

LISTE DE CONTRÔLE DE SUPERVISION FORMATIVE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

Liste de contrôle de supervision formative pour évaluer le conseil en matière de planification familiale

La supervision formative est une approche de retour constructif et d'amélioration de la performance et de la motivation des agents de santé par voie d'échange collaboratif entre l'agent supervisé et la personne ou l'équipe de supervision. Cet outil est conçu pour les équipes de santé régionales, provinciales ou de district, aux fins de la conduite de visites de supervision dans les structures qui proposent des services de planification familiale (PF). Axé sur la qualité de prestation des services de PF, l'outil met l'accent sur le conseil et la gestion des stocks. Il est destiné aux superviseurs en visite dans les structures de santé, pour l'observation ou la simulation du conseil FP des clientes. Il prévoit une certaine vérification des niveaux de stocks de produits contraceptifs, à effectuer lors de la visite d'une structure ou d'un entretien avec la direction de l'établissement. L'outil se veut un guide et peut être adapté à chaque contexte particulier : de nouvelles questions peuvent y être ajoutées ; parmi les questions existantes, celles qui ne se prêtent pas à la situation peuvent être supprimées ou omises. Le cas échéant, d'autres outils de supervision peuvent être requis pour une évaluation plus approfondie des questions d'approvisionnement, d'équipement et des aspects de prestation de services plus larges.

En fin de visite de supervision : parlez avec l'agent de santé des actions nécessaires pour l'aider à améliorer ses compétences. Ne manquez pas de féliciter l'agent sur les aspects bien accomplis de sa prestation et remettez-lui un exemplaire du formulaire rempli.

Nom de l'agent de santé :	Nom du superviseur :
Nom de la structure de santé :	Date :
Région/province/état :	District/zone :
Type de structure : <i>(Sélectionner toutes les réponses applicables)</i> <input type="checkbox"/> Publique <input type="checkbox"/> Privée <input type="checkbox"/> Hôpital <input type="checkbox"/> Centre de santé/clinique <input type="checkbox"/> Poste de santé <input type="checkbox"/> Pharmacie <input type="checkbox"/> Dépôt de vente de médicaments <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____	
Niveau de centre de santé : <i>(Sélectionner ou adapter suivant qu'il convient pour le système de santé du pays)</i> <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> II	
Où l'agent de santé accomplit-il la plupart de ses fonctions ? <i>(Sélectionner une réponse)</i> <input type="checkbox"/> Structure de santé <input type="checkbox"/> Communauté	
Quel(le) est la fonction/le rôle de l'agent de santé ? <i>(Sélectionner la réponse la plus appropriée)</i> <input type="checkbox"/> Médecin chef de district <input type="checkbox"/> Agent de santé <input type="checkbox"/> Membre d'équipe sanitaire de district <input type="checkbox"/> Agent de santé communautaire (par ex., équipe de santé villageoise [VHT], activiste sanitaire et social accrédité [ASHA], relais) <input type="checkbox"/> Responsable <input type="checkbox"/> Conseiller en PF <input type="checkbox"/> Personne focale de la PF <input type="checkbox"/> Autre (spécifier): _____ <input type="checkbox"/> Infirmière en chef <input type="checkbox"/> Superviseur de soins de santé primaires	
Quand l'agent de santé a-t-il reçu sa dernière formation en matière de PF ? ____/____/____	
De quel type de formation s'agissait-il ? <i>(Sélectionner toutes les réponses applicables)</i>	

- Formation en ligne : eLearning sur le conseil à l'auto-injection du DMPA-SC
- Formation en ligne : eLearning sur la planification familiale et le conseil à l'auto-injection du DMPA-SC
- Formation sur site
- Formation hors site (par ex., formation en classe)

Quels ont été les sujets traités lors de la dernière formation en date de l'agent de santé ?

Notes :

DISPONIBILITÉ DE PRODUITS ET OUTILS DE PLANIFICATION FAMILIALE

La vérification des niveaux de stock de produits peut être accomplie lors de la visite d'une structure ou d'un entretien avec la direction de l'établissement, en plus de l'évaluation du conseil décrite à la page 3. D'autres outils de supervision peuvent être requis pour une évaluation plus approfondie des questions plus larges d'approvisionnement ou d'équipement. Choisissez « Oui » ou « Non » suivant la disponibilité des produits. Ne choisissez « Oui » dans la colonne « Disponible » que si vous voyez physiquement le produit.

Produit	Régulièrement proposé ?	Disponible ?	Stock adéquat (minimum 3 mois d'approvisionnement) ?
Produit			
Préservatif masculin	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Préservatif féminin	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Dispositif intra-utérin hormonal ou non hormonal (DIU)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Injectable : DMPA intramusculaire ([DMPA-IM] Depo-Provera® ou autre marque)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Injectable : DMPA sous-cutané ([DMPA-SC] Sayana® Press)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Implant (Jadelle®, Implanon®, autre)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Pilule contraceptive orale (contraceptifs oraux combinés œstroprogestatifs [COC] ou pilules à progestatif seul [PP])	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Pilule contraceptive d'urgence	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Outils d'aide			
Aide-mémoire sur l'auto-injection du DMPA-SC	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Calendriers pour l'auto-injection du DMPA-SC	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Notes : (Notez par exemple les produits ou méthodes qui ne sont pas proposés dans l'établissement ou les problèmes notables ayant trait à l'offre ou à la demande.)

PRESTATION DE SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE ET PRISE EN CHARGE CLINIQUE		Observations
La structure mène-t-elle des activités d'éducation/sensibilisation à la PF (par ex., sessions d'éducation en groupe à l'intention des clientes) ? Si oui, combien de fois par mois ? _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
La structure dispose-t-elle d'un espace privé pour les sessions de conseil PF des clientes ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Examinez le registre de la PF. Le registre des clientes de la PF est-il à jour ? L'information la plus récente concernant la cliente est-elle complète ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

DÉMONSTRATION DU CONSEIL SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE		
<p>La personne qui supervise dit à l'agent de santé : « Nous allons simuler une session de conseil à une cliente sur la PF. Je vais jouer le rôle de la cliente qui voudrait commencer la contraception. Pas à pas, procédez comme si vous orientiez la cliente sur les différentes options de méthode. »</p> <p><i>Remarquez qu'il sera peut-être utile d'effectuer plus d'un jeu de rôles pour évaluer la familiarité de l'agent de santé avec les différentes méthodes, ou pour évaluer comment l'agent conseille une nouvelle cliente par rapport à une cliente existante.</i></p> <p><i>Ceci est un guide. L'agent de santé ne doit pas connaître un modèle de conseil particulier.</i></p> <p><i>Cochez la case appropriée et prenez note des points sur lesquels il convient de féliciter l'agent de santé ou de lui suggérer une amélioration. S/O = sans objet.</i></p>		
		Observations
Établit le contact avec la cliente de manière respectueuse		
L'agent salue la cliente de façon respectueuse, se présente, assure la confidentialité et le caractère privé de l'entretien, explique la nécessité de parler de questions sensibles et personnelles.	<input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Satisfaisant <input type="checkbox"/> Faible	
Explore les plans de santé reproductive actuels		
L'agent explore la raison de la visite de la cliente et détermine s'il s'agit d'une nouvelle cliente ou d'une utilisatrice existante. Cette information l'aidera à déterminer les besoins de conseil de la cliente et l'orientation générale de la séance.	<input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Satisfaisant <input type="checkbox"/> Faible	
Explore les antécédents reproductifs de la cliente, ses objectifs actuels et ses intentions reproductives, tout en parlant du moment et de l'espacement sains des grossesses.	<input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Satisfaisant <input type="checkbox"/> Faible	
Explore le contexte social, les circonstances et les relations de la cliente.	<input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Satisfaisant <input type="checkbox"/> Faible	

Explore les antécédents d'infections sexuellement transmissibles (IST) de la cliente, y compris concernant le VIH.	<input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Satisfaisant <input type="checkbox"/> Faible	
Parle du risque d'IST et de la double protection et aide la cliente à comprendre son risque de contraction ou de transmission d'IST.	<input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Satisfaisant <input type="checkbox"/> Faible	
Pour les clientes existantes		
Explore la satisfaction de la cliente concernant sa méthode actuelle.	<input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Satisfaisant <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> S/O	
Confirme la bonne utilisation (correcte) de la méthode.	<input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Satisfaisant <input type="checkbox"/> Faible	
Interroge la cliente sur les changements survenus dans sa vie depuis sa dernière visite à la clinique (par ex., projets de maternité, risque et situation IST, etc.)	<input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Satisfaisant <input type="checkbox"/> Faible	
<i>Pour les clientes insatisfaites seulement</i> : Explore les raisons de l'insatisfaction ou des difficultés rencontrées par la cliente, en examinant le problème, ses causes et les solutions possibles (par ex., changement de méthode, arrêt, autres options). Permet à la cliente d'exprimer ce qu'elle estime important concernant la méthode.	<input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Satisfaisant <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> S/O	
Fait preuve de respect à l'égard des préférences de méthode de la cliente		
Discute, s'il y a lieu, la méthode préférée de la cliente ou explique les options de PF pertinentes si la cliente n'a pas de méthode préférée.	<input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Satisfaisant <input type="checkbox"/> Faible	
Présente une information utile pour aider la cliente dans sa décision		
Donne, au besoin, une information exacte et complète concernant la méthode considérée dans le jeu de rôle. <i>Si le temps le permet, continuez le jeu de rôles pour plusieurs méthodes. Inscrivez ici toutes les méthodes couvertes :</i> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Présente une information exacte concernant les effets secondaires. • Corrige les idées fausses. • Explique la durée de protection (particulièrement important pour les injectables, les implants et les DIU) et le moment du retour à la fécondité. • Protection double (préservatif). • Options d'auto-injection (DMPA-SC). 	<input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Satisfaisant <input type="checkbox"/> Faible	
Exclut l'existence d'une grossesse et explore les facteurs de menstruation, ainsi que toute situation de grossesse récente et de conditions médicales.	<input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Satisfaisant <input type="checkbox"/> Faible	
Facilite la prise de décision partagée		
L'agent de santé encourage la cliente à prendre les décisions.	<input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Satisfaisant <input type="checkbox"/> Faible	

Identifie les décisions que la cliente doit confirmer ou prendre (dans le cas d'une cliente satisfaite, vérifie si elle a besoin d'autres services ; pour une cliente insatisfaite, voir plus haut, « Pour les clientes insatisfaites seulement ».)	<input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Satisfaisant <input type="checkbox"/> Faible	
Explore les options pertinentes concernant chaque décision.	<input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Satisfaisant <input type="checkbox"/> Faible	
Aide la cliente à considérer les avantages, les inconvénients et les conséquences de chaque option (fournit l'information nécessaire pour combler les lacunes de connaissance éventuellement restantes). Encourage la cliente à prendre sa propre décision.	<input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Satisfaisant <input type="checkbox"/> Faible	
Soutient la cliente dans l'exécution de sa décision		
L'agent de santé aide la cliente à planifier spécifiquement l'exécution de la ou des décisions prises (par ex., obtention et utilisation de la méthode de PF choisie, réduction du risque d'IST, double protection).	<input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Satisfaisant <input type="checkbox"/> Faible	
Orienté la cliente sur les étapes à suivre pour pratiquer la méthode choisie.	<input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Satisfaisant <input type="checkbox"/> Faible	
Identifie les obstacles auxquels la cliente pourrait se trouver confrontée dans l'exécution de sa décision et discute les approches possibles pour les surmonter.	<input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Satisfaisant <input type="checkbox"/> Faible	
Prépare un plan de suivi et/ou donne, au besoin, les orientations requises.	<input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Satisfaisant <input type="checkbox"/> Faible	
Pour les clientes de l'auto-injection du DMPA-SC seulement <i>Les points suivants concernent principalement les nouvelles clientes de l'auto-injection ou celles existantes qui reviennent pour leur premier réapprovisionnement, occasion de passer en revue les principaux aspects de la technique de l'auto-injection, du calcul des dates de réinjection, de la conservation des dispositifs et de leur élimination. Pour un passage en revue plus approfondi de l'auto-injection (par ex., pour la supervision d'un agent de santé après la formation au conseil sur l'auto-injection), reportez-vous à la liste d'observation de l'auto-injection. Cet outil peut se substituer à cette section.</i>		
Forme la cliente en démontrant la technique d'injection sur un modèle pendant que la cliente suit les neuf étapes sur l'aide-mémoire. Insiste sur les quatre étapes cruciales de l'injection : M = Mélange le liquide en agitant le dispositif pendant 30 secondes ; vérifie qu'il n'y a pas de fuite. A = Active le dispositif en fermant l'écart (enfonce le capuchon de l'aiguille tout contre le porte-aiguille). P = Pince doucement la peau pour former un pli cutané et y introduit l'aiguille, en la dirigeant vers le bas. P = Presse lentement le réservoir, pendant 5 à 7 secondes, pour injecter le produit.	<input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Satisfaisant <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> S/O	

Supervise, aide et corrige pendant que la cliente procède à l'auto-injection en suivant l' aide-mémoire ou la vidéo. Confirme que la cliente a accompli correctement les quatre étapes cruciales de l'injection. Si non, l'agent de santé répète la formation ou administre l'injection à la cliente et l'encourage à réessayer lors de son prochain rendez-vous.	<input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Satisfaisant <input type="checkbox"/> Faible	
Forme la cliente à calculer ses dates de réinjection au moyen de l'aide-mémoire et d'un calendrier , si disponible. Confirme que la cliente calcule correctement ses dates de réinjection futures.	<input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Satisfaisant <input type="checkbox"/> Faible	
Conseille la cliente sur la façon adéquate de conserver le DMPA-SC à domicile, à température ambiante, à l'abri de la lumière du soleil et hors de portée des enfants et des animaux.	<input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Satisfaisant <input type="checkbox"/> Faible	
Explique la façon de garder et d'éliminer les dispositifs usagés, donne à la cliente une boîte de sécurité ou l'aide à identifier un récipient approprié et l'invite à retourner les unités utilisées à un agent de santé ou dans une structure sanitaire, à sa convenance (par ex., lors d'une visite de réapprovisionnement).	<input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Satisfaisant <input type="checkbox"/> Faible	
Parle du suivi avec la cliente (en lui donnant par exemple une date de retour, une carte de rappel ou un autre système de rappel de suivi), concernant notamment les questions relatives aux effets secondaires ou au réapprovisionnement.	<input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Satisfaisant <input type="checkbox"/> Faible	

HISTORIQUE DE SUPERVISION DU SITE		Observations
Un représentant de l'équipe sanitaire provinciale/du district ou d'une autre équipe de supervision a-t-il effectué une visite de supervision de la PF dans ce centre durant les six derniers mois ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Les agents de santé ont-ils obtenu un retour constructif lors de la dernière intervention de supervision opérée dans cette structure ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Le rapport de la dernière intervention de supervision est-il disponible ? Date du rapport : ____/____/____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Y a-t-il progrès par rapport aux décisions ou recommandations prises ou faites lors de la dernière visite de supervision ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

AMÉLIORATIONS POSSIBLES	
<i>Expliquez spécifiquement ci-dessous l'amélioration requise et passez ces points en revue avec l'agent de santé pour l'aider à améliorer ses compétences. Les superviseurs doivent conserver et classer un exemplaire du formulaire rempli au niveau approprié du système de santé et, si possible, en laisser une copie au prestataire.</i>	
Points manqués ou abordés incorrectement par l'agent de santé	Comment améliorer

POINTS FORTS	
<i>Félicitez l'agent de santé sur les aspects bien accomplis de sa prestation. Rapportez ici les trois points les plus forts.</i>	