**GUIDE DE SUPERVISION INTÉGRÉE DES AGENTS DES CENTRES DE SANTÉ PÉRIPHERIQUES SUR LES MALADIES TROPICALES NÉGLIGÉES À PRISE EN CHARGE DES CAS**

**(MTN-PCC)**

**À l’usage des membres des équipes cadres des districts sanitaires**

Septembre 2015

Table des matières

[**INTRODUCTION 4**](#_Toc470515263)

[**I.- Généralités sur la supervision 5**](#_Toc470515264)

[***1.1.* *Définition* 5**](#_Toc470515265)

[***1.2.* *But de la supervision* 5**](#_Toc470515266)

[***1.3.* *Principes de base de la supervision* 5**](#_Toc470515267)

[***1.4.* *Fonctions de la supervision* 6**](#_Toc470515268)

[***1.4.1.* *L’encadrement comme élément essentiel de la supervision* 6**](#_Toc470515269)

[***1.4.1.1.* *Prérequis pour un encadrement efficace* 7**](#_Toc470515270)

[***1.4.1.2.* *Obstacles à l’encadrement* 7**](#_Toc470515271)

[***1.4.2.* *Le contrôle au cours de la supervision* 7**](#_Toc470515272)

[***1.4.3.* *Appréciation des performances individuelles lors de la supervision* 8**](#_Toc470515273)

[**II- Organisation de la supervision 8**](#_Toc470515274)

[***2.1.* *Outils de supervision* 8**](#_Toc470515276)

[***2.2.* *Protocoles de supervision* 8**](#_Toc470515277)

[***2.3.* *Fréquence de la supervision* 8**](#_Toc470515278)

[**III- Étapes de la supervision 9**](#_Toc470515279)

[***3.1.* *Étape 1 : avant la supervision* 9**](#_Toc470515281)

[***3.1.1.* *Préparer un calendrier de supervision* 9**](#_Toc470515282)

[***3.1.2.* *Préparer le déroulement de chaque visite de supervision* 9**](#_Toc470515283)

[***3.2.* *Étape 2 : pendant la visite de supervision* 9**](#_Toc470515284)

[***3.2.1.* *Réunion avec le responsable et le personnel clé pour* : 9**](#_Toc470515285)

[***3.2.2.* *Superviser les domaines d’activités retenues* moyennant la mise en œuvre du plan de visite, en utilisant les outils de supervision (voir annexes). 9**](#_Toc470515286)

[***3.2.3.* *Organiser une réunion de restitution avec le responsable principal et le personnel clé pour* : 9**](#_Toc470515287)

[***3.2.4.* *Organiser une réunion avec le responsable principal pour :* 10**](#_Toc470515288)

[***3.3.* *Étape 3 : après la visite de supervision* 10**](#_Toc470515289)

[***3.3.1.* *Évaluer la supervision* 10**](#_Toc470515290)

[***3.3.2.* *Rédiger le rapport de supervision* 10**](#_Toc470515291)

[***3.3.3.* *Organiser le suivi de la supervision* 11**](#_Toc470515292)

[**CONCLUSION 11**](#_Toc470515293)

[**ANNEXES : Outils et rapport de supervision 12**](#_Toc470515294)

[**Liste d’outils de supervision des MTN-PCC 12**](#_Toc470515295)

[**1. EXAMEN DERMATOLOGIQUE GÉNÉRAL 13**](#_Toc470515296)

[**1. 1. Tâches critiques à observer pour le diagnostic 13**](#_Toc470515297)

[**1.2. Tâches critiques à observer pour le traitement 14**](#_Toc470515298)

[**2. LÈPRE 15**](#_Toc470515299)

[**2.1. Tâches critiques à observer pour le diagnostic 15**](#_Toc470515300)

[**2.2 Fiche d’observation des tâches critiques pour le traitement de la lèpre 16**](#_Toc470515301)

[**2.2 Fiche d’observation des tâches critiques pour le traitement de la lèpre (suite) 17**](#_Toc470515302)

[**3. ULCÈRE DE BURULI 18**](#_Toc470515303)

[**3.1. Fiche d’observation des tâches critiques pour le diagnostic 18**](#_Toc470515304)

[**3.2. Fiche d’observation des tâches critiques pour le traitement de l’ulcère de Buruli 19**](#_Toc470515305)

[**4. PIAN 20**](#_Toc470515306)

[**4.1. Tâches critiques à observer pour le diagnostic du pian 20**](#_Toc470515307)

[**4.1. Tâches critiques à observer pour le traitement du pian 21**](#_Toc470515308)

[**5. LEISHMANIOSE CUTANÉE 22**](#_Toc470515309)

[**5.1. Tâches critiques à observer pour le diagnostic des leishmanioses cutanées 22**](#_Toc470515310)

[**5.2. Tâches critiques à observer pour le traitement des leishmanioses cutanées 23**](#_Toc470515311)

[**6. LEISHMANIOSE VISCÉRALE 24**](#_Toc470515312)

[**6.1. Tâches critiques à observer pour le diagnostic de la leishmaniose viscérale 24**](#_Toc470515313)

[**6.2. Tâches critiques à observer pour le traitement de la leishmaniose viscérale 26**](#_Toc470515314)

[**7. THA 27**](#_Toc470515315)

[**Fiche d’observation des tâches critiques pour le diagnostic et le traitement de la THA 27**](#_Toc470515316)

[**8. LISTES DE CONTRÔLE DES RESSOURCES ET DE TÂCHES 28**](#_Toc470515317)

[**8.1 Lèpre 28**](#_Toc470515318)

[**8.2. Ulcère de Buruli 29**](#_Toc470515319)

[**8.3 Le pian 30**](#_Toc470515320)

[**8.4. Les leishmanioses cutanées 31**](#_Toc470515321)

[**8.5. La leishmaniose viscérale 32**](#_Toc470515322)

[**8.6. THA 33**](#_Toc470515323)

[**9. LES GUIDES D’ENTRETIEN 34**](#_Toc470515324)

[**9.1. Guides génériques d’entretien avec un agent de santé 34**](#_Toc470515325)

[**9.3 Guide d’entretien avec la communauté 34**](#_Toc470515326)

[**9.4. Guides spécifiques d’entretien 35**](#_Toc470515327)

[**10. LE RAPPORT DE SUPERVISION 38**](#_Toc470515328)

# INTRODUCTION

La supervision est essentielle dans le renforcement de la performance du personnel des systèmes de santé. Elle contribue à une planification efficace pour l'amélioration du système logistique et l’optimisation des performances, pour de meilleurs résultats en matière de santé. Pour une mise en œuvre efficace de la supervision, les guides de supervision, les grilles et autres outils de collecte de l'information ainsi que la préparation et le suivi des actions sont indispensables.

Ce guide donnera les orientations sur les principes, les objectifs, les méthodes, la périodicité et les grilles de supervision afin d’harmoniser la supervision du personnel de santé du niveau périphérique pour les maladies tropicales négligées à prise en charge des cas (MTN-PCC). La supervision est importante et bénéfique pour le système de santé et le personnel et présente les avantages suivants :

**Pour le niveau effectuant la supervision :**

* L’analyse de la situation en temps réel et la proposition de solutions après collecte d’informations fiables et identification des problèmes et défis ;
* La contribution au changement des politiques de santé par l’apport d’information pertinentes obtenues lors des visites de supervision.

**Pour les structures de santé :**

* L’amélioration des performances
* L’appréciation et l’ajustement du plateau technique
* L’identification des déficits structurels et la proposition de solutions.

**Pour le personnel de santé supervisé :**

* Le renforcement des capacités et la formation professionnelle continue
* Le renforcement de la motivation du personnel
* L’amélioration de la gestion des services de santé
* Et les interactions avec les superviseurs.

Pour effectuer une supervision efficace, l’on doit disposer d’un système de suivi simple mais solide permettant de recueillir systématiquement les informations importantes et de présenter une bonne appréciation de l'état du système. Ce système de suivi doit inclure :

* les fonctions bien définies des acteurs clés de la supervision, à savoir les superviseurs et les agents supervisés
* les ressources nécessaires telles que la logistique de facilitation, le financement et les outils de supervision.

Le présent guide est proposé aux membres des équipes cadres du district sanitaire afin qu’ils l’utilisent pour la supervision des agents de santé du niveau périphérique chargé des interventions de prise en charge des cinq maladies tropicales négligées que sont la lèpre, l’ulcère de Buruli (UB), les tréponématoses endémiques, les leishmanioses et la trypanosomiase humaine africaine (THA). Il offre un choix varié d’outils de supervision (fiche ou grille d’observations de tâches, liste de contrôle des ressources ou des tâches et guides d’entretiens) permettant de couvrir les tâches essentielles confiées aux agents de santé de première ligne. Il devra permettre à tout membre de l’équipe cadre du district d’effectuer la supervision d’un agent de santé sans avoir une parfaite expertise des méthodes de diagnostic et de traitement des cas de MTN-PCC.

# I.- Généralités sur la supervision

* 1. ***Définition***

L’une des principales causes de l’échec de la plupart des programmes de santé est l’absence presque totale d’une supervision régulière et efficace. Comme la formation, l’évaluation, le système d’information et l’appui logistique, la supervision est une activité de soutien des agents de santé permettant d’assurer la pérennité et la qualité des prestations de soins.

Sur le plan opérationnel, « la supervision est un processus visant à apprécier la performance, la motivation et les conditions de travail d’un agent en vue d’améliorer la prestation de services ». La supervision est un processus dynamique et holistique qui fait appel à tout ce qu’il y a de positif dans l’homme. Elle est basée sur la confiance réciproque.

Le superviseur doit aider à stimuler la créativité de l’agent et l’aider à faire une analyse de la situation, l’amener à étudier les divers aspects d’un problème et à proposer des solutions de remplacement pour identifier la plus efficace. De cette façon, l’agent acquiert une certaine confiance en lui-même et maintient son estime de soi.

* 1. ***But de la supervision***

La supervision a pour but de guider, de soutenir et d’assister le personnel pour lui permettre de bien exécuter les tâches qui lui sont assignées.

* 1. ***Principes de base de la supervision***

Il est bon que le superviseur se souvienne de certains principes qui lui permettront de faire face à certaines situations :

* La supervision doit se passer dans un climat de respect et de considération de l’être humain
* L’autorité du superviseur émane de sa capacité professionnelle et non de ses caprices
* La supervision est un processus coopératif et participatif
* Normalement, l’individu désire apprendre et se développer
* L’être humain réagit physiquement et émotionnellement à la supervision
* Le superviseur aussi apporte avec lui sa charge émotionnelle
* Les gens ont des idées de conduite qu’il faut respecter
* Les attitudes changent et les préjugés se modifient face à des expériences nouvelles. Cependant, ceci est un processus lent et graduel.
* Les gens résistent au changement par peur des innovations. Cependant, la connaissance fait disparaître la peur.
* Le sens commun nous dit que la supervision comporte une grande responsabilité du fait que le superviseur travaille avec des êtres humains.
* Le superviseur doit savoir et avoir toujours présent à l’esprit que chacune de ses actions (quelle que soit sa dimension) contribue à développer chez la personne supervisée une nouvelle attitude vis-à-vis de son travail.
* Les superviseurs sont des administrateurs de personnel. C’est-à-dire qu’ils guident le personnel à travers la supervision.
* Le but de la supervision est d’augmenter l’efficience de l’institution ou de l’organisation, c’est-à-dire, l’aider à fournir des services de meilleure qualité, au coût le plus bas possible et au bénéfice de la communauté. C’est aussi aider les agents à mener des carrières brillantes et à obtenir de leur travail quotidien des satisfactions personnelles.
* Le superviseur anime l’organisation et guide les forces qui l’accompagnent. La qualité de la supervision entretient et renforce la vitalité des services.
* Le superviseur doit être un innovateur en même temps qu’il fait accomplir les directives du programme. Un superviseur qui n’a pas des qualités d’innovateur peut créer une atmosphère d’improductivité, en exerçant une supervision sans inspiration qui oblige les personnes à agir à l’intérieur des restrictions et des relations préconçues et rigides.
* Le superviseur réduit la distance entre les objectifs de l’administration et les aspirations des agents. Il comprend le désir et les intérêts des deux parties et essaie de les concilier.
* Chaque institution doit définir sa propre philosophie de la supervision, la faire connaître à ses agents et l’inculquer à ses superviseurs.
  1. ***Fonctions de la supervision***

Au cours de leurs activités, les superviseurs exercent généralement trois (3) fonctions :

1. L’encadrement
2. Le contrôle
3. L’appréciation de la performance.

L’importance de l’une ou l’autre fonction de supervision dépend du niveau supervisé : niveau périphérique, niveau intermédiaire, niveau central.

* + 1. *L’encadrement comme élément essentiel de la supervision*

Le superviseur est le responsable hiérarchique direct de l’agent de santé. Comme tel, il a l’obligation quotidienne d’exercer la fonction d’encadrement. Pour une bonne supervision, l’agent doit être formé et la liste des tâches à accomplir mise à sa disposition. Toute nouvelle information ou instruction doit se faire par écrit pour faciliter une bonne communication entre collaborateurs. Il est essentiel d’avoir aussi un contact direct et régulier avec le personnel. Un tel contact est indispensable d’abord pour savoir ce qui se passe réellement (dans tous les aspects du travail, en particulier ceux qui ne sont jamais couverts par les statistiques) et ensuite pour relancer l’enthousiasme du personnel au travail. Ce contact direct est important à la fois pour assurer un fonctionnement efficace du programme et pour stimuler le moral et l’engagement du personnel.

Les principales fonctions d’encadrement de la supervision consistent à aider les agents à mieux exécuter leur travail en leur assurant :

* orientation et formation
* assistance en ressources et logistique
* soutien, encouragement et défense de leurs droits
* suivi et évaluation et rétro-information.

Le rôle du superviseur doit être celui d’une personne-ressource qui apporte son appui à ses subordonnés pour résoudre les problèmes et non celui d’un censeur toujours en train de les critiquer. Les agents devraient être contents de vous voir et ne pas trouver des prétextes pour s’esquiver à l’annonce de votre arrivée.

L’une des qualités essentielles du superviseur doit être celle de conseiller-enseignant. L’encadrement est la méthode la plus importante dont dispose le superviseur pour aider les agents à reconnaitre eux-mêmes les raisons de leurs succès et de leurs échecs et les pousser à assumer leur responsabilité dans les progrès et l’atteinte de leurs propres objectifs.

Le processus d’encadrement implique la communication orale qui utilise l’évaluation du travail comme base de tout dialogue. De la libre discussion entre le superviseur et l’agent surgissent les inspirations et les besoins individuels. Les objectifs communs sont identifiés et on discute des voies et moyens pour atteindre les résultats espérés. On se met d’accord sur les méthodes de travail et les critères d’évaluation.

* + - 1. *Prérequis pour un encadrement efficace*

L’exercice de la supervision en général et de la fonction d’encadrement en particulier requiert certaines compétences et certaines dispositions. Des obstacles surgissement lorsque ces qualités font défaut. Voici quelques prérequis indispensables au développement de la fonction d’encadrement :

* Connaissance de la mission générale de l'organisation, de sa structure, de son système de prestation de services, de la responsabilité des agents aux différents postes et niveaux.
* Connaissance des normes techniques de prestation des services et des normes administratives.
* Bonne description des tâches pour chaque agent.
* Habilité à travailler efficacement en équipe, à reconnaitre les droits et les besoins des autres, à accepter les directives et la supervision de ses propres superviseurs.
* Habilité à communiquer.
* Disposition pour solliciter l’aide de personnes professionnellement plus qualifiées.
* Disposition pour écouter et considérer les points de vue et les idées du supervisé.
* Disposition pour admettre les changements dynamiques qui affectent le superviseur et/ou le supervisé dans son travail et son statut.
  + - 1. *Obstacles à l’encadrement*

Ces obstacles surviennent quand :

* le superviseur a peur de partager son autorité.
* le superviseur rencontre des difficultés pour faire l’éloge des qualités et critiquer les défauts sans offenser et sans frustrer le supervisé.
* le superviseur a des difficultés pour poser des questions exploratrices et répondre aux questions de façon précise et concise.
* le superviseur pense que c’est faire preuve de faiblesse que de permettre au supervisé de fixer ses propres objectifs et d’assumer la responsabilité pour résoudre ses propres problèmes.
  + 1. ***Le contrôle au cours de la supervision***

Dans la supervision, si la fonction d’encadrement vise essentiellement l’amélioration du travail de chaque membre du personnel, le contrôle porte sur la gestion de l’institution et l’organisation des soins, c’est-à-dire sur la capacité de l’agent supervisé à remplir les missions qui lui sont assignées avec le maximum d’efficience et d’efficacité. Contrôler c’est :

* vérifier si les politiques-plans-procédures définis par les autorités sanitaires sont appliquées correctement.
* vérifier si les outils et instruments validés par les autorités sanitaires sont utilisés correctement et à la fréquence voulue.
* vérifier si les politiques institutionnelles établies et appliquées à la périphérie sont conformes aux politiques générales arrêtées par les autorités sanitaires.
* analyser les forces et faiblesses du service et aider l’agent responsable à se conformer aux politiques générales – plans - normes – procédures définies par les autorités sanitaires.
  + 1. ***Appréciation des performances individuelles lors de la supervision***

C’est une démarche qui permet d’apprécier les faits relatifs à la qualité et à la quantité de travail produit par un agent durant une période donnée. L’appréciation de la performance a pour objet primordial d’aider les agents à évaluer leurs propres résultats en vue d’une amélioration.

# II- Organisation de la supervision

Le superviseur doit guider, appuyer, porter assistance au personnel, gérer les conflits, résoudre les problèmes. Une bonne organisation de la supervision suppose un ensemble de règles, procédures à respecter et surtout l’utilisation d’outils appropriés.

1. 1. ***Outils de supervision***

Les outils de supervision comportent essentiellement :

* Des fiches ou grilles d’observation des tâches critiques
* Des listes de contrôle d’activités et de ressources (matérielles, financières)
* Des guides d’entretiens ou questionnaires pour interviews.

Ce sont des supports utilisés pour noter des observations. C’est aussi la principale référence pour rédiger le rapport de supervision. Des exemples et modèles d’outils de supervision sont joints en annexes.

* 1. ***Protocoles de supervision***

Il n’y a pas de supervision sans l’établissement préalable de protocoles de supervision. Le protocole de supervision permet de répondre aux questions suivantes :

* Qui superviser ?
* Sur quoi, sur quelles tâches ou fonctions mettre l’accent ?
* Comment le faire ?
* Quand le faire ?
* ‘Qui’ renvoie à la cible de la supervision, à savoir l’agent supervisé
* ‘Quoi’ se rapporte aux responsabilités de l’agent à superviser. Il vise à voir la façon dont les tâches sont exécutées et leur qualité.
* ‘Comment’ correspond aux moyens à utiliser pour réaliser ces tâches. Ces moyens peuvent être observés ou apprécier par interview, ou analyse de dossiers.
* ‘Quand’ est en rapport avec la fréquence et le moment où les activités sont exécutées.
  1. ***Fréquence de la supervision***

C’est le calendrier et la régularité des visites de supervision.

**III-** **Étapes de la supervision**

Trois étapes :

* Étape 1 : avant la visite de supervision
* Étape 2 : pendant la visite de supervision
* Étape 3 : après la visite de supervision

1. 1. ***Étape 1 : avant la supervision***

Deux démarches sont nécessaires :

* + 1. *Préparer un calendrier de supervision*

L‘équipe cadre du district a l’obligation de préparer un calendrier périodique de supervision qui indique les lieux à visiter, les dates, les heures, ainsi que les catégories professionnelles qui seront mobilisées. Ce calendrier est transmis avec assez d’anticipation aux structures concernées par cette supervision. Cette démarche permet aux responsables des sites à visiter de se préparer et de rendre leur personnel disponible.

* + 1. *Préparer le déroulement de chaque visite de supervision*

1. déterminer le but de la supervision.
2. préparer la visite de la façon suivante :
   1. Analyser les rapports des supervisions antérieures.
   2. Sélectionner des domaines et aspects spécifiques sur lesquels investiguer.
   3. Déterminer les activités à mener durant la supervision (visites d’observation, réunions, interviews, etc.) et les tâches spécifiques à réaliser.
   4. Déterminer le temps nécessaire pour mener à bien ces activités.
3. mobiliser les ressources nécessaires :
   1. ressources humaines, matérielles ou logistique et financières
   2. répartir les tâches à accomplir au cours de la supervision entre les différents membres de l’équipe sélectionnée. Ne pas oublier de désigner un chef d’équipe.
   3. sélectionner les grilles ou listes de contrôle à utiliser au cours de la supervision.
   4. identifier les documents de référence nécessaires pour chaque domaine à superviser.
   5. ***Étape 2 : pendant la visite de supervision***
      1. *Réunion avec le responsable et le personnel clé pour* :
4. Exposer les objectifs de la visite et rassurer le personnel.
5. Expliquer le processus de la visite, décrire les activités qui seront menées.
6. Faire un bilan de l’application des recommandations formulées lors de la précédente supervision.
   * 1. *Superviser les domaines d’activités retenues* moyennant la mise en œuvre du plan de visite, en utilisant les outils de supervision (voir annexes).
     2. *Organiser une réunion de restitution avec le responsable principal et le personnel clé pour* :
7. présenter les résultats de la supervision
8. analyser les problèmes et proposer des solutions
9. établir un plan de résolution des problèmes avec un échéancier précis et l’assignation de responsabilités spécifiques pour des tâches spécifiques.
   * 1. *Organiser une réunion avec le responsable principal pour :*
10. déterminer les ressources à mobiliser, le cas échéant, pour la mise en œuvre
11. examiner les questions de performance individuelle et arrêter les solutions administratives et techniques requises.
    1. ***Étape 3 : après la visite de supervision***

Trois démarches sont nécessaires :

* évaluer la supervision
* rédiger et diffuser un rapport de supervision
* organiser le suivi de la supervision
  + 1. *Évaluer la supervision*

C’est une étape importante qui permet d’apprécier tant le processus que les résultats de la supervision. Cette auto-évaluation réalisée par l’équipe de supervision devrait être entreprise dans les soixante-douze heures suivant la visite de supervision.

Voici une liste de vérification pour l’auto-évaluation :

* la session de supervision a-t-elle été réalisée suivant le plan établi ? Si non, quelles sont les leçons à tirer pour l’avenir?
* chaque membre de l’équipe de supervision a-t-il rempli ses responsabilités à la satisfaction de l’équipe? La compétence des membres en matière de supervision devrait-elle être renforcée?
* les domaines de supervision qui avaient été retenus ont-ils été épuisés dans tous leurs aspects?
* les outils utilisés (protocoles, listes de contrôle, grille de supervision) ont-ils facilité la supervision? Devrait-on mettre au point d’autres instruments?
* chaque membre de l’équipe a-t-il été amical et positif ?
* l’équipe a-t-elle examiné les problèmes, les préoccupations et le niveau de maîtrise du personnel dans l’exécution du travail?
* l’équipe a-t-elle fourni au personnel une rétro-information immédiate des résultats de la supervision, en mettant l’accent sur les points à améliorer?
* l’équipe a-t-elle élaboré un plan de suivi de la supervision avec le personnel?
* l’équipe a-t-elle félicité le personnel pour les points forts identifiés?
* l’équipe a-t-elle résumé les principales conclusions de la visite avec le responsable principal et programmé les prochaines supervisions de suivi et de soutien?
  + 1. *Rédiger le rapport de supervision*

Ce rapport doit être rédigé au maximum quinze (15) jours après la supervision. Il doit être envoyé :

- au site supervisé

- aux membres de l’équipe

- aux directions régionales/provinciales concernées

- au coordonnateur national

- au Directeur général

- au cabinet du Ministre

Canevas proposé pour l’élaboration d’un rapport de supervision (voir annexes)

* + 1. *Organiser le suivi de la supervision*

Il y a des problèmes que les superviseurs peuvent résoudre juste au retour de la formation supervisée (ou même pendant la visite), tandis que d’autres doivent l’être dans un délai raisonnable. Il y a d’autres problèmes dont les approches de solution dépendent d’un niveau supérieur. Après avoir analysé les données préliminaires, chaque superviseur doit communiquer les problèmes au niveau supérieur et les suivre jusqu'à ce qu’une approche de solution soit mise en application. Il devrait informer le site supervisé des démarches entreprises et de la suite qui leur est réservée.

# CONCLUSION

Ce guide fait partie d’un jeu de documents élaborés par le Bureau régional de l’OMS pour l’Afrique et comprenant : la stratégie régionale intégrée de prise en charge des cas de maladies tropicales négligées ; la version révisée des termes de référence et du mode opératoire du Groupe régional de revue du Programme MTN ; le manuel pour la prise en charge intégrée des MTN-PCC pour usage par les agents de santé du niveau périphérique ; le guide de monitorage et d’évaluation des programmes de lutte contre les MTN-PCC et ce guide pour la supervision des agents de santé du niveau périphérique pour la prise en charge des cas de MTN.

Le but de ce paquet de documents d’orientation est le renforcement de l’intégration et/ou de la combinaison des interventions et activités de lutte contre cinq maladies tropicales négligées à prise en charge des cas qui sont prioritaires dans la Région africaine : la lèpre, l’ulcère de Buruli, les tréponématoses endémiques, les leishmanioses et la trypanosomiase humaine africaine. Ce guide de supervision est destiné à l’usage des membres des équipes cadres des districts sanitaires pour superviser les agents de santé en charge de la prise en charge dans les centres de santé du niveau périphérique.

Ce guide ainsi que les autres documents stratégiques et d’orientation seront disséminés dans tous les pays de la Région africaine de l’OMS endémiques de ces MTN-PCC, afin qu’ils soient disponibles dans tous les districts sanitaires. Nous espérons que les membres des équipes cadres de districts sanitaires et les responsables nationaux de programmes de lutte contre les cinq MTN-PCC trouveront ce guide de supervision utile pour l’amélioration de la prestation de services contre les MTN-PCC et qu’ils contribueront de ce fait à la réduction du fardeau de ces MTN et à l’atteinte des objectifs de contrôle, d’élimination et d’éradication des MTN d’ici 2020.

# ANNEXES : Outils et rapport de supervision

# Liste d’outils de supervision des MTN-PCC

1. Examen dermatologique général

1.1. Tâches critiques à observer pour le diagnostic

1.2. Tâches critiques à observer pour le traitement

2. Lèpre

2.1. Tâches critiques à observer pour le diagnostic

2.2. Tâches critiques à observer pour le traitement

3. Ulcère de Buruli

3.1. Tâches critiques à observer pour le diagnostic

3.2. Tâches critiques à observer pour le traitement

4. Pian

4.1. Tâches critiques à observer pour le diagnostic

4.2. Tâches critiques à observer pour le traitement

5. Leishmaniose cutanée

5.1. Tâches critiques à observer pour le diagnostic

5.2. Tâches critiques à observer pour le traitement

6. Leishmaniose viscérale

6.1. Tâches critiques à observer pour le diagnostic

6.2. Tâches critiques à observer pour le traitement

7. Trypanosomiase humaine africaine

7.1. Tâches critiques à observer pour le diagnostic

7.2. Tâches critiques à observer pour le traitement

8. Liste de contrôle des ressources

9. Guide d’entretien

9. 1. Entretien avec d’autres agents de santé

9. 2. Entretien avec les bénéficiaires des prestations

9. 3. Entretien avec la communauté

# 1. EXAMEN DERMATOLOGIQUE GÉNÉRAL

### 1. 1. Tâches critiques à observer pour le diagnostic

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tâches à exécuter** | **Critère d’appréciation** | **CS1 :** | | **CS2 :** | |
|  |  | **OUI** | **NON** | **OUI** | **NON** |
| Interrogatoire d’un malade présentant une lésion de la peau | **Questions clés posées :** début, évolution, douleur, prurit, contact et traitement reçu |  |  |  |  |
| Examen clinique d’un malade présentant une lésion de la peau | |  |  |  |  |
| Inspection de loin et de près | Bon éclairage (de jour) et respect de l’intimité |  |  |  |  |
| Inspection de la totalité du corps |  |  |  |  |
| Description des lésions : macule, papule, pustule, nombre, dimension, adénopathie…… |  |  |  |  |
| Palpation de la lésion | Rechercher de l’induration, nodule, squame, chaleur et douleur |  |  |  |  |
| Test de sensibilité des lésions cutanées | Réalisé en 3 temps :  Explication au malade (1), suivi de test avec yeux ouverts (2) puis test avec les yeux fermés (3) |  |  |  |  |
| Avec une mèche de coton |  |  |  |  |
| Dialogue mèche de coton-doigt du suspect |  |  |  |  |
| Palpation des troncs nerveux superficiels et test de sensibilité et de motricité aux yeux, aux mains et aux pieds | En cas de trouble de la sensibilité sur les lésions cutanées |  |  |  |  |
| Prélèvements de tissus cutanés pour examen de laboratoire | En cas de lésion suspecte d’ulcère de Buruli, de leishmaniose cutanée ou de pian |  |  |  |  |
| Recherche d’atteinte ostéo-articulaire | En cas de suspicion d’ulcère de Buruli |  |  |  |  |
| Prélèvements de sang et de LCR pour examen de laboratoire | En cas de suspicion de THA (trouble du sommeil, troubles mentaux) et de leishmaniose viscérale |  |  |  |  |

### 1.2. Tâches critiques à observer pour le traitement

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tâches à exécuter** | **Critère d’appréciation** | **CS1 :** | | **CS2 :** | |
|  |  | **OUI** | **NON** | **OUI** | **NON** |
| **Prescription en fonction de la catégorisation des lésions** |  |  |  |  |  |
| **Explication sur le traitement** |  |  |  |  |  |
| Prise des médicaments | Posologie, durée, régularité, complétude |  |  |  |  |
| Choix de la stratégie de supervision du traitement | Différentes options proposées au malade (supervision mensuelle, souple, stratégie avancée, PCT accompagnée, PCT communautaire, etc.…) |  |  |  |  |
| Conseils pendant le traitement | Effets secondaires, allergie aux médicaments |  |  |  |  |
| Conduite à tenir en cas de complications … | Réactions lépreuses, réaction paradoxales dans l’UB  Oubli de prise journalière  Voyage, séjour dans une autre aire de santé |  |  |  |  |
| **Supervision du traitement** |  |  |  |  |  |
| Questions posées sur le traitement antérieur | Régularité, effets secondaires, réactions lépreuses, plaquettes vides (exemple lèpre) |  |  |  |  |
| Remise du traitement aux malades | Plaquette appropriée PB/MB ; adulte/enfant (exemple lèpre) |  |  |  |  |
| Supervise l’absorption de RMP, DDS (et CLO) | Aide à libérer les comprimés, donne de l’eau (exemple lèpre) |  |  |  |  |
| Supervise l’administration du traitement | Injection autour de l’ulcère (leishmaniose) |  |  |  |  |
| Note la prise des médicaments dans les supports d’information | Cahier et carte de traitement, fiche de malade |  |  |  |  |
| Rappel pour le traitement restant | Nombre de mois/plaquette restant à prendre |  |  |  |  |
| Rappel de la date de la prochaine visite | Date prochain RDV |  |  |  |  |

# 2. LÈPRE

### 2.1. Tâches critiques à observer pour le diagnostic

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tâches à exécuter** | **Critère d’appréciation** | **CS1 :** | | **CS2 :** | |
|  |  | OUI | NON | OUI | NON |
| Interrogatoire d’un suspect de lèpre ou de réactions | Questions clés posées |  |  |  |  |
| Examen clinique d’un suspect de lèpre |  |  |  |  |  |
| Inspection de loin et de près | Bon éclairage (de jour) et respect de l’intimité |  |  |  |  |
| Totalité du corps inspectée |  |  |  |  |
| Test de sensibilité des taches cutanées claires | Réalisé en 3 temps |  |  |  |  |
| Avec une mèche de coton |  |  |  |  |
|  | Dialogue mèche de coton-doigt du suspect |  |  |  |  |
| Palpation des troncs nerveux superficiels |  |  |  |  |  |
| PCS | Tête tournée à l’opposé du côté examiné |  |  |  |  |
| Palpation pour éliminer un vaisseau sanguin |  |  |  |  |
| Cubitaux | MS à angle droit |  |  |  |  |
| Palpation au-dessus du canal du coude |  |  |  |  |
| Palpation comparative bilatérale |  |  |  |  |
| SPE | MI à angle droit |  |  |  |  |
| Palpation au creux poplité, en arrière de la tête du péroné |  |  |  |  |
| Tibiaux postérieurs | Palpation en arrière et au-dessus de la MI |  |  |  |  |
| Tests de sensibilité et de motricité des extrémités |  |  |  |  |  |
| Yeux | Recherche de rougeur, réduction des clins d’œil |  |  |  |  |
| Recherche de lagophtalmie |  |  |  |  |
| Test d’ouverture forcée des paupières |  |  |  |  |
| Apprécie l’acuité visuelle |  |  |  |  |
| Mains | Utilisation de Bic et blocage de la main |  |  |  |  |
| Réalisé en 3 temps sur au moins 4 sites |  |  |  |  |
| Pieds | Utilisation de Bic, confort du malade |  |  |  |  |
| Réalisé en 3 temps sur au moins 4 sites |  |  |  |  |
| Cotation des infirmités, échelle OMS | Degré correct 0, 1 ou 2 ; yeux, mains et pieds |  |  |  |  |
| Degré maximum indiqué (0, 1 ou 2) |  |  |  |  |

### 2.2 Fiche d’observation des tâches critiques pour le traitement de la lèpre

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tâches à exécuter** | **Critère d’appréciation** | **CS1 :** | | **CS2 :** | |
|  |  | OUI | NON | OUI | NON |
| Prescription de la PCT |  |  |  |  |  |
| Classification en PB ou MB | Respect du critère 1 à 5 et Plus de 5 lésions |  |  |  |  |
| Explication du principe de la PCT au malade | Posologie, Durée, Régularité, Complétude |  |  |  |  |
| Choix de la stratégie de supervision de la PCT | Différentes options proposées au malade (supervision mensuelle, souple, stratégie avancée, PCT accompagnée, PCT communautaire, etc.…) |  |  |  |  |
| Conseils pendant la PCT | Effets secondaires, allergie aux médicaments |  |  |  |  |
| Conduite à tenir en cas de … | Réactions lépreuses  Oubli de prise journalière  Voyage, séjour dans une autre aire de santé |  |  |  |  |
| Supervision du traitement PCT |  |  |  |  |  |
| Questions posées sur le traitement antérieur | Régularité, effets secondaires, réactions lépreuses, plaquettes vides |  |  |  |  |
| Remise de la plaquette de PCT au malade | Plaquette appropriée PB/MB ; Adulte/Enfant |  |  |  |  |
| Supervise l’absorption de RMP, DDS (et CLO) | Aide à libérer les comprimés, donne de l’eau |  |  |  |  |
| Note la prise de PCT dans les supports d’information | Cahier et carte de traitement, fiche de malade |  |  |  |  |
| Rappel pour le traitement restant | Nombre de mois/plaquette restant à prendre  Date prochain RDV |  |  |  |  |
| Prescription de Prednipac |  |  |  |  |  |
| Appréciation de la sévérité de la réaction | Respect des critères de gravité |  |  |  |  |
| Écarte les contre-indications (CI) du traitement | Questions sur les CI de la corticothérapie |  |  |  |  |
| Explication de la corticothérapie au malade | But, posologie, régularité, doses dégressives |  |  |  |  |
| Remise de Prednipac | Plaquette remise selon le rythme de supervision |  |  |  |  |
| Rappels des conseils pendant la corticothérapie | Régime alimentaire, prise unique matinale |  |  |  |  |
| Note la prise de Prednipac dans les supports d’information | Cahier et carte de traitement, fiche de malade |  |  |  |  |
| Rappel de la date de la prochaine visite | Date prochain RDV |  |  |  |  |

### 2.2 Fiche d’observation des tâches critiques pour le traitement de la lèpre (suite)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tâches à exécuter** | **Critère d’appréciation** | **CS1 :** | | **CS2 :** | |
|  |  | **OUI** | **NON** | **OUI** | **NON** |
| Examen de suivi neurologique |  |  |  |  |  |
| Accueil du malade | Mot de bienvenue, installation confortable |  |  |  |  |
| Interrogatoire sur les fonctions neurologiques | Questions sur la sensibilité et la motricité des extrémités (yeux, mains et pieds) |  |  |  |  |
| Interrogatoire sur l’auto soins (à domicile ou en groupes) | Questions posées sur l’auto soins et résultats |  |  |  |  |
| Vérifie l’état neurologique du malade lors du précédent examen | Consultation du registre de suivi et de la fiche du malade |  |  |  |  |
| Palpation des principaux troncs nerveux superficiels |  |  |  |  |  |
| PCS | Tête tournée à l’opposé du côté examiné |  |  |  |  |
| Palpation pour éliminer un vaisseau sanguin |  |  |  |  |
| Cubitaux | MS à angle droit |  |  |  |  |
| Palpation au-dessus du canal E-O |  |  |  |  |
| Palpation comparative bilatérale |  |  |  |  |
| SPE | MI à angle droit |  |  |  |  |
| Palpation au creux poplité, en arrière de la tête du péroné |  |  |  |  |
| Tibiaux postérieurs | Palpation en arrière et au-dessus de la MI |  |  |  |  |
| Tests de sensibilité et de motricité des extrémités |  |  |  |  |  |
| Yeux | Recherche de rougeur, réduction clin d’œil |  |  |  |  |
| Recherche de lagophtalmie |  |  |  |  |
| Test d’ouverture forcée des paupières |  |  |  |  |
| Apprécie l’acuité visuelle |  |  |  |  |
| Mains | Utilisation de Bic et blocage de la main |  |  |  |  |
| Réalisé en 3 temps sur au moins 4 sites |  |  |  |  |
| Pieds | Utilisation de Bic, confort du malade |  |  |  |  |
| Réalisé en 3 temps sur au moins 4 sites |  |  |  |  |
| Cotation des infirmités, échelle OMS | Degré correct 0, 1 ou 2 aux yeux, mains et pieds |  |  |  |  |
| Cotation avec le score YMP | Degré par sites 2Y, 2M et 2P (0 à 12) |  |  |  |  |

# 3. ULCÈRE DE BURULI

### 3.1. Fiche d’observation des tâches critiques pour le diagnostic

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tâches à exécuter** | **Critères d’appréciation** | **CS1 :** | | **CS2 :** | |
|  |  | **OUI** | **NON** | **OUI** | **NON** |
| **Interrogatoire d’un cas suspect d’ulcère de Buruli** | Identité |  |  |  |  |
| Profession |  |  |  |  |
| Provenance d’un milieu endémique |  |  |  |  |
| Motif de la consultation |  |  |  |  |
| Histoire de la maladie |  |  |  |  |
| Signes associés : |  |  |  |  |
| Caractéristiques du milieu de vie |  |  |  |  |
| **Examen clinique d’un suspect d’ulcère de Buruli** | Examiner tout le corps sous un bon éclairage |  |  |  |  |
| Examiner attentivement les lésions suspectes |  |  |  |  |
| Taille |  |  |  |  |
| Plaies à bords décollés et à fonds nécrotiques jaunâtres, relativement peu douloureux, absence de ganglions satellites |  |  |  |  |
| Localisation des lésions |  |  |  |  |
| Rechercher une limitation de mouvement au niveau des articulations |  |  |  |  |
| Vérifier la température (normalement, absence de fièvre dans l’UB), la tension artérielle, le poids. |  |  |  |  |
| **Conclusions de l’examen clinique** | Catégorisation de la lésion |  |  |  |  |
| **Confirmation biologique de l’ulcère de Buruli** | Prélèvement réalisé |  |  |  |  |
| Deux échantillons prélevés par lésion |  |  |  |  |
| Conditionnement des échantillons |  |  |  |  |
| Acheminement des échantillons |  |  |  |  |

### 3.2. Fiche d’observation des tâches critiques pour le traitement de l’ulcère de Buruli

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tâches à exécuter** | **Critères d’appréciation** | **CS1 :** | | **CS2 :** | |
|  |  | **OUI** | **NON** | **OUI** | **NON** |
| **Traitement** |  |  |  |  |  |
| **Antibiothérapie** | Disponibilité des antibiotiques |  |  |  |  |
| Respect des conditions de prescription |  |  |  |  |
| Conseils sur la régularité de la prise des médicaments |  |  |  |  |
| Respect des conditions des injections (IM, asepsie,…) |  |  |  |  |
| Remplissage correct de la fiche de traitement |  |  |  |  |
| Suivi des effets secondaires |  |  |  |  |
| **Pansement** | Disponibilité du matériel de pansement |  |  |  |  |
| Détermination des phases d’évolution de l’ulcère |  |  |  |  |
| Respect des conditions d’asepsie |  |  |  |  |
| Respect du type de soins appropriés selon la phase d’évolution de l’ulcère |  |  |  |  |
| Respect de la fréquence de pansement |  |  |  |  |
| **Prévention de la limitation des mouvements articulaires** | Mobilisation des articulations lors des pansements des plaies |  |  |  |  |
| Mise en position de fonction des membres et articulations si besoin à l’aide des attèles |  |  |  |  |
| Conseils au malade pour la mobilisation des articulations |  |  |  |  |
| Mobilisation passive et active des membres dès que le processus de cicatrisation commence |  |  |  |  |
| Référence des cas à risque pour kinésithérapie complémentaire |  |  |  |  |

# 4. PIAN

### 4.1. Tâches critiques à observer pour le diagnostic du pian

| **Tâches à exécuter** | **Critère d’appréciation** | **CS1 :** | | **CS2 :** | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | OUI | NON | OUI | NON |
| **Interrogatoire d’un suspect de pian** | Age |  |  |  |  |
|  | Communauté |  |  |  |  |
|  | Lésions douloureuses |  |  |  |  |
|  | Démangeaison |  |  |  |  |
|  | Douleurs osseuses la nuit |  |  |  |  |
|  | Signes généraux: fièvre, malaise etc. |  |  |  |  |
|  | Cas similaire à la maison, à l’école ou dans la communauté |  |  |  |  |
| **Examen clinique d’un suspect de pian** |  |  |  |  |  |
| Inspection de près | Bon éclairage (lumière du jour) |  |  |  |  |
| Respect de l’intimité |  |  |  |  |
|  | Totalité du corps inspectée |  |  |  |  |
| Examen détaillé de la lésion | Déterminer: |  |  |  |  |
| Consistance du papillome |  |  |  |  |
| Ramollissement des os et des articulations |  |  |  |  |
|  | Base non indurée des bords surélevés et les planchers croustillants dans les ulcères |  |  |  |  |
|  | Écailles sur les macules |  |  |  |  |
|  | Hyperkératose plantaire et palmaire |  |  |  |  |
| Examen clinique général | Palper pour déterminer hypertrophie et ramollissement des ganglions lymphatiques |  |  |  |  |
| Détermination de la forme clinique de la lésion | Phase précoce: |  |  |  |  |
| Papillomes |  |  |  |  |
|  | Ulcère |  |  |  |  |
| Macule |  |  |  |  |
| Papule |  |  |  |  |
|  | Maculo-papule |  |  |  |  |
| Plantaire/palmaire |  |  |  |  |
|  | Forme mixte |  |  |  |  |
|  | Phase tardive |  |  |  |  |
|  | Ostéite et périostite chroniques |  |  |  |  |
| Tibia en sabre |  |  |  |  |
| Nodules juxta articulaires |  |  |  |  |
| Gangosa |  |  |  |  |
| Observation des procédures du test sérologique  (lieu de traitement si test disponible) | Rassemblement du kit de test |  |  |  |  |
| Observation de l’asepsie |  |  |  |  |
| Procédure du test |  |  |  |  |
|  | Interprétation correcte du résultat du test |  |  |  |  |
| Elimination correcte du kit utilisé |  |  |  |  |
| Diagnostic correct du pian | Le diagnostic correct a-t-il été posé? |  |  |  |  |
| La forme clinique est-elle correcte? |  |  |  |  |
|  | Les lésions ont-elles été classées en précoces et tardives? |  | |  | |

### 4.1. Tâches critiques à observer pour le traitement du pian

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tâches à exécuter** | **Critère d’appréciation** | **CS1 :** | | **CS2 :** | |
|  |  | OUI | NON | OUI | NON |
| **TRAITEMENT** |  |  |  |  |  |
| Prescription de l’Azithromycine oral/benzathine pénicilline |  |  |  |  |  |
|  | L’agent du centre donne-t-il la dose correcte? |  |  |  |  |
|  | Donne-t-il l’information sur les effets secondaires/allergie |  |  |  |  |
|  | Gestion des effets secondaires/allergie |  |  |  |  |
| Suivi du traitement | Le patient a-t-il eu un rendez-vous de suivi? |  |  |  |  |
|  | L’agent évalue-t-il l’échec du traitement |  |  |  |  |
|  | Donne-t-il le benzathine pénicilline en cas d’échec de traitement? |  |  |  |  |
|  | Prélève-t-il un écouvillon pour PCR en cas d’échec de traitement? |  |  |  |  |

+Kit de test, gants, lancette, tampon imbibé d’alcool rassemblés sur une surface propre

# 5. LEISHMANIOSE CUTANÉE

### 5.1. Tâches critiques à observer pour le diagnostic des leishmanioses cutanées

| **Tâches à effectuer** | **Critères d'évaluation** | **CS1 :** | | **CS2 :** | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **OUI** | **NON** | **OUI** | **NON** |
| Interroger un suspect de leishmaniose cutanée | Questions clés posées |  |  |  |  |
| L'examen clinique d'un cas suspecté de leishmaniose cutanée |  |  |  |  |  |
| Inspection à distance et de près | Bonne lumière (du jour), respect de l'intimité |  |  |  |  |
| Inspection complète du corps |  |  |  |  |
| Description de la lésion (s) de la peau (à mentionner l'existence ou non des caractéristiques suivantes) | Papule, nodule ou plaque |  |  |  |  |
| Croûte centrale couvrant un ulcère |  |  |  |  |
| Ulcère avec rebord entourée d’une induration variable |  |  |  |  |
|  | Lésion est indolore |  |  |  |  |
|  | Ulcère « sec » ou « humide (inflammation sévère) |  |  |  |  |
|  | Durée de l'état (date ou depuis quand la lésion a été remarquée par le patient) |  |  |  |  |
|  | Papules satellitaires |  |  |  |  |
|  | Gonflement des lèvres ou du nez |  |  |  |  |
|  | Lymphangite nodulaire |  |  |  |  |
| Collecter des informations cliniques sur 5 aspects des lésions cutanées afin de déterminer le traitement à prescrire | Taille de la lésion (cm) |  |  |  |  |
| Nombre de lésions |  |  |  |  |
|  | Localisation des lésions sur le corps |  |  |  |  |
| Évolution des lésions: durée, aggravation (lésion active), amélioration (auto-guérison) |  |  |  |  |
| État immunologique et état général ​​de santé du patient: immunodéprimé ou non, diabète, troubles du cœur / foie / rein et grossesse ou non. |  |  |  |  |
| Autres aspects du diagnostic clinique | Antécédents de LC |  |  |  |  |
|  | Présence de cas dans la famille |  |  |  |  |
| Traitement antérieur reçu pour les lésions actuelles |  |  |  |  |
| Histoire de voyage dans les 6 derniers mois |  |  |  |  |
| Classement de la situation selon l'algorithme de l'OMS | Situation 1, 2 ou 3 correcte |  |  |  |  |

### 5.2. Tâches critiques à observer pour le traitement des leishmanioses cutanées

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tâches à effectuer** | **Critères d'évaluation** | **CS1 :** | | **CS2 :** | |
|  |  | OUI | NON | OUI | NON |
| **Prescription du traitement** |  |  |  |  |  |
| La classification dans la situation de 1 à 3 | Les critères sont correctement appliqués. Le traitement est compatible avec la "Situation " |  |  |  |  |
| Explication des options de traitement au patient | Avantages et inconvénients, la posologie, la durée, l'achèvement |  |  |  |  |
| Le conseil auprès des patients pour l’antimoine (ou d'autres médicaments antileishmaniens) | Les effets secondaires, allergie |  |  |  |  |
| Conduite à tenir en cas de ... | Omission d’injections prévues ;  Voyage ou déplacement en dehors de la zone de santé |  |  |  |  |
| Qualité de l'injection intralésionnelle | Le produit est retiré de façon aseptique |  |  |  |  |
|  | L'antimoine est injecté dans la lésion et blanchit le rebord jusqu'à ce que la lésion soit entièrement gonflée |  |  |  |  |

# 6. LEISHMANIOSE VISCÉRALE

### 6.1. Tâches critiques à observer pour le diagnostic de la leishmaniose viscérale

| **Tâches à effectuer** | **Critères d'évaluation** | **CS1 :** | | **CS2 :** | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **OUI** | **NON** | **OUI** | **NON** |
| Interroger un suspect de leishmaniose viscérale (LDPK inclus) | Questions clés posées  fièvre pendant plus de deux semaines,  gonflement abdominal,  faiblesse et perte de poids,  Exclure le paludisme,  Vivre dans une zone endémique de LV ou histoire de voyage,  Antécédents de traitement pour la LV,  Combien de temps?  Autres symptômes: toux, diarrhée ? |  |  |  |  |
| lésion cutanée (LDPK: pas de démangeaisons, pas de perte de la sensibilité, médicament traditionnel, traitement ancien pour la LV |  |  |  |  |
| L'examen clinique d'un cas suspecté de leishmaniose viscérale |  |  |  |  |  |
| État général du patient, et voir s’il a de la fièvre, l'IMC (Indice de masse corporelle) | Bonne lumière (du jour), respect de l'intimité |  |  |  |  |
| Enregistrer les signes vitaux du patient (température, pouls, tension artérielle)  Enregistrer le poids du patient et calculer l'Indice de masse corporelle (IMC) |  |  |  |  |
| État général du patient: cachexie, incapable de marcher, etc. |  |  |  |  |
| L'examen physique, tête, yeux, oreilles, gorge, nez : pâleur, infection orale | Examiner la conjonctive, la langue et la pâleur de la paume |  |  |  |  |
| Examiner la muqueuse buccale pour chercher une infection orale |  |  |  |  |
| Palpation des ganglions lymphatiques | Palper les ganglions lymphatiques axillaires et inguinaux  Mesurer la taille de ganglions lymphatiques palpables. |  |  |  |  |
| Examen abdominal pour chercher une splénomégalie et une hépatomégalie | Hypertrophie de la rate ? taille |  |  |  |  |
| Hypertrophie du foie ? taille |  |  |  |  |
| Examen du tégumentaire et des extrémités inférieures | Eruption cutanée, plaie, œdème des pieds |  |  |  |  |
| Caractériser la lésion: type, extension, sensation, infection secondaire  Caractériser la lésion: type, étendue, sensibilité, infection secondaire  Grade de LDPK |  |  |  |  |

### 6.2. Tâches critiques à observer pour le traitement de la leishmaniose viscérale

| **Tâches à effectuer** | **Critères d'évaluation** | **CS1 :** | | **CS2 :** | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **OUI** | **NON** | **OUI** | **NON** |
| Tests diagnostiques réalisés |  |  |  |  |  |
| Paludisme exclu | TDR/microscopie, traitement avec les médicaments contre le paludisme |  |  |  |  |
| Critères de définition de cas de LV remplis | Le patient remplit la définition de cas de LV |  |  |  |  |
| **TDR pour la LV**  Pour ceux dont le diagnostic de VL n’est pas confirmé à la première visite et les patients désignés pour le suivi (clinique et répétition du TDR pour LV) | Effectuer le test avec la procédure correcte  Lecture correcte du test |  |  |  |  |
| Envoi des cas suspects ou confirmés au centre de traitement de la LV | Bonne utilisation des formulaires pour le renvoi  Envoi des cas présumés de rechute de LV  Toutes les informations pertinentes sont documentées dans le dossier du renvoi  Registre pour les cas renvoyés  Suivi des cas renvoyés |  |  |  |  |

# 7. THA

### Fiche d’observation des tâches critiques pour le diagnostic et le traitement de la THA

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tâches à exécuter** | **Critères d’appréciation** | **Réponses** | | **Observations** |
|  |  | **OUI** | **NON** |  |
| **Interrogatoire d’un cas suspect de THA** | Identité |  |  |  |
| Profession |  |  |  |
| Résidence habituelle |  |  |  |
| Motif de la consultation |  |  |  |
| Notion de séjour ou de résidence dans une zone endémique |  |  |  |
| Les antécédents de la THA chez l’individu ou dans la famille |  |  |  |
| Les signes ou symptômes généraux considérés comme évocateurs de la THA |  |  |  |
| **Examen clinique d’un cas suspect de THA** | La palpation ganglionnaire est-elle systématiquement réalisée |  |  |  |
| La palpation ganglionnaire est-elle bien faite ? |  |  |  |
| **Examen sérologique d’un cas suspect THA** | Le test sérologique est-il réalisé correctement ? |  |  |  |
| **Confirmation d’un cas de THA** | La ponction ganglionnaire est-elle bien faite ? |  |  |  |
| Le suc ganglionnaire est-elle examiné correctement ? |  |  |  |
| Les suspects non confirmés sont-ils référés ? |  |  |  |
| **Traitement** | Les malades de 1er stade sont-ils pris en charge ? |  |  |  |
| Les malades ont-ils été correctement traités ? |  |  |  |
| La fiche de traitement est-elle correctement remplie ? |  |  |  |

# 8. LISTES DE CONTRÔLE DES RESSOURCES ET DE TÂCHES

### 8.1 Lèpre

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RESSOURCES** | **Critère d’appréciation** | **CS1 :** | | **CS2 :** | |
|  |  | **OUI** | **NON** | **OUI** | **NON** |
| Supports de collecte d’information |  |  |  |  |  |
| Fiches cliniques de malades | 1 fiche clinique par malade en traitement  et 5 fiches en réserve |  |  |  |  |
| Cahier de traitement PCT | Disponible avec des feuilles vierges |  |  |  |  |
| Cartes de malades | 5 cartes vierges en réserve |  |  |  |  |
| Fiche de rapports périodiques | QS jusqu’en fin d’année |  |  |  |  |
| Fiche de stocks | Au moins 1 par type de plaquettes de PCT et boîtes de Prednipac |  |  |  |  |
| Registre de suivi neurologique (Registre de PdI) | Utilisation des score YMP, tri ou semestriel |  |  |  |  |
| Médicaments |  |  |  |  |  |
| MBA | 1 boîte de 6 + plaquettes des cas MBA en Ttt |  |  |  |  |
| MBE | 1 boîte de 6 + plaquettes des cas MBE en Ttt |  |  |  |  |
| PBA | 1 boîte de 6 + plaquettes des cas PBA en Ttt |  |  |  |  |
| PBE | 1 boîte de 6 + plaquettes des cas PBE en Ttt |  |  |  |  |
| Prednipac | 1 boîte + plaquettes des réactions traitées |  |  |  |  |
| Supports IEC |  |  |  |  |  |
| Contenu des images | Signes précoces, signes réactionnels |  |  |  |  |
| Contenu du message | Message positif : guérison, gratuité |  |  |  |  |
| Matériels de démonstration PdI |  |  |  |  |  |
| Bassine de trempage, pierre ponce, huile minérale, chaussures, gants | Disponibilité kit pour mains et pieds |  |  |  |  |
| Miroir, lunettes, gouttes oculaires, etc. | Disponibilité du kit pour les yeux |  |  |  |  |
| TÂCHES : Remplissage des différents supports |  |  |  |  |  |
| Fiches cliniques | 1 fiche bien remplie pour chaque malade |  |  |  |  |
| Cahiers de traitement | Liste complète des cas sous PCT, cahier à jour |  |  |  |  |
| Registre lèpre | Mis à jour |  |  |  |  |
| Registre de suivi neurologique (registre PdI) | 1 registre mis à jour pour les malades suivis |  |  |  |  |
| Fiche de stocks (PCT et Prednipac) | 1 fiche de stock à jour par type de plaquette |  |  |  |  |
| Copie des rapports périodiques (trimestriels, annuels) | Présence des doubles des rapports envoyés |  |  |  |  |

### 8.2. Ulcère de Buruli

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RESSOURCES** | **Critères d’appréciation** | **CS1 :** | | **CS2 :** | |
|  |  | **OUI** | **NON** | **OUI** | **NON** |
| Supports de collecte d’information |  |  |  |  |  |
| Fiches cliniques et thérapeutique des nouveaux cas (UB 01) | 1 fiche clinique par malade en traitement  et 5 fiches en réserve |  |  |  |  |
| Registre des nouveaux cas d’Ulcère de Buruli (UB 02) | Disponible |  |  |  |  |
|  | Rempli correctement |  |  |  |  |
| Fiche de demande de confirmation de laboratoire (UB 03) | Disponible |  |  |  |  |
|  | Remplie correctement |  |  |  |  |
| Fiche de suivi après traitement antibiotique | Disponible |  |  |  |  |
|  | Remplie correctement |  |  |  |  |
| Fiche de stocks | Disponible pour chaque produit |  |  |  |  |
|  | Mis à jour |  |  |  |  |
| Médicaments |  |  |  |  |  |
| Rifampicine | Stock disponible pour la complétude du traitement |  |  |  |  |
| Stock de sécurité |  |  |  |  |
| Date de péremption |  |  |  |  |
| Streptomycine | Stock disponible pour la complétude du traitement |  |  |  |  |
| Stock de sécurité |  |  |  |  |
| Date de péremption |  |  |  |  |
| Clarithromycine | Stock disponible pour la complétude du traitement |  |  |  |  |
| Stock de sécurité |  |  |  |  |
| Date de péremption |  |  |  |  |
| Matériel de pansement |  |  |  |  |  |
|  | Disponibilité des boîtes de pansement |  |  |  |  |
|  | Matériel de stérilisation disponible et fonctionnel |  |  |  |  |
|  | Consommables disponibles |  |  |  |  |

### 8.3 Le pian

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RESSOURCES** | **Critère d’appréciation** | **CS1 :** | | **CS2 :** | |
|  |  | **OUI** | **NON** | **OUI** | **NON** |
| **Supports de collecte d’information** |  |  |  |  |  |
| Enregistrement des cas de pian dans HF  (formulaire d’évaluation clinique) | Disponible |  |  |  |  |
| Enregistrement à partir du registre | Disponible avec une copie vierge |  |  |  |  |
| Résumé du formulaire de traitement à grande échelle | Disponible avec une copie vierge |  |  |  |  |
| Formulaire de rapport mensuel du centre | 12 formulaires disponibles |  |  |  |  |
| Fiche individuelle de cas | Disponible avec un copy vierge |  |  |  |  |
| Fiche de gestion de stock d’Azithromycine/benzathine Benzyl Pénicilline | Disponible |  |  |  |  |
| **Médicaments** |  |  |  |  |  |
| Azithromycine | Quantité pour soigner 5 malades et 10 contacts au centre en tout temps |  |  |  |  |
| Benzathine benzyl pénicilline | Disponibilité de 5 flacons en stock |  |  |  |  |
| **Supports IEC** |  |  |  |  |  |
| Livre d’images pour la reconnaissance du pian dans la communauté | Signes précoces et symptômes |  |  |  |  |
| Posters et outils d’aide au travail sur le pian | Attractifs et encourageant les messages d’information |  |  |  |  |
| **TÂCHES : Remplissage des différents supports** |  |  |  |  |  |
| Fiche individuelle malade | 1 correctement remplie par malade |  |  |  |  |
| Registre du centre | Traitement enregistré; à jour |  |  |  |  |
| Résumé du formulaire de traitement à grande échelle | À jour |  |  |  |  |
| Formulaire de rapport mensuel du centre | À jour |  |  |  |  |
| Stock de cartes | À jour |  |  |  |  |

### 8.4. Les leishmanioses cutanées

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RESSOURCES** | **Critères d'évaluation** | **CS1 :** | | **CS2 :** | |
|  |  | **OUI** | **NON** | **OUI** | **NON** |
| Formulaires de collecte de données |  |  |  |  |  |
| Dossier médical du patient  (Formulaire d'évaluation clinique) | 1 formulaire par patient en traitement  & 5 nouveaux en réserve |  |  |  |  |
| Cahier de registre de traitement de la LC | 1 avec des pages disponibles |  |  |  |  |
| Cartes de traitement | 5 nouvelles en réserve (quantité à adapter selon le nombre de malades par mois) |  |  |  |  |
| Formulaires pour le rapport mensuel | Assez jusqu’à la fin de l’année |  |  |  |  |
| Fiche de stock | Au moins 1 pour chaque médicament et matériel médical |  |  |  |  |
| **Médicaments et matériel d’injection** |  |  |  |  |  |
| Dérivés de l’antimoine pentavalent | Ampoules suffisantes pour une période de 3 mois |  |  |  |  |
| Matériel d’injection | Ampoules suffisantes pour une période de 3 mois |  |  |  |  |
| **Matériel IEC** |  |  |  |  |  |
| Avec photos | Différent types de lésions et tableaux pour aider au diagnostic différentiel |  |  |  |  |
| Contenu des messages | Message positif: guérissable et gratuit |  |  |  |  |
| **TÂCHES: Remplir les dossiers du malade, les formulaires et les cahiers** |  |  |  |  |  |
| Dossier médical du patient et  cartes de traitement | 1 dossier et 1 carte dûment remplis par malade |  |  |  |  |
| Cahier de registre pour le traitement | Tous les malades sont inscrits, mis à jour |  |  |  |  |
| Cahier de registre (district ou niveau régional) | Mis à jour |  |  |  |  |
| Cartes d’stock | Au moins 1 pour chaque médicament et matériel médical |  |  |  |  |
| Formulaires pour les rapports mensuels | Copies des rapports envoyés |  |  |  |  |

### 8.5. La leishmaniose viscérale

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RESSOURCES** | **Critères d'évaluation** | **CS1 :** | | **CS2 :** | |
|  |  | **OUI** | **NON** | **OUI** | **NON** |
| **TDR** |  |  |  |  |  |
|  | Où trouvez-vous le TDR? |  |  |  |  |
|  | Marque correcte des TDR de LV disponibles |  |  |  |  |
|  | Date de péremption des TDR de LV |  |  |  |  |
|  | Un suivi régulier des stocks avec fiches de stock |  |  |  |  |
|  | Algorithme du TDR collé dans le laboratoire |  |  |  |  |
|  | 1 test par patient |  |  |  |  |
| Formulaires de collecte de données |  |  |  |  |  |
| Dossier clinique du patient | 1 dossier d’évaluation clinique par patient |  |  |  |  |
| Test de laboratoire | 1 dossier de test de laboratoire par patient |  |  |  |  |
| Renvoi | 1 formulaire par patient pour renvoi |  |  |  |  |
| **Matériel IEC** |  |  |  |  |  |
| Contenu | Définition de cas de LV  Photos de signes de LV avancée  Photos de LDPK |  |  |  |  |
| Contenu des messages | Message positif: guérissable et gratuit, renseignements sur les centres de traitement de la LV  Éducation à la santé périodique à la communauté dans l'établissement de santé |  |  |  |  |
| **TACHES: Remplir les dossiers du malade, les formulaires et les cahiers** |  |  |  |  |  |
| Dossier médical du patient et cartes de traitement | 1 dossier et 1 carte dûment remplis par malade |  |  |  |  |
| Cahier de renvoi | Cahier de renvoi dûment rempli |  |  |  |  |
| Cahier de registre de la LV (district ou niveau régional) | Mis à jour et dûment rempli |  |  |  |  |
| Rapport des cas régulier | Rapports trimestriel des cas de LV/LDPK suspects / renvois dûment remplis |  |  |  |  |
| Fiches de stock pour les TDR | fiches de stock dûment remplies |  |  |  |  |

### 8.6. THA

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **RESSOURCES** | **Critères d’appréciation** | **Réponse** | | **Observations** |
|  |  | **OUI** | **NON** |  |
| Supports de collecte d’information |  |  |  |  |
| Registre de consultation | Existence |  |  |  |
| Correctement tenu |  |  |  |
| Registre des nouveaux cas de THA | Disponible |  |  |  |
|  | Rempli correctement |  |  |  |
| Registre de laboratoire | Disponible |  |  |  |
|  | Rempli correctement |  |  |  |
| Fiche de traitement des malades | Disponible |  |  |  |
|  | Remplie correctement |  |  |  |
| Fiche de stocks de médicaments (Pentamidine) | Disponible |  |  |  |
| Mise à jour |  |  |  |
| Fiche de stocks de réactifs | Disponible |  |  |  |
| Mise à jour |  |  |  |

# 9. LES GUIDES D’ENTRETIEN

### 9.1. Guides génériques d’entretien avec un agent de santé

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Personnes à interviewer** | **Questions** | **CS1 :** | | **CS2 :** | |
| Autres personnels de santé |  | OUI | NON | OUI | NON |
|  | Quel est votre rôle dans la prise en charge des patients. |  |  |  |  |
|  | Qui fait le diagnostic et le traitement? |  |  |  |  |
|  | Qui fait la confirmation du diagnostic |  |  |  |  |
|  | Qui prescrit le traitement. ? |  |  |  |  |
|  | Qui s’occupe des patients? |  |  |  |  |
|  | Qui remplit les supports de gestion dans votre centre? |  |  |  |  |
|  | Combien de cas ont été vus dans votre centre pendant le trimestre? |  |  |  |  |

**9.2. Guide d’entretien avec les bénéficiaires des prestations des soins**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Bénéficiaires de soins |  | **CS1**  **Réponses** | **CS2**  **Réponses** |
|  | Combien de jours de traitement avez-vous reçus, et combien de jours de traitement vous reste-t-il ? |  |  |
|  | Votre état de santé s’est-il amélioré depuis le début du traitement ? |  |  |
|  | Combien payez-vous pour obtenir votre traitement ? |  |  |
|  | Avez-vous reçu des informations sur la maladie ? |  |  |
|  | Êtes-vous satisfait des prestations de services jusque-là reçues du centre de santé ? |  |  |

### 9.3 Guide d’entretien avec la communauté

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Personnes à interviewer** | **Questions** | **CS1 :** | | **CS2 :** | |
| Autorités locales et dirigeants |  | OUI | NON | OUI | NON |
|  | Quels sont les horaires de travail de votre centre de santé? |  |  |  |  |
|  | Y a-t-il présentement des cas en traitement dans votre centre? |  |  |  |  |
|  | La surveillance active est-t-elle assurée dans votre district? |  |  |  |  |
|  | Combien coûtent le diagnostic et le traitement? |  |  |  |  |

### 9.4. Guides spécifiques d’entretien

**9.4.1. Sur la lèpre**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Personnes à questionner** | **Questions** | **CS1 :** | | **CS2 :** | |
| Cas de lèpre en réaction |  | **Oui** | **Non** | **Oui** | **Non** |
|  | Votre état actuel est-il lié aux plaquettes de PCT que vous avez prises ? |  |  |  |  |
|  | Combien de fois par jour et à quel moment prenez-vous les médicaments pour votre état réactionnel ? |  |  |  |  |
|  | Pouvez-vous arrêter le traitement si votre état s’améliore avant la fin du traitement prescrit ? |  |  |  |  |
|  | Combien avez-vous payé pour obtenir le traitement de la réaction ? |  |  |  |  |
| Personne affectée par la lèpre (PAL) avec infirmité de degrés 1 ou 2 | |  |  |  |  |
|  | Que vous a-t-on dit pour empêcher l’aggravation de votre état de santé ? |  |  |  |  |
|  | Êtes-vous membre d’un groupe d’auto-soins ? |  |  |  |  |

**9.4.2. Sur le Pian**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Personnes à questionner** | **Questions** | **CS1 :** | | **CS2 :** | |
| Autres personnels de santé |  | **Oui** | **Non** | **Oui** | **Non** |
|  | Combien de contacts ont été traités dans votre centre lors du dernier trimestre? |  |  |  |  |
|  | Quelle est l’importance du pian latent dans l’éradication du pian? |  |  |  |  |
| Autorités locales et leaders |  |  |  |  |  |
|  | Les agents de santé suivent-ils les cas pour traiter les contacts dans votre communauté? |  |  |  |  |
|  | L’école de votre communauté a-t-elle été visitée par les agents de santé pour le pian? |  |  |  |  |

**9.4.3. Sur les leishmanioses cutanées**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Personnes à interviewer | **Questions** | **CS1 :** | | **CS2 :** | |
| Personnel de santé |  | OUI | NON | OUI | NON |
|  | Quel est votre rôle dans la prise en charge des patients de LC? |  |  |  |  |
|  | Qui fait faire le diagnostic et le traitement de LC? |  |  |  |  |
|  | Qui prescrit le traitement? |  |  |  |  |
|  | Qui remplit les rapports ou les fiches de LC dans votre établissement? |  |  |  |  |
| Autorités locales et dirigeants |  |  |  |  |  |
|  | Quelles sont les heures d'ouverture de votre centre de santé? |  |  |  |  |
|  | Y a-t-il des cas de LC actuellement sous traitement dans votre établissement de santé? |  |  |  |  |
|  | Quel jour viennent les patients de LC pour l'injection? |  |  |  |  |
|  | Quel est le coût pour le diagnostic et le traitement de la LC? |  |  |  |  |
| Autres personnels de santé |  |  |  |  |  |
|  | Qui fait la demande pour le test RDT pour les cas suspects de LV? |  |  |  |  |
|  | Qui fait le test RDT pour les cas suspects? |  |  |  |  |
|  | Combien de cas de LV/PKDL ont été suspectés/confirmés dans votre centre lors des 3 derniers mois? |  |  |  |  |
|  | Combien de patients ont été transférés pour traitement de LV/PKDL |  |  |  |  |
|  | Quel est l’implication du PKDL comme réservoir pour la transmission? |  |  |  |  |
| Autorités locales et dirigeants |  |  |  |  |  |
|  | Le test LV RDT est-il gratuit? Si non, combine coûte le test? |  |  |  |  |
|  | Quelles mesures de lutte antivectorielle sont généralement utilisées pour la prévention de la LV? |  |  |  |  |

**9.4.4. Sur la leishmaniose viscérale**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Personnes à interviewer | **Questions** | **CS1 :** | | **CS2 :** | |
| Personnel de santé |  | OUI | NON | OUI | NON |
|  | Quel est votre rôle dans la prise en charge (diagnostic et renvoi) des patients de LV? |  |  |  |  |
|  | Qui fait faire le diagnostic et le renvoi pour traiter les cas de LV? |  |  |  |  |
|  | Qui fait la demande de tests pour les cas suspects de LV? |  |  |  |  |
|  | Qui fait le TDR pour le cas suspects de LV? |  |  |  |  |
|  | Combien de cas de LV / LDPK étaient suspects / confirmés dans les trois derniers mois dans votre établissement? |  |  |  |  |
|  | Combien de patients ont été renvoyés pour le traitement LV / LDPK? |  |  |  |  |
|  | Qui remplit les rapports ou les fiches de LV dans votre établissement? |  |  |  |  |
|  | Quelle est l'implication de la LDPK comme réservoir pour la transmission? |  |  |  |  |
| Autorités locales et dirigeants |  |  |  |  |  |
|  | Quelles sont les heures d'ouverture de votre centre de santé? |  |  |  |  |
|  | Y at-il des cas de LV actuellement sous traitement dans votre établissement de santé? |  |  |  |  |
|  | Est-ce que le TDR pour la LV est gratuit? Sinon, quel est le coût de ce TDR? |  |  |  |  |
|  | Est-ce que la surveillance active fait partie du programme de lutte contre la LV dans le municipe? |  |  |  |  |

**9.4.5. Sur la trypanosomiase humaine africaine**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Personnes à questionner** | **Questions** | **Réponses** |
| **Autres agents du centre** |  |  |
|  | **Qui fait la suspicion sérologique de la THA ?** |  |
|  |  |  |

# 10. LE RAPPORT DE SUPERVISION

**MODÈLE DE RAPPORT DE SUPERVISION**

Noms et prénoms du ou des superviseurs :……………………………………………………………

Qualification du ou des superviseurs………………………………………………………………….

Date de la supervision ………………………………………………………………………………...

Formation sanitaire : …………………………………………………………………………………

Noms et prénoms du ou des supervisés ………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

Qualification du ou des supervisés……………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

**Activités de supervision réalisées** :

Observations de tâches critiques :…(score des tâches correctement exécutées :………) ………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Contrôle des ressources et des tâches ………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Personnes interviewées : …………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………

ASPECTS POSITIFS

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………….

ASPECTS A AMÉLIORER

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

RECOMMANDATIONS, POINTS D’ACTIONS, MESURES PROPOSÉES POUR AMÉLIORER LA PRESTATION DE SERVICES

………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

Date convenue de la prochaine supervision :

SIGNATURE(s) DU ou DES SUPERVISEURS : SIGNATURE(s) DU OU DES SUPERVISÉS :

NB : Rapport en 3 exemplaires minimum dont 1 pour le supervisé, 1 pour le superviseur et 1 envoyé au supérieur hiérarchique