



Degré d'efficacité de la supervision formative intégrée chez les prestataires des soins de la zone de santé de Kampemba à Lubumbashi

Mutamba Eyamba Christophe¹
Mukabu Isango²
Tshibangu Kazadi Jean Anatole³
Mukinayi Mayele Sylvie⁴
Malumba Mukengeshayi Michel⁵

Kaseba Numbi Mpoyo Florent⁶
Kapemba Ntambue Jeannette⁷
Mulundu Kalenda Eric⁸
Shimatu Kasonga Celestin⁹
Kaswala Nyambi Christophe¹⁰

Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kalemie

Résumé : **Contexte :** La supervision formative intégrée (SFI) est un levier stratégique pour renforcer les compétences du personnel déjanté dans les systèmes fragiles. Peu d'études ont évalué son efficacité multidimensionnelle en RDC. **Objectif :** Evaluer le degré d'efficacité de la supervision formative intégrée auprès des prestataires des soins de la zone de santé de Kampemba à Lubumbashi. **Méthodologie :** Une étude de cas à approche mixte (convergente) a été menée auprès de 100 prestataires des soins (questionnaire, observation) et 40 participants (Entretiens semi structurés en focus groups). L'évaluation s'est appuyée sur le modèle de Kirkpatrick (réaction, apprentissage, comportement, résultat). Des statistiques descriptives et inférentielles et une analyse thématique qualitative ont été utilisées. **Résultats :** L'efficacité globale de la supervision formative intégrée est modérée (66%, 13,2/20). Une amélioration significative des connaissances acquises est observée (+2,0 points ; $P < 0,001$; $d = 1,14$), mais l'effet sur la performance est faible (+0,9 Points ; $d = 0,47$). L'application des compétences varie selon le profil (Infirmiers titulaires 15,4/20, Infirmiers adjoints 11,7/20), une satisfaction élevée de (77%) mais implication limitée (49%), pourtant des lacunes dans l'adaptation au terrain et le suivi. **Conclusion :** La SFI améliore les connaissances théoriques mais son transfert en compétences pratiques et son impact sur la performance sont limités. Son optimisation nécessite un renforcement de l'aspect pratique, un ciblage par profil professionnel et un suivi systématique.

Mots-clés : Supervision formative intégrée, qualité des soins, ressources humaines en santé, modèle de Kirkpatrick, degré d'efficacité, etc.

Digital Object Identifier (DOI): <https://doi.org/10.5281/zenodo.18863107>

¹ Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kalemie, République Démocratique du Congo

² Institut Supérieur des Techniques Médicales de Lubumbashi, République Démocratique du Congo

³ Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kalenda, République Démocratique du Congo

⁴ Chercheure Indépendante, République Démocratique du Congo

⁵ Institut Supérieur des Techniques de Lubumbashi, République Démocratique du Congo

⁶ Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kalenda, République Démocratique du Congo

⁷ Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kalenda, République Démocratique du Congo

⁸ Chercheur Indépendant, République Démocratique du Congo

⁹ Chercheur Indépendant, République Démocratique du Congo

¹⁰ Institut Supérieur des Techniques Médicales de Lubumbashi, République Démocratique du Congo.

1 Introduction

Les systèmes de santé des pays à ressources limitées, comme la République Démocratique du Congo (RDC) sont confrontés à des défis persistants dans la qualité des soins en partie liés aux insuffisances dans des compétences et le soutien des prestataires de première ligne¹. Dans ce contexte, la supervision formative intégrée (SFI) s'est imposée comme une stratégie centrale, dépassant un simple contrôle administratif pour viser un accompagnement pédagogique et un renforcement des capacités sur le lieu de travail². Définie, comme un processus continu participatif et intégrant plusieurs programmes de santé, la SFI vise l'amélioration durable des pratiques professionnelles et in fine, des indicateurs de santé^{3, 4}. La littérature internationale et africaine reconnaît son potentiel. Une méta analyse indique que la supervision de routine peut améliorer les performances de près de 11 points de pourcentage⁵. Des études spécifiques soulignent l'importance d'une fréquence optimale et d'une approche participative pour les effets durables^{6, 7}. En RDC, bien que le modèle des zones de santé prévoit la SFI comme fonction de l'équipe cadre⁸, les évaluations empiriques de son efficacité "sur le terrain" restent peu nombreuses et souvent parcellaires^{9, 10}. Elles pointent des défis récurrents : inadéquation des contenus, formation insuffisante et manque des ressources logistiques. A Kampemba, zone de santé urbaine de Lubumbashi, des disparités dans l'application des pratiques sanitaires ont été observés, interrogeant l'efficacité réelle du dispositif de SFI en place. Cette étude vise donc à combler un gap de connaissances en évaluant de manière logistique et rigoureuse le degré d'efficacité de la SFI en s'appuyant sur le modèle théorique de Kirk Patrick¹¹, Elle cherche à répondre aux questions de recherche suivantes :

- ✓ Quel est le degré d'efficacité de la supervision formative intégrée chez les prestataires de soins dans les établissements de la zone de santé de Kampemba à Lubumbashi ?
- ✓ Quelle est la perception des prestataires de soins concernant les effets de la supervision formative intégrée sur leur pratique professionnelle ?

2. Matériel et Méthode

2.1 Cadre et type d'étude

Une étude de cas avec approche mixte de type convergent (QUA+QUAL) a été menée de février 2024 à avril 2025 dans la zone de santé de Kampemba à Lubumbashi pour une compréhension approfondie du phénomène.

2.2 Population, échantillon et recrutement

La population cible était l'ensemble des prestataires des soins (Infirmiers et sages-femmes) en activité dans les structures sanitaires de la zone de santé. Un échantillonnage non probabiliste raisonné a été utilisé. Les critères d'inclusion contenaient : une expérience ≥ 2 ans dans la zone, une participation effective aux sessions de SFI, et le consentement éclairé.

- Volet quantitatif : 100 prestataires ont répondu à un questionnaire structuré
- Volet qualitatif : 40 participants, issus de l'échantillon quantitatif, ont été répartis en 4 focus groups homogènes selon leurs fonctions.

2.3. Cadre conceptuel et variables

Le modèle de Kirkpatrick¹¹ a structuré l'évaluation sur quatre niveaux :

1. **Réaction** : Satisfaction, pertinence perçue, implication (score/20)
2. **Apprentissage** : Acquisition de connaissances (test pré-post ; score/20), attitude et confiance
3. **Comportement** : Application des compétences techniques, relationnelles et managériales dans la pratique (grille d'observation ; score/20)

4. **Résultats** : Amélioration perçue et mesurée des compétences et de la performance globale (score/20).

Les variables sociodémographiques (âge, ancienneté, fonction, sexe) ont été collectées.

2.4 Collecte des données

- **Outils** : Questionnaire structuré, guide d'entretien semi structuré, grille d'observation directe et les outils ont été pré-testés.

L'analyse quantitative : Sous SPSS et Excel. Statistiques descriptives (moyennes et écarts types, Fréquences). Tests t pour échantillons appariés (connaissances), intervalles de confiance à 95% (IC95%), taille d'effet (d de Cohen). Le seuil de significativité était $p < 0,05$.

- Analyse qualitative : Enregistrement, retranscription et analyse thématique manuelle des verbatims (FDGX-PX).
- **Considérations éthiques** : L'étude a reçu l'approbation du comité d'éthique de l'université de Lubumbashi. Le consentement verbal éclairé a été obtenu de chaque participant/l'anonymat et la confidentialité ont été garantis.

3. RÉSULTATS

L'étude a inclut 100 prestataires pour le volet quantitatif et 40 participants répartis en 4 focus groups pour le volet qualitatif.

3.1 Caractéristiques des participants

Tableau 1 : Caractéristiques socio démographiques et professionnelles des participants

Paramètre	Moyenne $\pm$ écart type	Plage Min-Max
Age (années)	31,2 $\pm$ 8,1	22-52
Ancienneté (années)	6,05 $\pm$ 3,11	2-16

Commentaire : L'échantillon est composé des prestataires relativement jeunes (Age moyen : 31,2 ans) mais ayant déjà une expérience professionnelle significative (Ancienneté moyenne : 6 ans))

Tableau 2 : répartition des participants aux focus groups (n=40)

Fonction	Effectif	%
Infirmier titulaire	8	20
Infirmier adjoint	7	17,5
Infirmier traitant	16	40
Sages-femmes	6	15
Chef de service	3	7,5
Sexe masculin	24	60
Sexe féminin	16	40

Commentaire : La diversité des fonctions et la prédominance masculine dans l'échantillon qualitatif reflètent la composition du personnel soignant dans la zone de santé étudiée.

3.2 Niveau 1 de Kirkpatrick : réaction (Acceptation de la SFI)

Tableau 3: Satisfaction, pertinence perçue et implication des prestataires

Indicateur	Niveau Faible (<11/20)	Niveau Modéré (11-14/20)	Niveau Élevé (≥15/20)	Score Moyen (/20)
Satisfaction	0%	77%	23%	13,5%
Pertinence perçue	14%	57%	29%	12,8%
Implication personnelle	49%	50%	1%	10,9%

Commentaire : La satisfaction est élevée et la pertinence perçue modérée mais de la moitié des prestataires présentent un faible niveau d'implication personnelle dans le processus de la SFI.

❖ Données qualitatives (Niveau 1) :

Les entretiens révèlent une acceptation mitigée, où la satisfaction coexiste avec une frustration face aux limites pratiques.

- Satisfaction liée au soutien : « *Je suis très satisfait de la supervision. Mon superviseur est toujours disponible pour répondre à mes questions et me donne des retours constructifs.* » (FGD4-P1)
- Implication limitée par le style : « *Le superviseur parle tout le temps et ne nous laisse pas participer. On se sent passif.* » (FGD1-P6)
- Pertinence contextuelle discutée : « *La supervision est déconnectée de la réalité. On nous donne des conseils qui ne sont pas applicables dans notre contexte de travail.* » (FGD4-P7)

3.3 Niveau 2 : Apprentissage (Acquisition des connaissances)

Tableau 4 : Evolution des scores des connaissances avant et après la SFI (n=100)

Paramètres	Valeur
	Score de connaissance obtenu /20
Pré-SFI (M ± ET)	12,00 ± 1,73
Post-SFI (M ± ET)	14,00 ± 1,78
Score Post-SFI (%)	70%
Différence moyenne [IC95%]	+2,00 [1,68 ; 2,32]
Taille d'effet (Cohen's d)	1,14
Significativité (p-value)	,000

Note : échelle d'interprétation :

-Taille d'effet (d) : F (Faible) : 0,20–<0,50 ; M (Moyen) : 0,50–<0,80 ; L (Large) : ≥0,80.

- Score moyen (/20) : Faible acquisition (<10) ; Acquisition Modérée (10–13) ; Bonne acquisition (>13)

Commentaire : La SFI a amélioré significativement les connaissances (+2,00 points, $p < 0,001$), avec un effet large ($d = 1,14$), passant d'une acquisition modérée (12/20) à bonne (14/20).

❖ Données qualitatives (Niveau 2) :

Les prestataires confirment l'acquisition de savoirs, mais soulignent un décalage avec la pratique.

- Acquisition théorique reconnue : « *La supervision m'a permis d'acquérir de nouvelles connaissances, surtout sur les protocoles de soins actualisés.* » (FGD2-P1)
- Demande de concret : « *Les séances sont trop théoriques. J'aurais aimé plus de démonstrations pratiques sur le geste lui-même.* » (FGD1-P5)

3.4. Niveau 3 : Comportement (Application des compétences)

Tableau 5 : Application des compétences acquises, par catégorie professionnelle

Catégorie Professionnelle	Score moyen (/20) ± ET	Niveau d'application
Infirmier Titulaire (IT)	15,40 ± 0,58	Bon
Chef de Service	14,80 ± 0,59	Bon
Sage-femme	12,80 ± 0,66	Modéré
Infirmier Traitant/Adjoint	11,70 ± 0,71	Modéré/Faible
Moyenne Générale	13,00 ± 2,30	Modéré

Note : échelle d'interprétation : < 10 : faible, 10 – < 14 : modéré, 14 – < 16 : bon, ≥ 16 : très bon

Commentaire : L'application des compétences acquises varie selon les profils. Les I.T et Chefs de service présentent un niveau bon (15.40 ± 0.58) et (14.80 ± 0.59), tandis que les Infirmiers traitants affichent un niveau faible. La moyenne générale (13,0 ± 2,3) indique une application modérée, suggérant un besoin de renforcement ciblé pour certains prestataires.

❖ Données qualitatives (Niveau 3) :

L'application dépend fortement des moyens disponibles et du profil.

- Transfert réussi lorsque possible : « *J'ai pu appliquer directement les protocoles de soins appris en supervision dans ma pratique quotidienne.* » (FGD1-P1)
- Frein contextuel majeur : « *Les connaissances sont bonnes, mais comment les appliquer sans le matériel stérile ou le médicament adéquat qui manquent souvent ?* » (FGD2-P5)

3.5. Niveau 4 : Résultats (Impact sur les compétences et la performance)

Tableau 6 : Impact de la SFI sur les compétences et la performance globale

Variable	Pré-SFI (M±ET)	Post-SFI (M±ET)	Gain moyen [IC95%]	Taille d'effet (d)
Compétences	11,0 ± 2,3	13,0 ± 2,3	+2,0 [1,70 ; 2,30]	Grande (0,87)
Performance	12,0 ± 1,8	12,9 ± 2,0	+0,9 [0,53 ; 1,27]	Faible (0,47)

Commentaire : La SFI a un impact significatif et de grande ampleur sur le renforcement des compétences, mais son effet sur l'amélioration de la performance globale des prestataires, bien que significatif, reste de faible ampleur.

Tableau 7 : Synthèse du degré d'efficacité globale de la SFI

Niveau d'évaluation (Kirkpatrick)	Score moyen (/20)	Taux d'efficacité
1. Réaction (Acceptation)	12,6	63%
2. Apprentissage (Acquisition)	14,0	70%
3. Comportement (Application)	13,0	65%

4. Résultats (Impact)	13,0	65%
SCORE GLOBAL D'EFFICACITÉ	13,2	66%

Commentaire : L'efficacité globale de la SFI dans la zone de Kampemba est modérée (66%), avec une meilleure performance au niveau de l'acquisition des connaissances et des résultats plus limités en termes d'application et d'impact sur la performance.

❖ **Données qualitatives (Niveau 4) :**

Les perceptions de l'impact final sont partagées, reflétant l'effet modéré mesuré.

- Impact perçu sur l'efficacité : « Grâce à la supervision, ma performance s'est améliorée. Je suis plus rapide et plus organisé. » (FGD1-P1)
- Impact limité par le système : « Je ne pense pas que la supervision ait changé fondamentalement ma performance. Les contraintes du système restent les mêmes. » (FGD2-P3).

5. DISCUSSION

Cette étude offre une évaluation multidimensionnelle de la SFI dans un contexte urbain congolais. Le score d'efficacité globale modéré (66%) reflète une situation où le dispositif fonctionne mais n'exploite pas tout son potentiel.

4.1. Une acceptation paradoxale et un apprentissage cognitif efficace

La dissociation entre une satisfaction élevée et une implication faible est un résultat clé. Elle peut s'expliquer par une culture hiérarchique persistante où la supervision est "subie" plus que co-construite, un phénomène observé dans d'autres systèmes de santé africains¹³. La pertinence perçue comme modérée suggère un besoin important d'ancrage contextuel plus fort des contenus de supervision. En revanche, l'amélioration significative des connaissances ($d=1,14$) confirme le rôle efficace de la SFI comme outil de formation continue, corroborant les conclusions de Samantha Y. et al.⁵. Cependant, comme le soulignent Arsenault et al.⁷, sans recyclage et suivi, ces connaissances risquent de s'éroder.

4.2. Le transfert à la pratique : le maillon faible et les inégalités professionnelles

L'écart entre l'acquisition de connaissances (Niveau 2) et leur application (Niveau 3) est la principale limite identifiée. L'impact faible sur la performance globale ($d=0,47$) en est la conséquence directe. Ce déficit de transfert est souvent attribué à des barrières contextuelles : manque de ressources matérielles, charge de travail élevée, et faible capacité de résolution systémique des problèmes identifiés en supervision^{9,14}. Les disparités frappantes entre catégories professionnelles (IT et adjoints) sont préoccupantes. Elles indiquent que la SFI, dans sa forme actuelle, pourrait creuser les écarts de compétences plutôt que de les réduire. Les profils moins expérimentés ou moins gradés, qui en auraient le plus besoin, en bénéficient le moins. Cela plaide pour une différenciation des approches pédagogiques au sein de la SFI.

4.3. Forces, limites et implications

La principale force de cette étude réside dans son design mixte et son cadre d'évaluation robuste (Kirkpatrick), permettant une analyse nuancée. Les limites incluent son caractère transversal (évaluation sur un cycle) et son ancrage dans une seule zone de santé, ce qui peut limiter la généralisation. Les implications pratiques sont claires :

1. Pour les planificateurs (ECZ) : Nécessité de diversifier les méthodes de supervision (démonstrations, simulations) pour favoriser le transfert pratique, et d'instaurer un suivi systématique post-supervision ;

2. Pour les superviseurs : Besoin de renforcer leurs compétences pédagogiques et d'adopter une posture de facilitateur centrée sur le dialogue et la résolution collaborative de problèmes ;
3. Pour le système : Il est impératif de cibler et d'adapter les sessions selon le profil et l'expérience des prestataires, et de revoir l'allocation des ressources (temps, logistique) pour soutenir une SFI de qualité.

Conclusion

Cette étude démontre que la Supervision Formative Intégrée dans la zone de Kampemba produit des effets positifs significatifs, principalement au niveau des connaissances des prestataires. Toutefois, son efficacité est tempérée par des difficultés majeures dans le transfert de ces connaissances vers une amélioration tangible et équitable des pratiques et de la performance. La SFI ne peut être considérée comme une intervention isolée. Son succès dépend de son intégration dans une stratégie globale de renforcement du système de santé, qui adresse conjointement les déficits en ressources, la formation des superviseurs et les dynamiques organisationnelles. Des recherches futures longitudinales seraient utiles pour évaluer la durabilité des effets et tester l'impact de modèles de SFI différenciés et intensifiés.

Références bibliographiques

1. OMS (2018). *Cadre conceptuel des zones de santé dans les systèmes décentralisés*. Genève ;
2. Marquez, L., & Kean, L. (2002). Rendre la supervision supportive et durable. *Population Reports*;
3. OMS & USAID (2018). *Évaluation de l'implémentation de la supervision formative intégrée (SFI)* Genève ;
4. Ministère de la Santé Publique RDC (2019). *Recueil des normes d'organisation et de fonctionnement des zones de santé*. Kinshasa ;
5. Samantha, Y., et al. (2022). L'efficacité des stratégies de supervision dans les PRFI. *BMJ Global Health* ;
6. Binyam, A., et al. (2020). La fréquence des visites de supervision... Étude dose-réponse. *Health Policy and Planning* ;
7. Arsenault, C., et al. (2021). Durabilité des interventions en santé dans les PRFI. *The Lancet Global Health* ;
8. Ministère de la Santé Publique RDC (2020). *Cadre normatif de la supervision formative en RDC*. Kinshasa ;
9. Kahindo Mbeya, J. (2021). Soutien du niveau intermédiaire au district de santé... Nord-Kivu. *Revue Congolaise de Santé Publique* ;
10. Kambaj, A.K., et al. (2025). Perceptions des prestataires sur la supervision formative à Manika. *African Journal of Health Sciences* ;
11. Islam, M.Z., et al. (2024). Évaluation de l'efficacité des formations : développement d'un cadre composite basé sur le modèle de Kirkpatrick. *Evaluation and Program Planning* ;
12. Creswell, J.W., & Plano Clark, V.L. (2018). *Conception et conduite de la recherche mixte (3e éd.)*. Sage ;
13. Kabinda, J. (2019). L'apport de la supervision sur la qualité des soins dans les PRFI : une revue. *Santé Publique* ;
14. George, W., et al. (2022). Pratiques de supervision de soutien dans un système fragilisé : Soudan du Sud. *Conflict and Health*.