas pertinentes (tableau 3). Des observations émises lors de la supervision ne touchent pas toujours les problèmes réels rencontrés et passent à côté de certaines plaintes des membres de l'ECZS et des révélations de l'analyse des données du système d'information sanitaire dont aucune supervision n'a tenue compte durant la période évaluée. Ces problèmes malheureusement perdurent, faute d'un appui à leur résolution par le niveau supérieur, mal informé. C'est le cas notamment de la problématique de l'approvisionnement en médicaments dans les établissements des soins ou formations sanitaires (FOSA), des infections postopératoires dans les HGR, de la qualité des laboratoires, de l'accessibilité aux soins par la population, de la tarification des soins et des médicaments dans les FOSA, de la promotion de la santé, du renforcement de la participation communautaire, de la prise en charge du paludisme et du VIH, de l'utilisation des outils de gestion dans les FOSA, de l'évaluation du personnel, de l'intégration des programmes verticaux, etc. Aucun de ces aspects, observés par le chercheur sur terrain, n'a été abordé lors des supervisions effectuées entre juillet et Décembre 2007.

Le profil des superviseurs est ainsi mis en cause et devrait être redéfini par rapport aux thèmes de la supervision. Une période d'orientation voire de stage, sous l'encadrement d'un membre de l'équipe de la DPS plus expérimenté en supervision, permettrait à chaque nouveau superviseur d'être efficace. Celui-ci pourra alors évaluer objectivement la performance des ECZS et formuler des recommandations pertinentes à partir de la perception de ses supervisés sur des observations dégagées lors de la supervision [15]. Aussi, une méthodologie de supervision [15-17] devra être définie en fonction du contexte et de chaque ECZS.

Les recommandations formulées à l'issue de la supervision n'ont pas été toujours à même de corriger les failles observées, elles rencontrent parfois de la résistance lors de leur application, comme ailleurs en Afrique [18]. Des stratégies correctrices devraient être proposées par la DPS, afin de mieux encadrer le développement des ZS et des soins de santé primaires [19]. Toutes les faiblesses notées lors des supervisions des FOSA, y compris la faible participation communautaire [20], devraient en principe alimenter les termes de référence des différentes commissions thématiques au niveau de la DPS et faire l'objet d'analyse approfondie au cours des séances de travail de ces commissions thématiques[19]. Des modules de formations, des notes de services, des fiches techniques et d'autres outils pourraient être produits par la DPS pour orienter le travail des équipes œuvrant dans les FOSA, à tous égards, renforçant ainsi le rôle des FOSA se traduisant par l'amélioration les indicateurs sanitaires classiques de la performance. Certains rapports de supervision font allusion aux précédentes recommandations ; leur évaluation pourrait être systématique lors d'une supervision.

PRINCIPE 5. UN RAPPORT DE SUPERVISION BIEN ÉLABORÉ CONSTITUE UN OUTIL DE RÉFÉRENCE QUI ORIENTE LES SUPERVISÉS DANS LA PLANIFICATION DES ACTIONS À METTRE EN PLACE À L'ISSUE D'UNE SUPERVISION

La qualité des rapports de supervision mérite d'être améliorée. Il apparaît qu'aucune harmonisation n'a été faite au sein de l'équipe de la DPS pour le format d'un rapport de supervision et notamment du type d'informations à y insérer. Un rapport de supervision pourrait contenir au minimum : le nom et la fonction du superviseur ; la date, la durée et le thème de la supervision ; les références de l'ordre de mission ; l'évaluation des précédentes recommandations ; les principales observations (points forts et faibles) et les commentaires par rapport aux écarts entre la situation observée et la situation souhaitée ; les explications de ces écarts et les recommandations formulées. Comme tout rapport, il pourrait contenir selon le cas, la page de garde, le résumé, l'introduction, la méthodologie, les résultats de la supervision correspondant aux observations faites et les recommandations [4, 7].

5 CONCLUSION

Le mérite de la présente étude est de révéler, à partir de l'expérience de la DPS du Haut Uélé, que la supervision du niveau intermédiaire pourrait être profondément évaluée avant d'être renforcée afin d'améliorer l'encadrement des ECZS et *in fine* la qualité des soins au profit de la population. Les principales lacunes de la supervision des ECZS dans le Haut Uélé portent sur la fréquence inéquitable de la supervision des ECZS, le profil inadéquat de certains superviseurs par rapport aux thèmes de supervision, l'absence d'une exploration systémique des domaines d'activités de la ZS, l'identification peu précise des forces et des faiblesses des équipes supervisées, la formulation incompréhensible et imprécise de certaines observations

et recommandations et la faible qualité du rapport de supervision, considéré comme un outil de référence pour les supervisés. Une formation en méthodologie et en technique des superviseurs constitue la première étape du renforcement de la supervision des ECZS.

REFERENCES

- [1] Kyalangilwa, J.M., et al., *Nouvelles entités provinciales*.
- [2] Katz, F.M. and R. Snow, *Assessing health workers' performance: a manual for training and supervision*. 1980: WHO, Geneva, Switzerland.
- [3] Bosch-Capblanch, X. and P. Garner, *Primary health care supervision in developing countries*. Tropical medicine & international health, 2008. **13**(3): p. 369-383.
- [4] Piot, M., et al., *La supervision des personnels de santé au niveau du district*. 1988.
- [5] Bastien, S., *Observation participante ou participation observante? Usages et justifications de la notion de participation observante en sciences sociales*. Recherches qualitatives, 2007. **27**(1): p. 127-140.
- [6] Parent, F., et al., *Utilisation originale de l'approche par compétences en supervision formative en Afrique subsaharienne*. Pédagogie médicale, 2007. **8**(3): p. 156-176.
- [7] Kleemann-Rochas, C., et al., *Comment rédiger un rapport, un mémoire, un projet de recherche, une activité de recherche en cours*. 2003, Florence, Centre de langues de l'Institut universitaire européen.
- [8] Uys, L., et al., *The perceptions of nurses in a district health system in KwaZulu-Natal of their supervision, self-esteem and job satisfaction*. Curationis, 2004. **27**(2): p. 50-56.
- [9] Rohde, J., *Supportive supervision to improve integrated primary health care*. 2006.
- [10] Karemere Bimana, H., *Gouvernance hospitalière adaptative en contexte changeant: étude des hôpitaux de Bunia, Logo et Katana en République démocratique du Congo*. 2013, UCL.
- [11] Daveloose, P. *L'organisation de la zone rurale de santé de Kasongo, Zaïre*. in *Annales de la Société Belge de Médecine Tropicale*. 1979.
- [12] Karemere, H., *Analyse des attitudes et comportements des médecins et infirmiers en tant que levier stratégique de la gestion des ressources hospitalières*. Pan African Medical Journal, 2015. **21**(193).
- [13] Suh, S., P. Moreira, and M. Ly, *Improving quality of reproductive health care in Senegal through formative supervision: results from four districts*. Human resources for health, 2007. **5**(1): p. 1-12.
- [14] Faye, M.M. and I.G. Sanitaire-Consultant, *Plan de gestion des déchets biomédicaux*. Rapport final, Banque Mondiale, 2003.
- [15] Bradley, S., et al., *District health managers' perceptions of supervision in Malawi and Tanzania*. Hum Resour Health, 2013. **11**(1): p. 43.
- [16] Frimpong, J.A., et al., *Does supervision improve health worker productivity? Evidence from the Upper East Region of Ghana*. Tropical Medicine & International Health, 2011. **16**(10): p. 1225-1233.
- [17] Uys, L.R., et al., *The effect of two models of supervision on selected outcomes*. Journal of Nursing Scholarship, 2005. **37**(3): p. 282-288.
- [18] Comolet, T.M., R.A. Rakotomalala, and D. Rasolomahefa, *Évaluation d'un programme de supervision des centres de santé au niveau du district à Madagascar*. Cahiers d'études et de recherches francophones/Santé, 1997. **7**(2): p. 103-108.
- [19] Kahindo, M., et al., *Gouvernance et soutien provincial au district de sante en RD-Congo*. Medecine tropicale: revue du Corps de sante colonial, 2011. **71**(2): p. 147-51.
- [20] Munyanshongore, C., P.M. Kyamusugulwa, and V.W. Katambwe, *Participation communautaire à la santé dans la zone de santé urbaine de Bukavu (République démocratique du Congo)*. Cahiers d'études et de recherches francophones/Santé, 2005. **15**(4): p. 235-240.