PLAN

I. **Préface**
II. **Remerciements**
III. **Signes et abréviations**

Chapitre 1 : **CONTEXTE ET JUSTIFICATION**
1.1 : Situation géographique
1.2. : Situation administrative

Chapitre 2 : **MISSION, VISION, VALEURS, BUT, OBJECTIFS ET RESULTATS ATTENDUS**
2.1. MISSION
2.2. VISION
2.3. VALEURS
2.4. BUT
2.5. OBJECTIFS
1. OBJECTIF GENERAL
2. OBJECTIFS SPECIFIQUES
2.6. RESULTATS ATTENDUS

Chapitre 3 : ANALYSE DES PRINCIPAUX PROBLEMES, CHRONOGRAMME DES INTERVENTIONS ET BUDGET INDICATIF
3.1. ANALYSE DES PRINCIPAUX PROBLEMES
Axe stratégique 1 : Prestation des Soins et Services
Axe stratégique 2 : Administration des Soins
Axe stratégique 3 : Formation et Recherche
Axe stratégique 4 : Hygiène hospitalière, Assainissement, PCI et SNIS
3.2. CHRONOGRAMME DES INTERVENTIONS
3.3. BUDGET INDICATIF

Chapitre 4 : **CADRE DE MISE EN ŒUVRE**
4.1. : Cadre de collaboration
4.2. : Cadre d'élaboration du plan d'action opérationnel (PAO)
4.3. : Cadre de suivi, de supervision et d'évaluation

BIBLIOGRAPHIE
Tables des matières
Equipe technique de rédaction
Annexes

I. PREFACE

Ce plan stratégique de soins présente, la mission, la Vision, les valeurs, le But, les objectifs, les résultats attendus, l'analyse des principaux problèmes, le chronogramme des interventions, le budget indicatif et le cadre de mise en œuvre au centre Hospitalier Universitaire Renaissance à travers la Direction de Nursing pour les cinq prochaines années. Il traduit l'ambition du conseil d'administration, du Comité de Direction et de tout son personnel pour le prochain quinquennat.

En effet, ce document normatif élaboré par l'ensemble des délégués représentant les différents départements et différentes catégories socio-professionnelles de la Direction de Nursing du Centre Hospitalier Universitaire Renaissance, identifie les principaux problèmes prioritaires liés aux axes stratégiques de 2025 – 2029 et porte sur les trois missions principales de l'hôpital avec ces différents piliers ci-après :

- Mission de prestation de soins de santé de qualité ;
- Mission de formation continue du personnel et accompagnement des stagiaires ;
- Mission de la Recherche.

Ces différents piliers stratégiques sont :

- **Pilier 1 :** Prestation de soins et Services (Rééquilibrage du système de soins de qualité et ouvert à tous avec une équipe d'experts multidisciplinaires, efficience du système de soins) ;
- **Pilier 2** : Administration de soins ;
- **Pilier 3** : Enseignement, Formation et Recherche ;
- **Pilier 4** : Santé environnementale (Hygiène Hospitalière, Assainissement du milieu, Prévention et Contrôle des infections / Gestion des risques sanitaires et Système national d'information sanitaire.

Enfin, ce plan stratégique est une boussole d'orientation et de référence pour guider les actions ou les interventions, éclairer la prise de décisions rationnelles et stimuler des initiatives répondant à ces nouvelles dispositions.

Ingénieur KITENGE LUBANDA Armand-Lambert
Directeur Général

II. REMERCIEMENTS

L'élaboration du plan stratégique de soins à la Direction de Nursing du Centre Hospitalier Universitaire Renaissance est le résultat d'un travail d'équipe qui a impliqué toutes les catégories socio-professionnelles notamment Infirmiers, Sages-Femmes, Nutritionnistes, Techniciens d'anesthésie, Techniciens d'assainissement, Techniciens de surfaces, différents experts et d'autres acteurs des services spécialisés à la matière.

La Direction de Nursing du Centre Hospitalier Universitaire Renaissance, remercie très vivement les membres du conseil d'administration et du Comité de Direction qui ont apporté leur appui technique et financier à l'élaboration de cet outil.

Il s'agit singulièrement de :

- Professeur Docteur Antoine TSHIMPI WOLA YABA : Président du conseil d'administration
- Ingénieur KITENGE LUBANDA Armand-Lambert : Directeur Général
- Professeur Docteur MASENDU KALENGA : Directeur Médical
- Professeur Docteur ALI RISASI ALUA Catherine : Directeur médico-technique
- Monsieur MABIKU KILUMBU Steve : Directeur Administratif et Financier
- Pharmacien KAYEMBE BWEBWE Alain : Directeur de la Pharmacie

Nos remerciements s'adressent également aux membres du comité de rédaction qui ont participé activement à l'élaboration de ce document de référence dans un bref délai. Leur travail assidu a permis à la Direction de Nursing de mettre sur pied ce plan stratégique de soins.

Infirmier DIANKEYILA KABUTAKO Guy
Directeur de Nursing
CNOI : 01740
guydiankeyila75@gmail.com

III. SIGNES, ABREVIATIONS ET ACRONYMES

CHUR : Centre Hospitalier Universitaire Renaissance
PCI : Prévention et Contrôle des Infections
SNIS : Système National d'information Sanitaire
PAO : Plan d'Action Opérationnel
L1 : Niveau de licence
A1 : Niveau de Graduat
A2 : Niveau de diplômé
A3 : Niveau d'auxiliaire
M : Masculin
F : Féminin
SF : Sage-femme
APC : Approche par compétence
CSA : Chef de service Adjoint
FR : Formation et recherche
EASI : Enseignement et Administration en soins Infirmier
DN : Directeur de Nursing
OMS : Organisation Mondial de la Santé
RDC : République Démocratique du Congo

Chapitre 1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

La santé demeure un capital précieux pour le développement social, politique et économique d'une Nation. Son amélioration ou mieux sa promotion constitue à la fois un objectif économique et social de développement, de réduction de la pauvreté dans le cadre de l'atteinte des objectifs de développement durable d'ici 2030.

En effet, les résultats de l'état de lieu effectué par la Direction de Nursing au mois de septembre 2024 a relevé certaines faiblesses sur l'inexistence des certains documents normatifs à l'occurrence le plan stratégique, le plan d'action opérationnel des activités de la Direction de Nursing et autres. C'est la raison pour laquelle les prestataires de soins se sont réunis pour l'élaboration de cet outil d'orientation qui décrit l'ensemble des actions engagées, authentiques, centrées sur le malade qui se caractérisent par une approche holistique, humaniste et scientifique visant l'amélioration des prestations des soins et services.

Ce plan stratégique est un plan quinquennal (2025 – 2029) qui reprend les problèmes prioritaires ainsi que les activités de la Direction de Nursing.

Les thématiques qui seront traitées dans ce plan sont en rapport avec les trois missions de l'hôpital, il s'agit notamment de :

- Mission de soins,
- Mission de la formation
- Mission de la recherche.

Il sied de signaler que la stratégie d'intervention pour atteindre les objectifs spécifiques de ce plan repose sur les principaux axes stratégiques, qui sont décrits ci-dessus.

SITUATION GEOGRAPHIQUE

TYPE : Centre Hospitalier Universitaire Renaissance, Structure Publique du niveau tertiaire

Adresse : Croisement des avenues TABU LEY (ex TOMBALBAYE) et WANGATA N° 58 à 108

- Commune : GOMBE
- Quartier : COMMERCE
- Zone de santé : GOMBE
- District sanitaire : GOMBE
- Aire de santé : GOLF
- Province : VILLE PROVINCE DE KINSHASA

❖ RESSOURCES HUMAINES DE LA DIRECTION DE NURSING

- Effectifs des infirmiers par niveau d'études

QUALIFICATION	SEXES		TOTAL
	M	F	
L2	54	104	158
A1	165	808	973
A2	84	245	329
A3	42	119	161
TOTAL GENERAL	**345**	**1276**	**1621**

- **Effectifs des sages-femmes et de technicien d'anesthésie**

DEPARTEMENTS	EFFECTIFS	QUALIFICATION	TOTAL
GYNECO - OBSTETRIQUE	128	Sages-femmes	128
ANESTHESIE ET REANIMATON	30	Anesthésistes	30

- Effectifs de technicien d'assainissement

NIVEAU D'ETUDE	SEXES		TOTAL
	M	F	
L2	10	-	10
A1	1	2	3
D6	5	-	5
AUTRES NIVEAUX	16	-	16
TOTAL	**32**	**2**	**34**

- **Effectifs par Département**

N°	DEPARTEMENT	NIVEAU	SEXE		TOTAL	ELIGIBLE A LA RETRAITE	MALADE A DOMECILE	NOMBRE DE LITS REELS
			M	F				
1	DIRECTION DE NURSING	L2 A1 A2	8 1 2	7 3 -	15 4 2	10	2	-
Sous/total			**12**	**10**	**22**	**10**	**2**	**-**
2	MEDECINE LEGALE	L2 A1 A2 A3	1 1 1 2	2 2 5 0	3 3 6 2	**5**		
Total			**5**	**9**	**14**	**5**		
3	PEDIATRIE	L2 A1 A2 A3	3 18 7 6	17 151 31 21	20 169 38 27	30	8	52 lits + 44 Couveuses
SOUS/TOTAL			**34**	**220**	**254**	**30**	**8**	**52**
4	URGENCES INTEGREES	L2 A1 A2 A3	**2** **15** **1** **0**	**4** **15** **3** **0**	**6** **30** **4** **0**	**-**	**-**	**27**
	SOUS/TOTAL		**18**	**22**	**40**	**0**	**0**	**27**

N°	DEPARTMENT	NIVEAU D'ETUDES	SEXE		TOTAL	ELIGIBLE À LA RETRAITE	MALADE À DOMICILE	NOMBRE DE LITS REELS
			M	F				
4	SOINS - COMMUNAUTAIRES	L2 A1 A2 A3	6 17 6 4	2 17 10 10	8 34 16 14	8	8	**8**
SOUS/TOTAL			**33**	**39**	**72**	**8**	**8**	**8**
5	NUTRITION ET DIETETIQUE	L2 A1 A2 A3	1 1 0 0	11 12 1 1	12 13 1 1	4	4	-
SOUS/TOTAL			**2**	**25**	**27**	**4**	**4**	**-**
N°	**DEPARTEMENT**	**NIVEAU D'ETUDES**	**SEXE**		**TOTAL**	**ELIGIBLE À LA RETRAITE**	**MALADE À DOMICILE**	**NOMBRE DE LITS REELS**
			M	**F**				
6	SPECIALITÉS	L2 A1 A2 A3	2 6 4 1	1 21 8 8	3 27 12 9	15	6	**6**
SOUS/TOTAL			**13**	**38**	**51**	**15**	**6**	**6**
7	MEDICINE INTERNE	L2 A1 A2 A3	11 36 26 5	24 168 59 7	35 204 85 12	?	6	**157**
SOUS/TOTAL			**78**	**258**	**336**	**30**	**15**	**109**

N°	DEPARTEMENT	NIVEAU D'ETUDES	SEXE		TOTAL	ELIGIBLE A LA RETRAIT	MALADE A DOMICILE	NOMBRE DE LITS REELS
			M	F				
8	GYNECO OBSTETRIQUE	L2 A1 A2 A3	4 6 6 4	20 183 54 50	24 189 60 54	56	44	86
SOUS/TOTAL			20	258	327	56	44	86
9	STERILISATION CENTRALE	L1 A1 A2 A3	- - 3 1	- - 8 2	- - 11 3	14	5	-
SOUS/TOTAL			4	10	14	14	5	

N°	DEPARTEMENT	NIVEAU D'ETUDES	SEXE		TOTAL	ELIGIBLE A LA RETRAITE	MALADE A DOMICILE	NOMBRE DE LITS REELS
			M	F				
10	CHIRURGIE	L2 A1 A2 A3	9 41 28 16	17 190 62 19	26 231 90 35	95	8	--
SOUS/TOTAL			94	288	382	95	8	
11	ANESTHESIE ET REANIMATION	L2 A1 A2 A3	2 23 7 3	8 44 4 1	10 67 11 4			
			34	57	92			
12	FORMATION & RECHERCHE	L1 A1 A2 A3	5 -- -- --	2 2	7 2 -- --	3	--	--
SOUS/TOTAL			5	4	9	3	--	--
TOTAL GENERAL			345	1276	1621	240	85	358 Lits 44 Couveuses

EFFECTIFS DES TECHNICIENS DE SURFACES PAR DEPARTEMENT

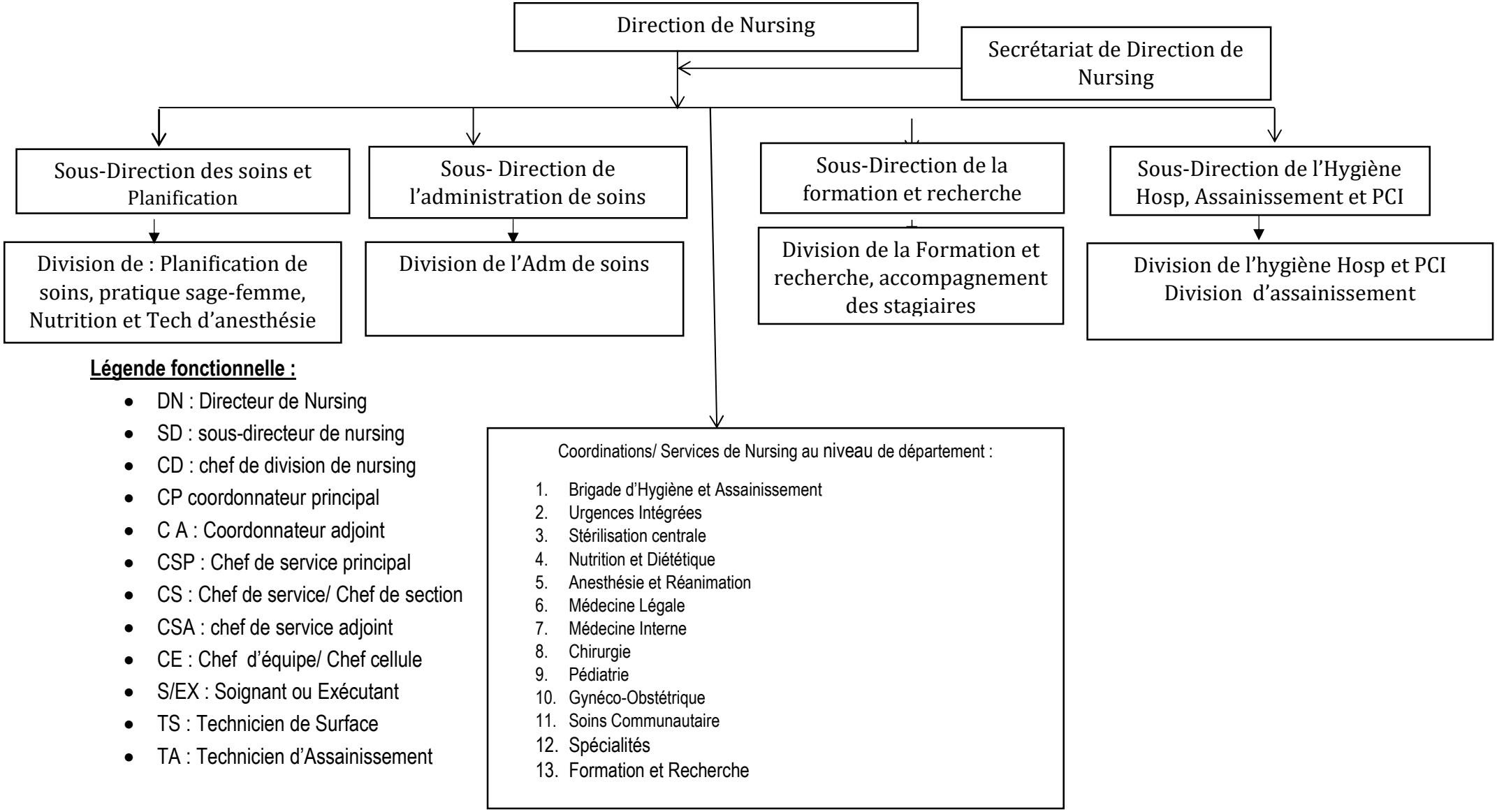
N°	NOM DU DEPARTEMENT	NIVEAU	SEXES		TOTAL
			M	F	
01	DIRECTION DE NURSING	L2	--	--	
		A1	--	--	
		D6	1	--	1
		AUTRE NIVEAU	--	--	--
SOUS TOTAL			**1**	**--**	**1**
02	ANESTHESIE ET REANIMATION	L2	--	--	--
		A1	--	--	--
		D6	--	2	2
		AUTRE NIVEAU			
SOUS TOTAL			**--**	**2**	**2**
03	MEDECINE LEGALE	L2	--	---	--
		A1	--	--	--
		D6	4	1	5
		AUTRE NIVEAU			
SOUS TOTAL			**4**	**1**	**5**
04	PEDIATRIE	L2	--	--	--
		A1	--	--	--
		D6	12	22	34
		AUTRE NIVEAU	--	--	--
SOUS TOTAL			**12**	**22**	**34**
05	SOINS COMMUNAUTAIRE	L2			
		A1			
		D6			
		AUTRE NIVEAU			
SOUS TOTAL					
06	CHIRURGIE	L2	--	--	--
		A1	--	--	--
		D6	3	10	13
		AUTRE NIVEAU			
SOUS TOTAL			**3**	**10**	**13**
07	SPECIALITES	L2	--	--	

		A1	--	--	
		D6	1	4	5
		AUTRE NIVEAU	--	--	
SOUS TOTAL			**1**	**4**	**5**
08	NUTRITION ET DIETETIQUE	L2	--	--	--
		A1	--	--	--
		D6	--	--	--
		AUTRE NIVEAU			
SOUS TOTAL			**0**	**0**	**0**
09	MEDECINE INTERNE	L2	--	--	--
		A1	--	--	--
		D6	9	2	11
		AUTRE NIVEAU			
SOUS TOTAL			9	2	11
10	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE	L2	--	--	--
		A1	--	--	--
		D6	8	20	28
		AUTRE NIVEAU			
SOUS TOTAL			**8**	**20**	**28**
11	STERILISATION CENTRALE	L2	--	--	--
		A1	--	--	--
		D6	1	--	1
		AUTRE NIVEAU			
SOUS TOTAL			**1**	**--**	**1**
12	FORMATION ET RECHERCHE	L2	--	--	--
		A1	--	--	--
		D6	--	1	1
		AUTRE NIVEAU	--	--	--
SOUS TOTAL			**--**	**1**	**1**
13	URGENCES INTEGREES	L2			
		A1			
		D6	6	6	12
		AUTRE NIVEAU	4	8	12
SOUS TOTAL			**10**	**14**	**24**
TOTAL GENERAL			**40**	**76**	**116**

RESUME DES EFFECTIFS DU PERSONNEL PAR CATEGORIE PROFESSIONNELLE

CATEGORIES	EFFECTIF DES AGENTS		OBSERVATION
	ACTIFS	ELIGIBLE A LA RETRAITE	
Infirmiers/(es)	1621		
Sages-femmes			
Nutritionnistes			
Techniciens d'anesthésie			
Techniciens d'assainissement			
Techniciens de surface			
TOTAL GENERAL			

ORGANIGRAMME FONCTIONOGRAMME DE LA DIRECTION DE NURSING DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE RENAISSANCE



Légende fonctionnelle :

- DN : Directeur de Nursing
- SD : sous-directeur de nursing
- CD : chef de division de nursing
- CP coordonnateur principal
- C A : Coordonnateur adjoint
- CSP : Chef de service principal
- CS : Chef de service/ Chef de section
- CSA : chef de service adjoint
- CE : Chef d'équipe/ Chef cellule
- S/EX : Soignant ou Exécutant
- TS : Technicien de Surface
- TA : Technicien d'Assainissement

Chapitre 2 : MISSION, VISION, VALEURS, BUT, OBJECTIFS, RESULTATS ATTENDUS ET BUDGET INDICATIF

2.1. MISSION

La Direction de Nursing du CHUR a pour mission essentielle de garantir l'accès équitable à des soins de qualité pour tous les patients sans distinction ; par la gestion efficace du personnel et l'évaluation de performance

Elle porte son concours à :

- la prestation de soins,
- la formation continue du personnel,
- la recherche-action en soins,
- l'accompagnement des stagiaires,
- Aspects de l'hygiène hospitalière,
- L'assainissement du milieu et Système National d'Information Sanitaire.

2.2. VISION

Etre un hôpital accessible pour toute la population, en donnant un niveau de qualité de soins basé sur la culture de l'excellence professionnelle et l'attention humaine aux malades et leurs familles.

Etre un centre de développement humain et de perfectionnement professionnel pour la population congolaise

Etre un hôpital intégré et moteur dans le système de santé de la République Démocratique du Congo.

2.3. VALEURS

- Approche centrée sur la personne :
- Excellence professionnelle :
- Collaboration interprofessionnelle :
- Honnêteté et transparence :

2.4. BUT

Le but poursuivi par le CHUR à travers la Direction de Nursing est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population de façon à permettre à tous, de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge dans le cadre de la couverture sanitaire universelle dans l'utilisation des services pour assurer les soins de santé de qualité à la population avec équité.

2.5. OBJECTIFS

2.5.1. OBJECTIF GENERAL

Contribuer à l'élaboration du plan stratégique de soins afin d'améliorer à 80% la qualité de soins de santé offert à tous les malades admis au CHUR d'ici fin décembre 2029.

2.5.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES

- Améliorer à 80% la qualité des prestations de soins et des services
- Améliorer à 80 % l'administration de soins
- Améliorer à 80 % la formation continue du personnel, de la recherche et d'encadrement des stagiaires
- Améliorer à 80 % l'hygiène hospitalière, l'Assainissement du milieu, Prévention et Contrôle des Infections ainsi que le système national d'information sanitaire.

2.6. RESULTATS ATTENDUS

- La qualité des prestations de soins et des services est améliorée à 80 %
- L'administration de soins est améliorée à 80 %
- La formation continue du personnel, la recherche et l'encadrement des stagiaires sont améliorés à 80 %
- L'hygiène hospitalière, l'Assainissement du milieu, Prévention et Contrôle des Infections ainsi que le système national d'information sanitaire sont améliorés à 80 %

2.7. PILIERS STRATEGIQUES

Le plan stratégique de soins tire son origine avec ces spécificités du plan stratégique du CHU Renaissance 2025-2029 présente des éléments concernant aussi bien les questions liées à la santé des individus qu'à celle des populations, notamment :

Pilier 1 : Prestation de soins et Services : Rééquilibrage du système de soins de qualité et ouvert à tous avec une équipé d'experts multidisciplinaires, efficience du système de soins

La création de CHU Renaissance s'inscrit dans la volonté des autorités politiques et académiques de renforcer le système de soins en le recentrant sur l'accès aux soins et l'expertise en santé publique selon les recommandations de l'OMS.

Le CHU Renaissance dispose du staff et de personnels soignants expérimentés et motivés pour une meilleure prise en charge des patients, en privilégiant l'éthique et expertise avant tout.

Le Centre Hospitalier Universitaire Renaissance (CHUR) est appelé à participer activement à la réflexion, à la recherche et à l'implémentation de solutions pour limiter les coûts liés aux soins, tout en maintenant la qualité de ceux-ci.

Pilier 2 : **l'administration de soins**

C'est un pilier spécifique pour la Direction de Nursing qui décrit notamment :

- L'organisation de soins
- La dotation de soins
- La supervision de soins

- La planification de soins, suivi et évaluation des activités de soins
- Le Recueil des attributions de prestataires de soins

Pilier 3 : Enseignement, Formation et Recherche

Le CHU Renaissance a la responsabilité et la volonté de développer toutes ses activités dans un cadre universitaire. La formation est donc au cœur de son action.

Le CHU Renaissance poursuivra par ailleurs sa mission de préparer des futurs généralistes, des médecins de santé publique et des médecins du travail, les infirmiers spécialisés dans différents domaines de soins. Il s'agira en particulier de collaborer avec les Universités partenaires.

Par essence, un centre universitaire doit réaliser des activités de recherche dans ses domaines de compétence. Un partenariat efficace doit être établi avec le gouvernement afin de doter le CHU Renaissance des ressources de base pour le réaliser. La subvention de l'état doit bien évidemment être complété par d'autres sources des financements, en particulier par la Fondation Renaissance, qui fixe notamment comme priorité de soutenir les initiatives sociales et services dédiés à la science ouverte, permettant d'accroître la valeur de la recherche appliquée pour la société.

CHU Renaissance s'inscrit enfin dans les enjeux sociétaux décrits dans le plan stratégique 2025-2030 de la CSU, en particulier la capacité de réaction et d'adaptation, mais également de contribuer à l'émergence de solutions innovantes et d'accroissement des activités scientifiques pour répondre aux besoins de la société et éviter un morcellement des savoirs.

CHU Renaissance place ses compétences à disposition de cette intention dans une logique de collaboration et d'interdisciplinarité, en favorisant des démarches de recherche participative pour renforcer les activités de soins, de formation et de recherche ont un impact indispensable sur la santé de la population.

Pilier 4 : Santé environnementale : Hygiène Hospitalière, Assainissement du milieu, Prévention et Contrôle des infections / Gestion des risques sanitaires et Système National d'Informations Sanitaires.

La santé environnementale est incluse dans le plan stratégique de CHU

Renaissance. Cela découle du souhait de renforcer au sein de CHU Renaissance les activités d'expertise et de recherche dans ce domaine pour faire face à une demande sociétale croissante dans un contexte de globalisation des enjeux sanitaires liés au réchauffement climatique.

Les mesures de prévention basées sur les comportements à risque visant le renforcement des compétences individuelles et collectives en matière de santé, lesquelles facilitent l'adoption de modes de vie favorable à la santé. Sous la forme de consultations individuelles (prévention du tabagisme et de la dépendance à l'alcool, conseil en activité physique, dépistage des

facteurs de risque cardiovasculaires) ou collectives (de séances d'information, des campagnes de vaccination et de sensibilisation en groupe).

Ainsi, Le Centre Hospitalier Universitaire Renaissance (CHUR) à travers la fondation Renaissance va développer des projets consistant à diffuser aux individus les connaissances et les aptitudes leur permettant de gérer au mieux leur santé.

Le soutien aux mesures structurelles permet d'agir sur l'espérance de vie des individus et de modifier favorablement leur environnement et comportement afin de faciliter les choix bénéfiques.

En outre, la promotion de soins de santé primaire axée sur la santé communautaire permet de garantir la qualité et l'accès aux soins pour tous.

La gestion des risques doit reposer sur une évidence scientifique, qui garantissant la transparence et l'absence de conflit d'intérêt dans le processus décisionnel.

Du fait de son statut, CHU Renaissance est le partenaire des autorités de santé pour accompagner le processus de gestion de risques et données sanitaires.

Chapitre 3 : ANALYSE DE PRINCIPAUX PROBLEMES, CHRONOGRAMME DES INTERVENTIONS ET BUDGET INDICATIF

3.1. ANALYSE DES PRINCIPAUX PROBLEMES

3.1.1. AXE STRATEGIQUE 1 : PRESTATION DES SOINS ET SERVICES

- **Sous-commission : Soins Nutritionnels**

N°	PROBLEMES PRIORITAIRES	OBJECTIFS D'AMELIORATION	CAUSES	PISTES DE SOLUTION	INDICATEURS	ECHEANCES	OBSERVATIONS
01	**Mauvaise dénomination du Département de Nutrition de l'Hôpital**	Obtenir le changement d'appellation	Banalisation du Département par des responsables	Corriger par département de nutrition	L'existence d'une décision d'adaptation du nom est prise	Janvier 2025	Directeur Général
02	**Insuffisance de locaux de travail**	Obtenir cinq locaux	Sous-estimation de l'impact du Département	Faire le plaidoyer	Nombre des locaux de travail	Janvier à mars 2025	Direction générale
03	**Perception difficile de nos recettes**	Obtenir de la Direction que personne ne gêne nos services envers les malades	- Refus de nous référer les malades payants - Prescriptions inappropriées	- Référer tout patient ayant besoin d'un régime alimentaire à la nutrition	- Existence de circulaire Interdiction des prescriptions diététiques pirates - Instruction de référer les patients éligibles au régime	- Permanente à partir de 01/25 - Janvier à février 2025	Directeur général
04	**Manque de consommables**	Disponibiliser les consommables pour les malades	Suppression alimentation des malades depuis 1984	Obtenir des bailleurs de fonds quant à ce	Lister les bailleurs et les contacter	A partir de janvier 2025	Direction et Service
05	**Insuffisance de matériels et équipements de travail appropriés**	Equiper le Service en matériels et équipements	Non prise en compte du Service par la Direction	Intégrer la Nutrition dans les priorités d'équipement	Existence des listes de matériels et équipements	A partir de janvier 2025	Direction
06	**Manque de tenue de travail**	Habiller le personnel avec des tenues de travail décentes	Suppression de cette obligation par l'Hôpital	Prendre des contacts avec des fournisseurs des tenues de travail	Une liste des fournisseurs est établies et les contacts pris	2025	Direction
07	**Réalisation difficile de la gratuité**	Prendre en compte tous les prestataires qui y interviennent	Désir de certains prestataires d'exclure d'autres	Dresser la liste des prestataires concernés par la	En discuter si nécessaire et dresser la liste complète	Janvier 2025	Direction et Corporations

				gratuité			
10	**Affectation des nutritionnistes sans requérir les avis des responsables**	Affectation des Agents sans tenir compte des capacités d'accueil	Désir de certains Autorités et Agents de trouver de la place à leurs proches	Veiller à vérifier la capacité d'accueil du Service	Les canaux de contact à ce sujet sont établis	Premier trimestre 2025	Direction et Service
11	**Formation en cours d'emploi difficile à réaliser**	Améliorer les prestations des Agents régulièrement	Pas de politique de formation au sein de l'Hôpital	Décider d'une politique de formation	Une instruction dans ce sens est prise	Premier trimestre 2025	Direction et Services

- ***Sous-commission : Anesthésie***

N°	PROBLEMES PRIORITAIRES	OBJECTIFS SPECIFIQUES OU OBJECTIFS D'AMELIORATION	CAUSES	PISTE DE SOLUTION/ACTIVITES A MENER	INDICATEURS	PERIODE D'EXECUTION	OBSERVATION
1	Mauvaise tenue de la fiche de consultation pré-anesthésique	Améliorer à 80 % les fiches de consultation pré-anesthésique	- Négligence et la démotivation	- Organiser les séances d'accompagnement des techniciens anesthésistes	- Nombre de fiche de consultation pré-anesthésique amélioré à 80%	- Février 2025	
2	Manque de respect de certain cas d'intervention programmés	Améliorer à 80% le respect	- Négligence et la démotivation	- Organiser les séances d'accompagnement des techniciens anesthésistes	- Nombre de cas des interventions programmées	- Mars 2025	

- ***Sous-commission : Pratique Sages-femmes***

N°	PROBLEMES PRIORITAIRES	OBJECTIFS D'AMELIORATION	CAUSES	PISTE DE SOLUTION/ACTIVITES A MENER	INDICATEURS	PERIODE D'EXECUTION	OBSERVATION
1	Mauvaise utilisation du partogramme	Améliorer à 80% la tenue correcte du partogramme	• Manque de formation continue et de sensibilisation à l'importance du partogramme	• Renforcer la formation continue pour mettre à jour les connaissances des SF sur les meilleures pratiques en matière de surveillance du	• Evaluation pré et post formation • Taux de participation aux formations	25 janvier 2025	

			• Surcharge du travail • Conditions de travail difficiles • Manque de motivation et de reconnaissance • Absence de supervision et de soutien • Manque d'équipements de base (thermomètre, tensiomètre, appareil de monitoring fœtal	travail et de gestion du partogramme • Disponibilité des équipements de base • Améliorer l'éclairage et l'espace de travail • Assurer une supervision régulière pour contrôler la bonne utilisation des partogrammes • Mentorat et coaching où les SF expérimentées peuvent coacher les plus jeunes ou celles moins d'expérience • Renforcer les effectifs des SF	continues • Taux de satisfaction des SF (participants) • Suivi de l'utilisation du partogramme • Rapport de supervision clinique • Roulement		
	Non-respect d'Ethique professionnelle	Former à 80% les SF en matière d'éthique professionnelle	• Formation insuffisante sur le plan éthique • Discrimination de genre et d'âge (femmes issues de groupes sociaux défavorisés ou les jeunes filles enceintes peuvent recevoir des soins de stéréotypes ou de préjugés sociaux, violant ainsi le principe d'équité) • Inégalités sociales et économiques • Violation de la confidentialité • Surcharge de travail	• Organiser des sessions de formation sur l'éthique professionnelle ; les droits des patientes et les bonnes pratiques en soins obstétricaux • Revoir et mettre à jour le code de déontologie des SF avec un accent particulier sur la confidentialité, le respect, la sécurité des patientes, et la non-discrimination • Sensibiliser à l'importance de la communication, du respect de la dignité des patientes et de l'équité dans les soins • Insister sur l'importance du consentement éclairé et du respect des décisions des patientes (par exemple, lors des accouchements ou des	• Taux de patientes ayant reçu des informations claires et compréhensibles sur leur état, les risques et les options de traitement avant l'intervention • Observation directe ou entretiens avec les patientes pour évaluer si elles ont été informées de manière adéquate • Entrevues avec les patientes pour évaluer si leurs choix ont été	15 janvier 2025+	

			cela peut entraîner un épuisement professionnel « burn out » ce qui impacte négativement la qualité des soins et peut amener à adopter des pratiques non éthiques (négligence, précipitation etc…) • Corruption et pots-de-vin peut influencer l'éthique professionnelle	examens)	respectés et si elles ont pu exprimer leurs préférences • Observations des pratiques dans les salles de consultation et d'accouchement pour évaluer le respect de l'intimité des patientes • Enquête auprès des patientes pour évaluer leur perception du respect de leur confidentialité		
	Mauvais accueil	Former à 80% les SF sur l'accueil des patientes	• Manque de formation sur la communication notamment pour expliquer des traitements, écouter activement les préoccupations des patientes ou gérer des situations émotionnellement chargées • Utilisation de termes médicaux complexes ou de jargon, que les patientes ne comprennent pas toujours, peut créer des barrières à la	• Organiser des ateliers de sensibilisation sur l'importance d'un accueil respectueux, humanisé et non discriminatoire • Elaborer des protocoles d'accueil des patientes qui incluent des normes de comportement pour le personnel	• Taux de satisfaction des patientes après l'accouchement ou la consultation • Evaluation de la communication entre les SF et les patientes • Nombre d'incidents de conflits ou de tensions entre les sages-femmes et patientes • Nombre de formations suivies par les SF sur l'accueil et la communication	15 Janvier 2025	

			compréhension et rendre les patientes anxieuses ou confuses				

➢ ***Sous-commissions : Soins infirmiers***

N°	PROBLEMES PRIORITAIRES	OBJECTIFS D'AMELIORATION	CAUSES	PISTE DE SOLUTION/ACTIVITES A MENER	INDICATEURS	PERIODE D'EXECUTION	OBSERVATION
1	Inexistence des protocoles de soins	Elaborer à 80 % les protocoles de soins	Insuffisance d'information des prestataires sur le protocole de soins	Elaborer le protocole de soins	Nombre de protocole de soins élaboré	Janvier	
2	Mauvaise pratique de techniques usuelles de soins	Améliorer à 80 % la pratique de techniques usuelles de soins	Insuffisance de connaissance des prestataires sur les techniques usuelles de soins	Organiser les formations de prestataires sur les techniques usuelles de soins	Nombre de prestataires formés sur les techniques usuelles de soins	Janvier 2025	
3	Mauvais accueil des malades et des aidants naturels	Améliorer à 90 % l'accueil des malades et de leurs familles dès l'entrée jusqu'à leur sortie	Mauvaise pratique des prestataires de soins sur l'accueil des malades	organiser les séances de suivi et accompagnement des prestataires des soins sur l'accueil de malade	Nombre des prestataires de soins suivis et accompagnés	Toute l'année 2025	
4	Mauvaise tenue de dossiers de malade	Assurer à 80 % une bonne traçabilité de dossiers de malade	Insuffisance de connaissance sur le remplissage de dossier de malade	organiser les séances de suivi et accompagnement des prestataires des soins	Nombre des prestataires de soins suivis et accompagnement	Toute l'année 2025	
5	Mauvaise pratique dans la prise en charge de soins de nouveau-né	Améliorer à 80% le pratique dans la prise en charge de soins de nouveau-né	Insuffisance de maitrise de pratique dans la prise en charge de soins aux nouveau-nés	Organiser les séances d'accompagnement et de suivi des prestataires de soins dans la prise en charge de soins aux nouveau-nés	Nombre des prestataires de soins accompagné et suivi	Février 2025	
6	Inexistence de principe d'asepsie dans dans le circuit de stérilisation de	Améliorer à 80% le circuit de stérilisation de matériels de soins	Insuffisance de connaissance de prestataires de soins sur le circuit de stérilisation	- Organiser les séances d'accompagnement et de suivi des prestataires de soins dans le circuit de stérilisation de	Nombre des prestataires de soins accompagné et suivi	Février 2025	

	matériel de soins		de matériels	matériels de soins - Elaborer le protocole de stérilisation de matériels de soins			
7	Mauvaise pratique de technique de la literie	Améliorer à 80 % la pratique des techniques de la literie	Insuffisance de connaissance de prestataires de soins sur pratique de la literie	- Organiser les ateliers de recyclage sur la literie - Elaborer le protocole sur la prévention des escarres	Nombre des prestataires de soins recyclé sur la literie	Mars 2025	
8	Mauvaise pratique de soins de confort	Améliorer à 80 % la pratique de soins de confort des malades	Insuffisance de connaissance des prestataires sur les soins de confort	Organiser les séances d'accompagnement et de suivi des prestataires sur les soins de confort	Effectif des prestataires de soins accompagné et suivi dans la pratique de soins de confort	Avril 2025	
9	Inexistence de protocole de soins sur la prévention des escarres	Améliorer à 80% la prévention des escarres)	Insuffisance de connaissance des prestataires sur la prévention des escarres	- Organiser les recyclages et suivi des prestataires de soins sur la prévention des escarres - Elaborer le protocole de soins de prévention des escarres	Nombre des prestataires de soins accompagné et suivi	Avril 2025	
10	Mauvaise pratique de technique de lavage de main et de friction hydro-alcoolique (sources des infections associer aux soins)	Améliorer à 80% la pratique de technique de lavage de main et friction hydro-alcoolique (Prévention et contrôle des infections associer aux soins)	Insuffisance de connaissance des prestataires de soins sur la pratique de technique de lavage de main et friction hydro-alcoolique	- Organiser l'atelier de formation sur la technique de lavage de main et friction hydro-alcoolique - Elaborer le protocole de lavage de main et friction hydro-alcoolique	Nombre des prestataires formé sur la technique de lavage de main et friction hydro-alcoolique	Février 2025	

- ***Soins Palliatifs et Soins aux Moribonds***

N°	PROBLEMES PRIORITAIRES	OBJECTIFS D'AMELIORATION	CAUSES	PISTE DE SOLUTION/ACTIVITES A MENER	INDICATEURS	PERIODE D'EXECUTION	OBSERVATION
1	Inexistence de matériel et équipement d'assainissement	Doter la morgue au matériel et équipement d'assainissement à la morgue	- Retard de réquisition sur demande	Equiper les services en matériel et équipement	- Existence des matériels et équipement d'assainissement à la morgue	Février 2025	

2	Inexistence d'unité mobile en soins palliatifs	Créer une unité mobile de soins palliatifs	- Retard dans l'ouverture et Négligence des autorités	Organiser l'installation de l'unité des soins de soins palliatifs	- Existence d'une unité mobile des soins palliatifs	- Février 2025	
3	Non enterrement des corps abandonnés à la morgue	Organisée l'enterrement des corps abandonnés à la morgue	- Négligence des autorités	- Organiser un enterrement digne des corps	- Rapport sur l'enterrement abandonné à la morgue	- Mars 2025	
4	Inexistence d'une cadre appropriée de recueillement des corps	Créer les bons espaces de recueillement digne	- Négligence des autorités	- Organiser les endroits de recueillement digne de corps	- Nombre de corps bien conservés	- Avril 2025	

3.1.2. AXE STRATEGIQUE 2 : ADMINISTRATION DES SOINS

N°	PROBLEMES PRIORITAIRES	OBJECTIFS D'AMELIORATION	CAUSES	PISTE DE SOLUTION/ACTIVITES A MENER	INDICATEURS	PERIODE D'EXECUTION	OBSERVATION
1	Mauvaise dotation en personnel de soins	Améliorer à 80% la dotation en personnel de soins	Faible connaissance en dotation de personnel soignant	Formation en dotation de personnel de soins	Présence d'une dotation en personnel bien élaboré	Février 2025	
2	Mauvaise supervision de personnel et de soins	Améliorer à 80% la supervision du personnel et de soins	Faible connaissance sur la supervision de personnels et de soins	Formation sur la supervision du personnel et de soins	Nombre de rapport de supervision bien faite	Février 2025	
3	Mauvaise tenue de documents Administratifs	Améliorer à 80% la tenue de documents Administratifs	Faible connaissance sur la tenue de documents Administratifs	Formation sur la tenue de documents Administratifs	Nombre de documents Administratifs bien tenus	Février 2025	
4	Absence de planification des Activités Annuelles, Trimestrielles et	Planifier les activités Annuelles, Trimestrielles et Mensuelles	Insuffisance de la maitrise sur la planification	Formation sur la planification des activités de l'administration de soins	Présence d'une planification annuelle, Trimestrielles et Mensuelles	Février 2025	

5	Inexistence des certains documents Administratifs et légaux	Disponibiliser à 90% des documents Administratifs et légaux	Absence de listes des documents Administratifs et légaux à disponibiliser	Elaborer les listes des documents Administratifs et légaux à disponibiliser	Existence de documents Administratifs et Légaux	Mars 2025	
6	Mauvais traitement des dossiers Disciplinaires	Améliorer à 80 % la gestion de dossiers disciplinaires	Insuffisance d'information de la gestion de dossiers disciplinaires	Formation sur la gestion de dossiers disciplinaires	Nombre de dossiers Disciplinaires bien gérés	Mars 2025	
7	mauvaise gestion de correspondance administrative	Améliorer à 80% la gestion de correspondance administrative	Insuffisance de connaissance sur la gestion de correspondance administrative	Formation sur correspondance d'administrative	nombre de correspondance administrative bien géré	Mars 2025	
8	Manque de mises en niveau de nouveaux engages	Améliorer à 80% le niveau des nouveaux engagés	Manque de formation de mise en niveau avant la mise en service	Formation de tous les nouveaux engages pour une mise en niveau	Nombre des nouveaux engagés formés	Avril 2025	
9	Mauvaise gestion du personnel soignant	Améliorer à 80% la gestion du personnel	faible maîtrise de la gestion du personnel de soins	formation sur la gestion de personnels soignants	Nombre de personnel soignant formés	Avril 2025	

3.1.3. AXE STRATEGIQUE 3 : ENSEIGNEMENT, FORMATION, RECHERCHE ET ACCOMPAGNEMENT DES STAGIAIRES

- ***SOUS-COMMISSION……FORMATION ET RECHERCHE***

N°	PROBLEMES PRIORITAIRES	OBJECTIFS D'AMELIORATION	CAUSES	PISTE DE SOLUTION/ACTIVITES A MENER	INDICATEURS	PERIODE D'EXECUTION	OBSERVATION
1	Mauvaise évaluation des stagiaires au CHUR	Améliorer à 80% l'évaluation des stagiaires	- Faible niveau de connaissance des évaluateurs ; - Ignorance des outils d'évaluations de	- Promouvoir les évaluateurs compétents (CSA/FR) ayant un bon profil. Ex : L2 EASI, G3 EASI (expérimenté).	- Les proportions des évaluateurs ayant un bon profil ; - Le nombre des	- Une fois l'an si nécessaire ; - Formation ou recyclage 3 fois par an ;	

			l'APC par les évaluateurs ; - Le non accompagnement des stagiaires par les évaluateurs ;	- Former ou recycler régulièrement les responsables sur les outils d'évaluation en APC ; - Assurer l'accompagnement des stagiaires avant de les évaluer ; - Créer un cadre d'échanges entre la Direction de Nursing et FOR.RECH de CHUR et les institutions de formation partenaire.	personnes formées sur la thématique ; - Le rapport du coordonnateur adjoint/FR sur l'appréciation de ses collaborateurs aux unités de soins ; - Le nombre d'entretien de formation.	- - Deux ateliers par an au minimum.	
2	Mauvais accompagnement des stagiaires	Améliorer à 80 % l'accompagnement des stagiaires	- démotivation du personnel ; - Mauvais choix des responsables (CSA/FR) ;	- Améliorer la rémunération des accompagnateurs ; - Former les accompagnateurs ;	Nombre de personnel motivé et formé	A accommoder	

- **THEMES DE FORMATION ET RECHERCHE**

N°	Thèmes de Formation et Recherche	Personnes Responsables	Période de Réalisation	Cibles	Indicateurs
1	Les exigences d'accompagnement des stagiaires selon l'APC	Direction de Nursing	Février	CP, CA/FRE, CST, CSA/FRE, COORD. /FRE	Nombre des agents formés, fréquence de séances de formation, notes obtenues après évaluation certificative
2	Accompagner et Orienter efficacement les stagiaires et les nouvelles unités	Direction de Nursing	Février	idem	idem
3	Quid de l'évaluation des stagiaires selon l'APC	Direction de Nursing		Idem	Idem
4	Formation sur la PCI	Direction de Nursing/ Coordination de PCI	Février 2025	Les points focaux de PCI des départements	Nombre de points focaux formé en PCI par département
5	Formation sur dotation en personnel de soins	Direction de Nursing/	Mars 2025	S/DN, CD, CP, CS	Effectif du personnel formé sur la dotation
6	Formation sur la supervision du personnel	Direction de Nursing/	Mars 2025	S/DN, CD, CP,CS,CSA	Nombres des superviseurs formés
7	Formation sur la tenue de documents administratifs	DIRECTION DE NURSING	Avril 2025	S/DN, CD, CP et Adj, CS et Adj	Effectif du personnel formé sur la tenue de documents Administratifs.
8	Formation sur l'élaboration d'une planification des activités	Direction de Nursing	Avril 2025	S/DN, CD, CP etAdj, CS et Adj	Nombre de S/DN, CD, CP et Adj, CS et Adj formés sur la planification des activités
9	Formation sur l'hygiène hospitalière	Direction de Nursing	Mars 2025	S/DN, CD, CP et Adj, CS et Adj	Nombre de S/DN, CD, CP et Adj, CS et Adj formés sur la planification des activités
10	Formation sur la prise en charge de NNé et stérilisation des matériels	Direction de Nursing	Février	S/DN, CD, CP et Adj, CS et Adj	Nombre de S/DN, CD, CP et Adj, CS et Adj formés sur la planification des activités

3.1.4. AXE STRATEGIQUE 4 : HYGIENE HOSPITALIERE, ASSAINISSEMENT, PCI ET SNIS

- ***SOUS-COMMISSION ……PREVENTION ET CONTROLE DES INFECTIONS ……***

N°	PROBLEMES PRIORITAIRES	OBJECTIFS SPECIFIQUES OU OBJECTIF D'AMELIORATION	CAUSES	PISTE DE SOLUTION/ ACTIVITES A MENER	INDICATEURS	PERIODE D'EXECUTION	OBSVERATION
1	Absence de coordination des activités de la PCI	Créer la coordination des activités de la PCI	Insuffisance de connaissance des agents sur l'importance de la PCI	Implanter la coordination de la PCI	Existence de la coordination de la PCI	Janvier 2025	
2	Inexistence de plan de besoins en formation en PCI	Elaborer le plan de besoins en formation continue du personnel en PCI	Insuffisance de connaissance des agents sur l'importance de la PCI	- Organiser les ateliers de formation des prestataires en PCI - Accompagné et suivre les prestataires	Nombre des prestataires en PCI	Février et Mars 2025	

- ***Sous –Commission : de l'HYGIENE hospitalière***

N°	PROBLEMES PRIORITAIRES	OBJECTIS D'AMELOIRATION	CAUSES	PISTES DE SOLUTIONS	INDICATEURS	PERIODE D'EXECUTION	OBSERVATION
1	Effectifs de techniciens de surface insuffisants dans les services ;	Améliorer à 80% les effectifs ;	1-Décès -malades chroniques et vieillissement des agents dans cette catégorie ; 2-Pas d'engagement ; 3-Mauvaise gestion des effectifs existants par les chefs hiérarchiques ;	1-Invantorier l'effectif de techniciens de surface actifs dans les services ; 2-Estimer les besoins à compléter pour un bon fonctionnement de service ; 3-Sensibiliser les chefs de service à respecter et faire respecter les règlements en vigueur ;	Liste actualisée des techniciens de surface par service ;	Premier trimestre 2025.	

2	Insuffisance en quantité et en qualité des matériels de protection individuelle, de l'hygiène, et des produits de nettoyage et d'entretien ;	Améliorer à 80% la dotation en matériels et en produits ;	- Mauvaise gestion de matériel et produits existants.	1-Former les responsables sur la dotation et la gestion de matériel de protection individuelle, d'hygiène, ainsi que produits de nettoyage et d'entretien ; 2-Former les techniciens de surface sur la gestion et l'utilisation des matériels et produits existants ou disponibles ;	1-Rapport de la dotation et gestion des matériels ainsi que les produits, 2-Rapport de formation…	Premier trimestre 2025.	
3	Manque d'un budget propre de l'hygiène hospitalière, assainissement et PCI	Améliorer à 70 % le budget de l'hygiène, assainissement et PCI ;	1-Manque de la volonté politique des gestionnaires ; 2-Non-respect des normes et directives en l'hygiène hospitalière …	Faire un plaidoyer auprès des autorités dans dialogue consensuel, pour obtenir un budget des activités de l'hygiène hospitalière …	1-Procèsverbal du plaidoyer et dialogue ; 2-Budget existant ;	Premier trimestre 2025.	
4	Insuffisance des prestataires de soins et techniciens de surface formés en l'hygiène hospitalière, assainissement et PCI ;	Améliorer à 80 % les effectifs des professionnels ainsi que les techniciens de surface formés ;	1-Pas de formations programmées ; 2-Desinteressement des prestataires et techniciens de surface lors de la formation ;	Planifier la formation en l'hygiène hospitalière, assainissement et PCI 2 fois par an ;	Planification et rapport des formations ;	Février et novembre 2025.	
5	Insuffisance des protocoles conformément aux normes de l'hygiène hospitalière et PCI	Elaborer le protocole conformément aux normes de l'hygiène hospitalière et PCI	Mauvais fonctionnement du comité de l'hygiène hospitalière.	• Redynamiser le comité de l'HH existant pour jouer son rôle à la matière. • Elaborer différents	Nombre de protocoles élaborés et affichés	Premier trimestre 2025.	

				protocoles en fonction des taches et actes à poser			
6	Mauvaise gestion des déchets biomédicaux	Améliorer la gestion des déchets biomédicaux	1-Manque de matériel approprié pour la gestion des déchets biomédicaux 2-Absence des protocoles de gestion des DBM conformément aux normes de l'hygiène hospitalière ;	1-Doter chaque unité des soins, combinés de consultation, des 3(trois) poubelles pour le TRI sélectif des DBM ; 3-Incinérer seulement les déchets de soins. 4-Evacuer les déchets ménagers. 5-Elaborer et respecter le protocole de la destruction des déchets par l'incinération ;	1-Présence de 3 poubelles de soins dans chaque unité de soins ; 2-Le protocole de l'incinération des DBM affiché ;		
7	Présence incontrôlée des aidants naturels	Réguler les mouvements des aidants naturels et des visiteurs	1-Nombre élevé des aidants naturels 2-Non-respect des heures de visite	Mise en place de mécanisme de gestion des aidants naturels	Existence de rapports de mécanisme de gestion des aidants naturels	Premier semestre 2025.	
8	Insuffisance d'adduction d'eaux et d'électricité dans les unités.	Améliorer l'adduction en eau et de l'électricité	Insuffisance d'approvisionnement en eau et en électricité	Approvisionnement régulier en eau et en électricité	Fréquence en fourniture en eau et en électricité	Premier trimestre 2025.	

- ***SOUS COMMISSION : Système National d'Information Sanitaire***

N°	PROBLEMES PRIORITAIRES	OBJECTIFS D'AMELIORATION	CAUSES	PISTE DE SOLUTION/ACTIVITES A MENER	INDICATEURS	PERIODE D'EXECUTION	OBSERVATION
1	Mauvaise Complétude	Améliorer le rapport	Mauvais collecte de données, connaissance limitée	Formation pour la mise en niveau	Taux de complétude	Immédiat	
2	Mauvaise promptitude	Obtenir un rapport prompt	Circuit de transmission très lourd	Sensibiliser, conscientiser les prestataires, la signature immédiate de la hiérarchie pour faciliter l'envoi	Taux de promptitude	immédiat	
3	Manque automatisation du système	Automatiser le système	CHUR	Installer le module DHIS2	Existence de performance	1 mois	
4	Insuffisance de fourniture du bureau	Donner les fournitures du bureau	CHUR	Acheter les fournitures du bureau pour le service	Taux de satisfaction	immédiat	
5	Inexistence de Mobilier approprié	Obtenir un mobilier approprié	CHUR	Donner un nouveau bureau au nouveau hôpital	Taux de satisfaction	immédiat	
6	Electronique de transmission des données	Avoir un circuit d'envoi rapide	Non-respect de la date d'envoi, manque de moyen de transport	Réglementer les prestataires, donner le moyen de transport	Taux d'efficacité	Immédiat	
7	Inexistence de système d'archivage électronique	Moderniser le système d'archivage	CHUR	Avoir les informaticiens qualifiés	Existence de système d'archivage électronique	1 mois	
8	Manque de formation de prestataires	Former les prestataires	CHUR, zone de santé, ministère de la santé,…	Organiser et planifier les formations	Nombre des prestataires formés	2 mois	
9	Insuffisance des outils de travail	Donner les outils du travail	Zone de santé	Envoyer les outils de travail avant	Nombre d'outil existence	Immédiat	
10	Suspension et feed back non réalisés	Superviser et faire le feed back	CHUR, zone de santé	Organiser et planifier les supervisions	Rapport de supervision de retro information	Immédiat	

- ***SOUS COMMISSION : ASSAINISSEMENT***

N°	PROBLEMES PRIORITAIRES	OBJECTIFS SPECIFIQUES OU OBJECTIFS D'AMELIORATION	CAUSES	PISTE DE SOLUTION/ACTIVITES A MENER	INDICATEURS	PERIODE D'EXECUTION	OBSERVATION
1	Mauvaise gestion des déchets biomédicaux	Améliorer à 80 % la gestion des déchets	- Insuffisance de connaissances sur la gestion des déchets	- Organiser la formation sur gestion des déchets biomédicaux	Existence de rapport sur le tri des déchets	- Février 2025	
2	Insalubrité de l'environnement hospitalier	Organiser les séances de salongo pour rendre l'environnement propre	- Négligence et la démotivation des agents assainissement	- Motiver les agents et communication pour le changement de comportement	- Existence d'un environnement sain	- Mars 2025	
3	Mauvaise gestion de l'incinérateur	Améliorer la gestion d'incinérateur	- Insuffisance de connaissance sur la manipulation de l'incinérateur	- Organiser des formations sur la gestion de l'incinérateur	- Incinérateur fonctionnel	- Avril 2025	
4	Insuffisance des matériels et équipement d'assainissement	Approvisionner les services d'assainissement à la matérielle et équipement	- Retard de réquisition des matériels et équipement d'assainissement	- Equiper les services en matériel adéquat	- Existe des listes de matériels et équipement d'assainissement	- Mai 2025	
5	Insuffisance du personnel formé en assainissement	Organiser une formation sur l'assainissement du milieu	- Insuffisance d'information	- Organiser la formation du personnel sur l'assainissement du milieu	- Nombre des assainisseurs formés	- Juin 2025	

3.2. CHRONOGRAMME DES INTERVENTIONS

	RESULTATS	CHRONOGRAMME				
		2025	2026	2027	2028	2029
Os1	• **Objectif spécifique 1 :** Améliorer à 80% la qualité des prestations de soins et des services					
R1	• **Résultat 1 :** la qualité des prestations de soins et des services est améliorée à 80 %	X	X	X	X	X
Os2	• **Objectif Spécifique 2 :** Améliorer à 80 % l'administration de soins					
R2	• **Résultat 2 :** l'administration de soins est améliorée à 80 %	X	X	X	X	X
Os3	• **Objectif Spécifique 3 :** Améliorer à 80 % la qualité de la formation continue du personnel, de la recherche et d'encadrement des stagiaires					
R3	• **Résultat 3** la qualité de la formation continue du personnel, de la recherche et d'encadrement des stagiaires est améliorée à 80 %	X	X	X	X	X
Os4	• **Objectif Spécifique 4 :** Améliorer à 80 % l'hygiène hospitalière, l'Assainissement du milieu, Prévention et Contrôle des Infections ainsi que le système national d'information sanitaire.					
R4	• **Résultat 4 :** l'hygiène hospitalière, l'Assainissement du milieu, Prévention et Contrôle des Infections ainsi que le système national d'information sanitaire sont améliorés à 80 %	X	X	X	X	X

N°	AXES STRATEGIQUES	COUT ANNUEL (USD)					COUT QUINQUENNAL (USD)
		2025	2026	2027	2028	2029	
01	Prestation des soins et services	1879,00	1879,00	1879,00	1879,00	1879,00	9395,00
02	Administration de soins	1434,00	1434,00	1434,00	1434,00	1434,00	7170,00
03	Enseignement, Formation, recherche et accompagnement des stagiaires	1755,00	1755,00	1755,00	1755,00	1755,00	8775,00
04	Hygiène hospitalière, Assainissement, Prévention contrôle des Infections et Système National d'Information sanitaire	2 525,00	2 525,00	2 525,00	2 525,00	2 525,00	12625,00
05	Suivi et Evaluation des activités	1306,00	1306,00	1306,00	1306,00	1306,00	6530,00
TOTAL		8 899,00	8 899,00	8 899,00	8 899,00	8 899,00	44 495,00

3.3. BUDGET INDICATIF

Résumé du budget quinquennal (démonstratifs)
Nous disons : Quarante-quatre mille quatre cent nonante cinq dollars américain

Chapitre 4 : CADRE DE MISE EN ŒUVRE

4.1. CADRE DE COLLABORATION

Un cadre de collaboration entre le conseil d'administration, le comité Directeur, la direction de Nursing, les coordinations du département, les unités de soins, les ordres professionnels ainsi que les associations professionnelles sera mis en place pour que les objectifs fixés soient atteints pour une collaboration intra-extra et multi disciplinaire enfin de trouver les pistes de solution aux différents problèmes prioritaires identifiés.

De même que les partenaires techniques et financiers sur demande de la Direction de Nursing appuieront la mise en œuvre de cette politique de soins

4.2. CADRE D'ELABORATION DE PLAN D'ACTION OPERATIONNEL(PAO)

4.2.1. CADRE DE SUIVI ET SUPERVISION ET EVALUATION

Au cours de la mise en œuvre de suivi des activités de ce plan chaque niveau s'intéressera à des types d'indicateurs précis.

- Au niveau central (Direction) s'intéressera aux résultats de processus, aux résultats d'amélioration de la qualité de performance et veiller à la bonne mise en œuvre du plan stratégique de soins à son application dans des différentes coordination du Nursing en vue de s'assurer de la qualité des résultats et de procédure à une triangulation entre les résultats des différents niveaux d'exécution
- Au niveau intermédiaire (coordination) s'intéressera aussi bien aux indicateurs du processus qu'aux indicateurs de résultats. Il assurera le suivi et l'évaluation en mis parcourt de l'impact et des résultats qui pourront être confrontés aux résultats du niveau opérationnel en vue d'apporter de correctifs dans la méthodologie de la mise œuvre du plan d'action opérationnel(PAO) il utilise l'outil de supervision des activités.
- Au niveau opérationnel (services/ Unités de soins) s'intéressera à des indicateurs d'impact, (ici on doit remarquer le changement) il aura donc à mener une évaluation sommative, il s'intéressera plus au comportement des prestataires des soins.

BIBLIOGRAPIE

1. Evaluation des programmes de prévention et contrôle des infections au niveau des établissements de soins à l'aide d'outils standardisés de l'OMS, WHO IPC Global unit 2018
2. Ministère de la sante publique de la RDC, stratégie nationale de prévention et contrôle des infections – eau, hygiène et assainissement janvier 2023
3. Plan stratégique de l'ordre national des infirmiers de la république démocratique du Congo 2019 – 2023
4. Plans stratégique de l'Hôpital Provincial Général Référence de Kinshasa (ex-mama yemo) 2019 – 2023
5. Plan stratégique du Centre Hospitalier Universitaire Renaissance 2025 - 2030

EQUIPE TECHNIQUE DE REDACTION

Les experts de la Directeur de Nursing :

- Albert Einstein DJONGA — Expert en Planification, Suivi et Evaluation
- KANDALA MAYAMA — Sous-Directeur de Nursing
- UMBA NGOMA — Sous-Directeur de Nursing
- PHUATI VUNIKISA — Sous-Directeur de Nursing
- MULOWA KALALA — Sous-Directeur de Nursing
- DINGANGA MATETA — Chef de Division de Nursing
- ATILISOMBA ATOMA — Chef de Division de Nursing
- WANGA NSONGO — Chef de Division de Nursing
- MUTAMBA TAMPOY — Coordonnateur
- LOKWA LOKOTA — Coordonnateur
- AUMBA WALIKOLA — Coordonnateur
- LITUTA YOKA — Coordonnateur
- WALUNGISA TEMBO — Coordonnateur
- LANDU NSIMBA Denise — Coordonnateur
- MPIANA BANDELE — Coordonnateur
- SUNGU MUTOTO — Coordonnatrice
- LUISHIYA TSHITALA — Coordonnateur
- KALAMBA BIDIKUKEBA — Coordonnateur
- MUZELA LEMBA — Coordonnateur
- NSIALA — Coordonnateur
- LEMBA MUMA — Chef de service
- MPUTU ILEMBU — Chef de service
- DICKOMA NGANDU — Coordonnateur
- KITOTO WEMBONYAMA — Cheffe de service
- MATU
- KUTA KANDA Rodrigue — Personnel d'appoint

Validation : Equipe des experts de la Direction Générale

TABLE DES MATIERES

PLAN **1**

I. PREFACE 2

II. REMERCIEMENTS **3**

III. SIGNES, ABREVIATIONS ET ACRONYMES **4**

CHAPITRE 1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION **5**

- **RESSOURCES HUMAINES DE LA DIRECTION DE NURSING** **6**

ORGANIGRAMME FONCTIONOGRAMME DE LA DIRECTION DE NURSING DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE RENAISSANCE **12**

CHAPITRE 2 : MISSION, VISION, VALEURS, BUT, OBJECTIFS, RESULTATS ATTENDUS ET BUDGET INDICATIF **13**

2.1. MISSION 13
2.2. VISION 13
2.3. VALEURS 13
2.4. BUT 13
2.5. OBJECTIFS 13
2.5.1. OBJECTIF GENERAL *13*
2.5.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES *14*
2.6. RESULTATS ATTENDUS 14
2.7. PILIERS STRATEGIQUES 14

PILIER 1 : PRESTATION DE SOINS ET SERVICES : REEQUILIBRAGE DU SYSTEME DE SOINS DE QUALITE ET OUVERT A TOUS AVEC UNE EQUIPE D'EXPERTS MULTIDISCIPLINAIRES, EFFICIENCE DU SYSTEME DE SOINS **14**

PILIER 3 : ENSEIGNEMENT, FORMATION ET RECHERCHE **15**

PILIER 4 : SANTE ENVIRONNEMENTALE : HYGIENE HOSPITALIERE, ASSAINISSEMENT DU MILIEU, PREVENTION ET CONTROLE DES INFECTIONS / GESTION DES RISQUES SANITAIRES ET SYSTEME NATIONAL D'INFORMATIONS SANITAIRES. **15**

CHAPITRE 3 : ANALYSE DE PRINCIPAUX PROBLEMES, CHRONOGRAMME DES INTERVENTIONS ET BUDGET INDICATIF **17**

3.1. ANALYSE DES PRINCIPAUX PROBLEMES 17
3.1.1. AXE STRATEGIQUE 1 : PRESTATION DES SOINS ET SERVICES *17*
3.1.2. AXE STRATEGIQUE 2 : ADMINISTRATION DES SOINS *23*
3.1.3. AXE STRATEGIQUE 3 : ENSEIGNEMENT, FORMATION, RECHERCHE ET ACCOMPAGNEMENT DES STAGIAIRES *24*
- THEMES DE FORMATION ET RECHERCHE 26
3.1.4. AXE STRATEGIQUE 4 : HYGIENE HOSPITALIERE, ASSAINISSEMENT, PCI ET SNIS *27*
3.2. CHRONOGRAMME DES INTERVENTIONS 32
3.3. BUDGET INDICATIF 34

CHAPITRE 4 : CADRE DE MISE EN ŒUVRE **34**

4.1. CADRE DE COLLABORATION 34

4.2. CADRE D'ELABORATION DE PLAN D'ACTION OPERATIONNEL(PAO) 34
4.2.1. CADRE DE SUIVI ET SUPERVISION ET EVALUATION 34
BIBLIOGRAPIE 35
EQUIPE TECHNIQUE DE REDACTION 36
TABLE DES MATIERES 37

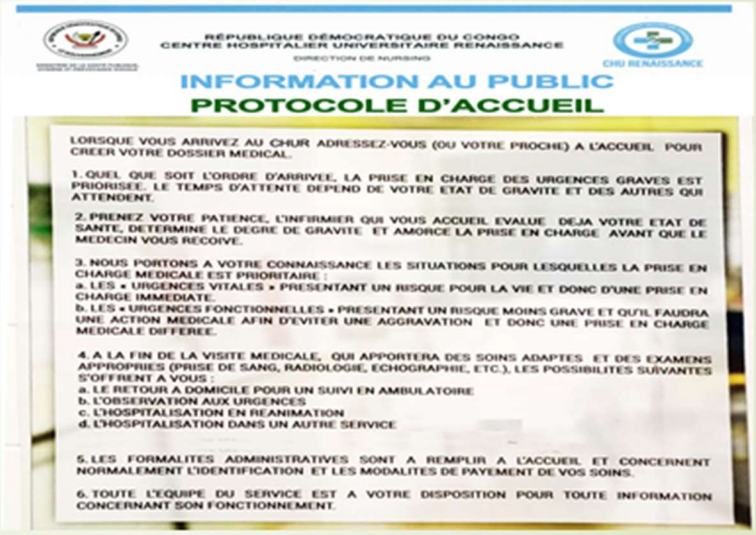
ANNEXES

DROITS DES PATIENTS EN RDC

Droits et informations des patients

DROIT A L'ACCEUIL ET A L'INFORMATION

DROIT A L'ACCEUIL



RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE RENAISSANCE
DIRECTION DE NURSING
CHU RENAISSANCE

INFORMATION AU PUBLIC
PROTOCOLE D'ACCUEIL

LORSQUE VOUS ARRIVEZ AU CHUR ADRESSEZ-VOUS (OU VOTRE PROCHE) A L'ACCUEIL POUR CREER VOTRE DOSSIER MEDICAL.

1. QUEL QUE SOIT L'ORDRE D'ARRIVEE, LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES GRAVES EST PRIORISEE. LE TEMPS D'ATTENTE DEPEND DE VOTRE ETAT DE GRAVITE ET DES AUTRES QUI ATTENDENT.

2. PRENEZ VOTRE PATIENCE, L'INFIRMIER QUI VOUS ACCUEIL EVALUE DEJA VOTRE ETAT DE SANTE, DETERMINE LE DEGRE DE GRAVITE ET AMORCE LA PRISE EN CHARGE AVANT QUE LE MEDECIN VOUS RECOIVE.

3. NOUS PORTONS A VOTRE CONNAISSANCE LES SITUATIONS POUR LESQUELLES LA PRISE EN CHARGE MEDICALE EST PRIORITAIRE :
a. LES « URGENCES VITALES » PRESENTANT UN RISQUE POUR LA VIE ET DONC D'UNE PRISE EN CHARGE IMMEDIATE.
b. LES « URGENCES FONCTIONNELLES » PRESENTANT UN RISQUE MOINS GRAVE ET QU'IL FAUDRA UNE ACTION MEDICALE AFIN D'EVITER UNE AGGRAVATION ET DONC UNE PRISE EN CHARGE MEDICALE DIFFEREE.

4. A LA FIN DE LA VISITE MEDICALE, QUI APPORTERA DES SOINS ADAPTES ET DES EXAMENS APPROPRIES (PRISE DE SANG, RADIOLOGIE, ECHOGRAPHIE, ETC.), LES POSSIBILITES SUIVANTES S'OFFRENT A VOUS :
a. LE RETOUR A DOMICILE POUR UN SUIVI EN AMBULATOIRE
b. L'OBSERVATION AUX URGENCES
c. L'HOSPITALISATION EN REANIMATION
d. L'HOSPITALISATION DANS UN AUTRE SERVICE

5. LES FORMALITES ADMINISTRATIVES SONT A REMPLIR A L'ACCUEIL ET CONCERNENT NORMALEMENT L'IDENTIFICATION ET LES MODALITES DE PAYEMENT DE VOS SOINS.

6. TOUTE L'EQUIPE DU SERVICE EST A VOTRE DISPOSITION POUR TOUTE INFORMATION CONCERNANT SON FONCTIONNEMENT.

DROIT A L'INFORMATION

- Permettre d'être acteur de sa prise en charge
- Information doit être claire et adaptée à sa capacité de compréhension
- Information dans son domaine de compétence
- Être clair sur:
  - Les examens
  - Les traitements, leur conséquence
  - Les risques et les alternatives possibles

- Le patient a le droit de REFUSER les soins
- Médecin:
- l'éclairer sur les risques de ce refus
- Faire signer une attestation de refus de soins

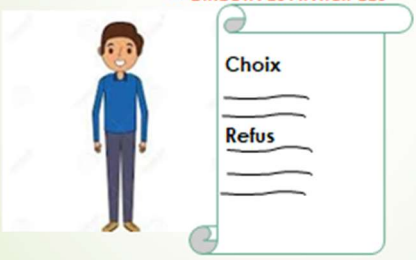
- **A l'oral ou l'écrit:**

TOUS LES ELEMENTS TRACES DANS LE DOSSIER

Informée et consultée si le patient n'est plus en mesure d'exprimer ses souhaits

- Le patient peut écrire ses volontés

- DIRECTIVES ANTICIPEES



DROIT A LA CONFIDENTIALITE

- Attention aux informations écrites ou orales relatives au patient en
  - tout lieu
  - tout temps

Couloir
Lieu commun ...

Chambre du patient
Bureau médical...

- Vigilent sur le lieu de stockage des informations papiers et numériques

DROIT A LA DIGNITE ET INTIMITE

- **Quelques règles**
- Frappez avant d'entrée
- Fermez la porte de sa chambre
- Respectez son intimité en installant un paravent
- Expliquez les soins
- Préservez son autonomie

SORTIE

- EVALUATION

Questionnaire de satisfaction du patient sur la qualité de soins

- Patient consultez sur l'avis sur son séjour
- Exprimez sa satisfaction ou ses réclamations

RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE RENAISSANCE
DIRECTION DE NURSING

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION DU PATIENT SUR LA QUALITE DE SOINS

Nom et Prénom
(facultatif) :
Sexe : M ☐ F ☐
Service d'hospitalisation :
Date d'entre
Adresse :
Etes-vous conventionné ? Oui Non

INFIRMIÈRES (ES)

1. L'infirmière a-t-elle été aimable ? OUI ☐ NON ☐
2. Les soins ont-ils été faits à l'heure prévue ? OUI ☐ NON ☐
3. L'infirmière vous a-t-elle expliqué avant le soin, ce qu'elle allait faire ? OUI ☐ NON ☐
4. Respecte-t-elle votre intimité ?
5. Si non, en quoi ne l'avez-vous pas respectée ? OUI ☐ NON ☐
6. Votre famille est satisfaite de l'accueil ?
7. Qu'avez-vous apprécié chez les soignants ?
8. Avez-vous d'autres suggestions ?

Direction de Nursing

RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE RENAISSANCE
DIRECTION DE NURSING
CHU RENAISSANCE

PROTOCOLE DE METHODE DE 5 S

1. OBJECTIF D'AMELIORATION :

Améliorer à 80% l'hygiène hospitalière en milieu de soins par l'application de méthode de 5 S dans tous les services du CHUR d'ici fin décembre 2025

2. DEROULREMENT DE METHODE DE 5 S :

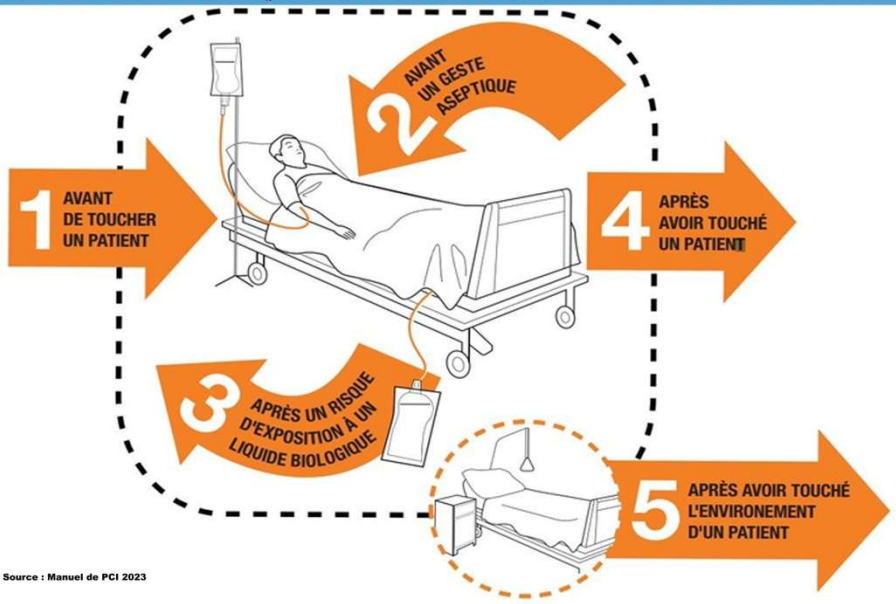
- **1ere S : en japonais SEIRI :** Supprimer l'inutile
- **2ème S : en japonais SEITON :** Ranger, mettre en ordre
- **3ème S : en japonais SEISO :** Nettoyer
- **4ème S : en japonais SEIKETSU :** Standardiser
- **5ème S : en japonais SHITSUKE :** Suivre, Pérenniser l'ordre et la propreté

3. CONCLUSION : Cette méthode d'amélioration de la qualité de soins résume tout simplement l'ordre et la propreté dans le milieu de travail (service)

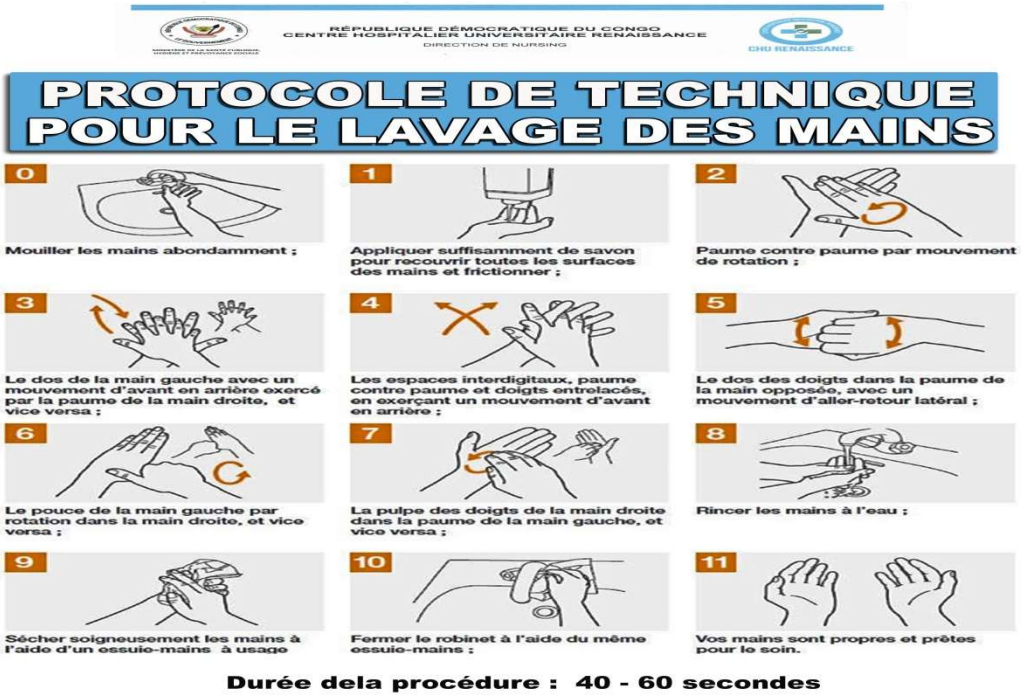
Source : Approche méthode d'amélioration de la qualité 2022

RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE RENAISSANCE
DIRECTION DE NURSING
CHU RENAISSANCE

PROTOCOLE DE CINQ INDICATIONS POUR L'HYGIENE DES MAINS

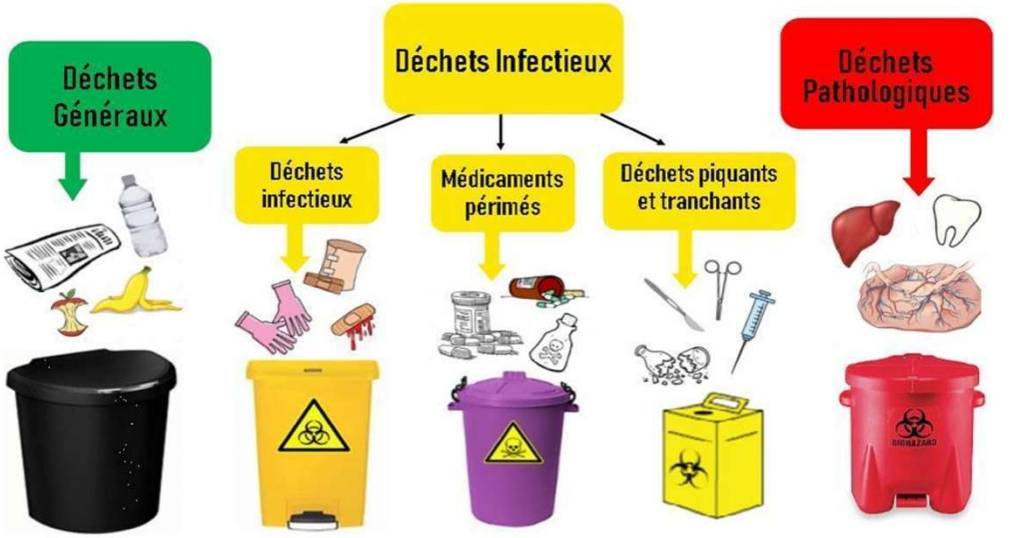


Source : Manuel de PCI 2023


RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE RENAISSANCE
DIRECTION DE NURSING
CHU RENAISSANCE
PROTOCOLE DE TECHNIQUE POUR LE LAVAGE DES MAINS
0
Mouiller les mains abondamment ;
1
Appliquer suffisamment de savon pour recouvrir toutes les surfaces des mains et frictionner ;
2
Paume contre paume par mouvement de rotation ;
3
Le dos de la main gauche avec un mouvement d'avant en arrière exercé par la paume de la main droite, et vice versa ;
4
Les espaces interdigitaux, paume contre paume et doigts entrelacés, en exerçant un mouvement d'avant en arrière ;
5
Le dos des doigts dans la paume de la main opposée, avec un mouvement d'aller-retour latéral ;
6
Le pouce de la main gauche par rotation dans la main droite, et vice versa ;
7
La pulpe des doigts de la main droite dans la paume de la main gauche, et vice versa ;
8
Rincer les mains à l'eau ;
9
Sécher soigneusement les mains à l'aide d'un essuie-mains à usage
10
Fermer le robinet à l'aide du même essuie-mains ;
11
Vos mains sont propres et prêtes pour le soin.
Durée dela procédure : 40 - 60 secondes
Source : Manuel de PCI 2023

RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE RENAISSANCE
DIRECTION DE NURSING
CHU RENAISSANCE

PROTOCOLE DE GESTION DES DECHETS BIOMEDICAUX
TRI DES DECHETS PRODUITS



Source : Manuel de PCI 2023

Les étapes importantes de la gestion de déchets sont : Tri et conditionnement, collecte, transport, entreposage et traitement des déchets.

1. **Tri et conditionnement** : -Dans des contenants (poubelles avec sachets) de couleur différentes ou étiquetés pour bien identifier (déchets ménagers, déchets infectieux et déchets tranchants) -Eduquer les malade et personnels sur l'utilisation des différents contenants. Les aiguilles et autres déchets tranchants, piquant et coupants sont recueilli dans les emballages appropriés/réceptacles et les placentas dans un bassin approprié.

2. **Collecte** : Fermez soigneusement le sachet à déchets, Retirer le sachet de la poubelle et le mettre dans un chariot ou brouette. Eviter que votre corps entre en contact avec le sachet

3. **Transport** : Dans de chariot ou brouette les déchets sont transportés du lieu de production vers le lieu d'entreposage ou stockage. Le manipulateur doit être doté d'équipements de protection (gants, bottes, tabliers, bonnet, masque, lunettes) et pour sa protection, il doit manipuler les déchets avec précautions pour éviter la déchirure / perforation du sachet)

4. **Entreposage** : le stockage des déchets collectés dans un local intermédiaire ou centralisé (avec superficie adaptée, spécifique, aéré, lavé quotidiennement et protégé contre invasion des animaux) avant le traitement et élimination.

5. **Traitement :** - Incinération de déchets infectieux - les placentas sont jeter dans le Trou à placenta : - Enfouissement (ordures ménagères biodégradables) ou jeter dans un trou à