

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS

AVANT PROPOS

LISTE DES ACRONYMES

LISTE DES TABLEAUX

INTRODUCTION GENERALE

PARTIE I : CADRE DE L'ETUDE ET METHODOLOGIE

INTRODUCTION

Chap.1 : Cadre de l'étude

Chap.2 : Méthodologie d'analyse

CONCLUSION

PARTIE II : ANALYSE DU COACHING ET DEVELOPPEMENT INSTITUTIONNEL

Chap.1 : DIAGNOSTIC DES PROBLEMES

LES FACTEURS POUR LA MISE EN ŒUVRE DU COACHING

CONCLUSION

PARTIE III : PROPOSITION DE SOLUTIONS, RESULTATS ATTENDUS ET RECOMMANDATIONS

Chap.1 : Proposition de solutions

Chap.2 : Les résultats attendus

Chap.3 : Les recommandations

CONCLUSION GENERALE

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

- Liste des annexes

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS

CHRR : Centre Hospitalier de Référence Régional.

CHDR : Centre Hospitalier de Direction Régional

CSB : Centre de Santé de Base

DGS : Direction Générale de la Santé

DGPS : Direction Générale de la Protection Sociale

DRS : Direction Régional de la Santé

EMAR : Equipe Management Régionale

EMAD : Equipe Management de District

MinSanPFPS : Ministère de la santé, du Planning Familial et de la Protection Sociale.

MAP : Madagascar Action Plan

NLIM: National Leadership Institute of Management

PS : Protection Sociale

PF : Planning Familial

PEV : Programme Elargi de Vaccination

PDD : Programme de Développement des Districts

PDR : Programme de Développement Régional

PHAGDIS : Pharmacie de Gros et de Distribution

RRI : Rapide Results Initiatives

RMSD : Rapport Mensuel de suivi des districts

SDS-PS : Service de District Santé – Protection sociale

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 : COMPLETITUDE DES RAPPORTS

TABLEAU 2 : PROMPTITUDE DES RAPPORTS

LISTE DES FIGURES :

FIGURE 1 : PROCESSUS D'IMPLEMENTATION DU COACHING DE LA DRS

FIGURE 2 : HISTOGRAMME DE LA COMPLETITUDE DES RAPPORTS

FIGURE 3 : HISTOGRAMME DE PROMPTITUDE DES RAPPORTS

INTRODUCTION

La politique générale de l'Etat Malgache repose actuellement sur la réduction de la pauvreté en vue d'un développement socio-économique rapide et durable. Le domaine de la santé publique figure dans cette optique de notre gouvernement. A cet égard, plus particulièrement le Madagascar Action-plan (MAP) stipule dans l'engagement 5 que « Notre population est en bonne santé et pourra contribuer au développement de la nation et mener de longues fructueuses vies.... ». Il faut augmenter le taux de couverture sanitaire des enfants Malgache.

Dans ce sens, le gouvernement exige un résultat concret et direct sur la vie quotidienne de la population. Il s'atèle à mettre en œuvre des politiques, des stratégies, ainsi que des programmes et à rénover son management pour booster le développement socio-économique. Depuis 2005, Madagascar a adopté le coaching en vue d'atteindre des résultats dans un temps relativement court, en se basant sur un travail d'équipe et en optant pour une stratégie adéquate qu'est le coaching.

Le coaching devient aujourd'hui une approche en pleine expansion qui recouvre, à la fois, des conceptions théoriques diverses et des pratiques sur des terrains. Il est mis en œuvre par des intervenants de divers organismes publics et privés. C'est ainsi que le coaching RRI est actuellement connu sur différents niveaux allant de l'Administration de la Présidence de la République jusqu'au niveau des communes et des Fonkontany.

Actuellement, plusieurs institutions demandent la formation en coaching pour leur personnel en faisant appel à des consultants et notamment aux formateurs nationaux en RRI. Ainsi se pose la question : « dans quelle mesure la mise en œuvre effective du coaching pourrait résoudre les problèmes dans une institution publique afin d'avoir un résultat performant? ». Il s'agit d'une étude de cas, réalisé auprès de la Direction Général de la Santé (DGS) ou Direction rattachée du Ministère de la santé, du planning familial et de la Protection sociale.

La formation en coaching est une phase importante dans l'implémentation du coaching au niveau d'une institution donnée. Mais elle n'apporte pas les résultats visés sans un

engagement de la part du personnel formé et une volonté d'accompagner les équipes de terrain par l'application d'une méthode de travail plus efficace.

En effet, les ressources humaines et leur organisation jouent un rôle important dans la réussite des objectifs fixés pour une institution.

Afin de mieux aborder un cas plus concret, nous avons choisi comme thème de mémoire **« coaching et développement institutionnel ». Cas de la Direction Générale de la Santé.** L'établissement de ce travail de mémoire est une occasion, d'enrichir notre savoir-faire, d'acquérir des connaissances sur la vie professionnelle. Il pourrait également contribuer à améliorer la mise en œuvre du coaching et à la résolution des problèmes rencontrés par les coaches.

Les informations dont nous devons disposer ont été recueillies par le biais des enquêtes effectuées auprès de la DGS. Nous avons également effectué des recherches bibliographiques pour enrichir notre réflexion et notre rédaction.

Ce travail de mémoire comporte trois parties :

- ♠ La première partie traite le cadre de l'étude incluant dans le premier chapitre la présentation générale du Ministère de la Santé, du planning Familial et de la protection Sociale et dans le deuxième chapitre les théories générales du coaching.
- ♠ La seconde partie est réservée à l'analyse du coaching et le développement institutionnel.
- ♠ La troisième est consacrée à la proposition de solutions , de suggestions, de suivi des résultats attendus, ainsi que des recommandations générales que nous jugeons nécessaires pour pallier les imperfections dépistées.

PARTIE I : CADRE DE L' ETUDE ET DE LA METHODOLOGIE

Rapport gratuit.com

PARTIE I : CADRE DE L' ETUDE ET DE LA METHODOLOGIE

Le stage a été effectué au sein de la Direction Générale de la santé ou DGS à Antananarivo. Cette Direction est en train d'améliorer d'une part la collaboration avec le niveau périphérique et d'autre part d'améliorer la performance de quelques Directions Régionales de la Santé. C'est la raison pour laquelle, le Secrétaire général a pris une décision d'adopter une nouvelle méthodologie de travail pour atteindre les objectifs. Nous avons eu l'occasion de suivre la pratique du coaching et d'analyser les problèmes rencontrés par le Direction Régionale de la Santé (DRS) d'Anosy. Dans cette partie, nous allons tout d'abord procéder à une brève présentation du Ministère de la Santé, du planning familial et de la Protection sociale suivie de la description de la DGS.

Ensuite, nous verrons l'axe de recherche et les techniques de recueil d'informations y afférentes avant, pendant et après le stage.

Enfin, nous développerons également les théories du coaching tout en illustrant le développement récent du coaching au sein de l'institution à Madagascar.

L'objectif de cette partie sera donc de faire connaître au maximum les points essentiels pour une compréhension théorique de l'étude avant une application dans la partie pratique.

CHAPITRE 1 : CADRE DE L' ETUDE

L'étude a été faite auprès du Ministère de la santé, du planning familial et de la protection sociale, plus particulièrement au sein Direction Générale de la Santé. Il s'avère alors nécessaire d'en faire une description.

Ensuite, nous allons déterminer l'axe de recherche et les techniques pour le recueil d'information.

SECTION 1 : PRESENTATION DE L'INSTITUTION

Dans cette section la présentation de l'institution prendra une grande importance et concerne notamment :

- les missions, attributions et structure d'organisation générale ;
- les objectifs ;
- les principaux défis à relever ;
- les stratégies adoptées ;
- la description de la Direction Générale de la Santé ;

1-1) Missions, attributions et structure d'organisation générale

Le Ministère de la santé, du planning familial et de la protection sociale est structuré comme suit : Dans le cadre de la politique générale de l'Etat définie par le gouvernement pour la mise en œuvre du Madagascar Action Plan, le Ministre de la santé, du planning familial et de la protection sociale conçoit, élabore et met en œuvre la politique nationale de santé et celle de la population afin de réduire toute forme d'exclusion sanitaire et sociale.

Sous l'autorité du Ministre de la santé, du planning familial et de la protection sociale, le vice Ministre a pour mission de promouvoir, d'organiser, de coordonner et de suivre toutes les activités pour la mise en œuvre du MAP et relatives à l'amélioration de santé et du bien être de la population.

Le Secrétaire Général seconde le Ministre et le vice Ministre dans l'exercice de ses attributions administratives et financières, sans préjudice aux autres attributions, qui lui sont

conférées, par les dispositions du contrat le liant à l'Administration publique.

A ce titre, le SG a l'autorité sur:

- Les Directeurs Généraux dont le Directeur Général de la Santé (DGS) et le Directeur Général de la protection sociale (DGPS). Ces DG assurent la coordination des programmes, l'animation, le suivi et l'évaluation des activités des Directions techniques des département ministériels, qui lui sont rattachées respectivement sans préjudice des autres attributions, à leur conférés, par les dispositions du contrat le liant à l'Administration publique.
- Tous les Directeurs Centraux et tous les Chefs de service Centraux.
- Les Directeurs Régionaux ainsi que leurs Chefs de services respectifs.
- Tous les chefs de service de District de la santé et de la protection sociale.
- Les hauts responsables dirigeant les institutions, les organismes et les Etablissements publics Spéciaux rattachés.

Enfin, le Bureau de Santé de district (BSD) et le Bureau de la Protection Sociale (BPS) sont dirigés respectivement par un Chef de Bureau.

Le Centre Hospitalier de District Niveau I (CHD I) est dirigé par un Médecin Résident tandis que le Centre Hospitalier niveau II (CHD II) par un Médecin chef.

Et Centre de Santé de Base, qu'il soit de niveau I ou II (CSB 1ou CSB2), est dirigé par un Chef de Centre de santé de base.

Pour ce qui est de la gestion du personnel, 15 000 agents sont au service du Ministère.

L'organigramme du Ministère de la Santé, du Planning Familial et de la Protection sociale est présenté à l'annexe.

1-2) Les Objectifs

Objectif général

Le gouvernement en tant qu'exécutif de la politique de l'Etat, par le biais du Ministère de la santé, du planning familial et de la protection sociale, assure la mise en œuvre de la politique de santé en se référant à l'objectif du MAP.

Objectif spécifique

Dans le domaine sanitaire, une amélioration notable a été observée ces dix dernières

années notamment en matière de survie de l'enfant (le taux de mortalité infanto juvénile est passé de 162,6%° en 1992 à 88%° en 2006). Malgré ces résultats, Madagascar devrait doubler ses efforts afin d'atteindre les objectifs du MAP d'ici 2011 :

- 1- Accroître à 70% la consultation externe des CSB.
- 2- Augmenter le taux d'accouchement
- 3- Augmenter l'espérance de vie de 55 à 65%
- 4- Réduire à 9% le taux de mortalité du paludisme en milieu hospitalier
- 5- Augmenter à 90% le taux de guérison de la tuberculose
- 6- Maintenir la prévalence de VIH/ SIDA chez la femme enceinte à moins de 0,9%
- 7- Réduire à 3, l'indice synthétique de fécondité
- 8- Augmenter à 30% le taux de prévalence contraceptive
- 9- Réduire à 47%° le taux de mortalité infantile

1-3) Les principaux défis à relever

L'atteinte de ces objectifs va exiger un véritable saut qualitatif pour un développement harmonieux du bien être de la population. Ainsi, les principaux défis à relever dans le secteur sanitaire concernent les points suivants :

- La répartition équitable et l'utilisation rationnelle des ressources disponibles ;
- Le maintien et l'amélioration des performances en matière de survie de l'enfant ;
- Le renforcement de la lutte contre le VIH/SIDA ;
- La mise en œuvre d'une stratégie efficace de planning familial ;
- L'accroissement de la demande et l'amélioration de la qualité des services de santé ;
- L'éradication des principales maladies liées à l'environnement ;
- La réforme dans la gestion du système de santé ;
- Le changement de comportement de la population en faveur de la santé ;
- Le partenariat effectif du secteur public avec les agents communautaires

1-4) Les stratégies adoptées

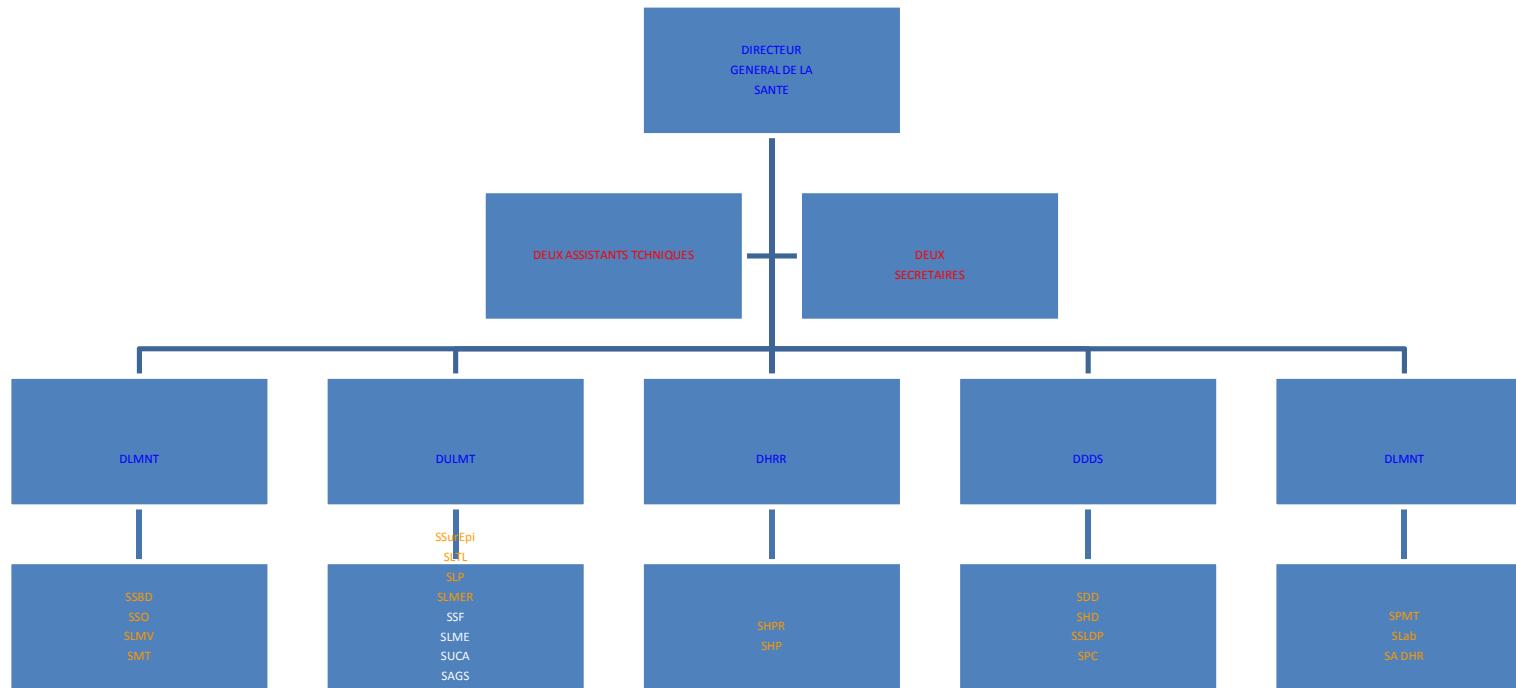
Sur le plan sectoriel de santé, des stratégies innovatrices permettant d'atteindre des résultats efficents, à court terme, ont été adoptées. Ces stratégies sont orientées essentiellement sur les points suivants :

- Décentralisation / déconcentration.
- Solidarité nationale.
- Participation active de la communauté par l'intermédiaire des Régions, des communes et des Fonkontany.
- Partenariat public privé.
- Coopération internationale.

1-5) Description de la Direction Générale de la Santé (DGS)

Comme le stage a été effectué auprès de la Direction Générale de la Santé, il est meilleur de faire connaître son organisation en général.

1-5-1) Organigramme de la DGS



Par rapport à l'organigramme d'ensemble du Ministère de la Santé, du Planning familial et de la protection sociale, la DGS se trouve au troisième niveau hiérarchique après le Secrétaire général et le Ministre. L'organigramme de la DGS est composé d'un Directeur avec un état major de deux assistants techniques, deux secrétaires et cinq Directions rattachées qui ont chacune des services et des employés dans leur bureau respectif. Cette structure montre les missions de chaque Direction. La nomination du Directeur général de Santé est fixée par Décret pris en conseil de Ministre.

La DGS a pour mission de coordonner les activités de ces cinq Directions, d'élaborer un programme d'exécution des activités sanitaires aux niveaux périphériques, de faire un suivi et évaluation des activités des Directions techniques....

Plus particulièrement, la Direction de Développement des Districts a une étroite coopération avec l'équipe de la DGS pour la mise en œuvre de ce coaching. En effet, ces deux services doivent faire une évaluation avant l'application du coaching surtout le coaching de District.

1-6) Présentation de la Direction Régionale de la Santé (DRS)

Les 22 DRS sont sous l'autorité du Ministre de la Santé et du Planning Familial et sont rattachées directement au Directeur Général de la Santé.

1-6-2) Missions et attributions de la Direction régionale de la Santé (DRS)

Dans le cadre de la mise en œuvre du Madagascar Action Plan et du Programme National de Décentralisation et de Déconcentration, le Ministère de la Santé, du Planning Familial et de la Protection Sociale conçoit, élabore et met en œuvre la Politique Nationale de Santé à travers le Plan de Développement Sectoriel Santé et Protection Sociale.

En application de la loi N°2004-001 du 17 juin 2004 relative aux Régions, et du décret N° 2007-208 du 06 mars 2007 fixant les attributions du Ministère de la Santé, du Planning Familial et de la Protection Sociale ainsi que l'organisation générale de son ministère, il a été décidé la mise en place au niveau régional des 22 Directions Régionales de la Santé afin de piloter les programmes nationaux sus-cités.

Ses missions

* Conduire et coordonner la mise en œuvre des Programmes d'intérêt national au niveau des Districts sanitaires de la Région sanitaire.

***En collaboration avec les organismes publics et privés**, les DRS dirigent, dynamisent, coordonnent et harmonisent le développement sanitaire et social de l'ensemble de leur ressort territorial et, assurent à ce titre, la planification et la mise en œuvre de toutes les actions de développement du secteur santé.

*** La Direction Régionale joue un rôle stratégique dans le développement sanitaire.**

Les domaines de compétence de La Direction Régionale ont trait à :

- l'identification des axes prioritaires de la région ;
- l'établissement d'un programme-cadre et/ou plan régional de développement ;
- cadrage et à la programmation des actions de développement d'envergure régionale, notamment, en matière de santé et de protection sociale

-la gestion des ressources mises à la disposition des Services Techniques Déconcentrés de sa juridiction;

-la mise en place et à la gestion des infrastructures sanitaires en collaboration avec les autorités régionales;

-l'appui à la mise en œuvre, à son échelon, d'actions et de mesures appropriées en matière de gestion des risques et des catastrophes ;

- la gestion du personnel relevant de son ressort : le personnel recruté directement par la région, le personnel des services déconcentrés du secteur santé au niveau régional, le personnel transféré ou mis à sa disposition par l'Etat, en concertation avec les autorités régionales

***Les Directions Régionales harmonisent et coordonnent le développement socio sanitaire des Communes de sa juridiction.**

Les domaines de compétences qui sont dévolus aux Directions Régionales ont trait notamment à :

- l'identification et à la mise en œuvre de projets sectoriels relevant de leur ressort
- l'identification et à la gestion des programmes sanitaires spécifiques en tenant compte des principaux besoins et problèmes socio sanitaires identifiés par les Communes

Ses attributions

A cet effet, le Directeur Régional de Santé et du Planning Familial sera généralement responsable en ce qui concerne :

La représentation :

Le Directeur Régional de la Santé et du Planning Familial représente le Ministre de la Santé et du Planning Familial pour les activités spécifiques dans sa région.

La coordination :

Le DRSPF coordonne les activités des DS qui lui sont rattachées pour une meilleure efficacité en vue d'obtenir une complémentarité d'actions.

La Planification qui consiste à :

- Assurer le monitoring des activités prioritaires identifiées (PGE, priorités régionales),
- Assurer de façon continue la collecte, l'analyse et la restitution des données provenant des districts sanitaires et prendre des mesures correctrices,
- Organiser des réunions périodiques avec les Équipes de districts en vue d'évaluer les activités mises en œuvre dans sa Région.

La collaboration intersectorielle qui concerne :

- L'élaboration du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire ou SROS (Carte Sanitaire) y compris le système privé,
- L'appui des Districts Sanitaires (DS) à l'élaboration des Plan de Développement des Districts (PDD) et du Plan de Travail Annuel (PTA),
- La synthèse des besoins des DS,
- La priorisation des besoins en tenant compte des problèmes identifiés et dans le respect des normes techniques définies par le Niveau Central et par le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS),
- La planification de la mobilisation des Ressources (Humaines, Matérielles, Financières) à soumettre aux partenaires.

La gestion :

En matière de gestion, le DRSPF doit:

- Évaluer la performance des Membres de son équipe (Staff DRSPF, Chef SSD et EMAD, Responsables de programme,...)
- Gérer toutes les ressources mises à sa disposition,

- Assurer l'audit de gestion des ressources utilisées au niveau des Districts sanitaires,
- Assurer, deux fois par an au minimum, l'audit des FANOME, PHAGDIS, Pharmacies des Hôpitaux de Districts et de l'hôpital régional,
- Appuyer les Districts sanitaires dans la gestion des Ressources humaines : étude des dossiers, affectation, recrutement, formation,....

Les Suivi/Évaluation consistent à :

Superviser trimestriellement au moins les districts sanitaires

- Assurer le plaidoyer en faveur de la Santé dans sa région,
- Intégrer le plan de développement des districts sanitaires dans le plan de développement régional,
- Participer aux activités du Comité Régional de Développement,
- Mobiliser les Partenaires locaux ou étrangers pour les activités prioritaires (ONG, Interministériels),
- Mobiliser les ressources régionales pour financer le gap
- Veiller à une répartition équitable de l'appui des Partenaires aux districts.

La relation hiérarchique

Soumis à une double hiérarchie supérieure parallèle vis-à-vis du Ministère d'appartenance d'une part et vis-à-vis de l'autorité de l'administration territoriale régionale d'autre part, le DRSPFPS doit :

- sur le plan technique, se référer au niveau central et rendre compte au Ministère de la Santé et du Planning Familial (Ministre, Vice Ministre, SG, Directeur Général)
- en matière de développement régional et pour plus de cohérence, il doit à se référer au pouvoir territorial et rendre compte au Chef de Région.

Avoir une relation horizontale avec les Directeurs centraux et aux autres directeurs régionaux,

Avoir une autorité sur les Médecins Inspecteurs et leurs Équipes.

1-6-2) Les équipes de Management au niveau de la Direction Régionale de la Santé

La DRS doit avoir deux équipes de Management.

D'une part, l'EMAR (Equipe Management régionale) composée de la DRS, le directeur du Centre Hospitalier Régional de Référence , et tous les chefs de service sanitaire au niveau de la région qui a pour mission de :

- Transmettre ses compétences acquises de la part du central au niveau de l'équipe des Districts,
- Coordonner et appuyer les activités de ses Districts ;
- Élaborer le plan de développement de ses districts ;

D'autre part, L'EMAD (Équipe Management de District) composée du Chef du District Sanitaire et tous les médecins inspecteur du Centre hospitalier de District (CHD) qui a pour mission de :

- Compiler les rapports émanant des établissements sanitaires ;
- Former le personnel de l'établissement sanitaire en matière de management ou formation sanitaire ;
- Etablir les Rapports Mensuels de Suivi des Districts (RMSD) ;
- Superviser le fonctionnement des activités de ses établissements sanitaires....

Les deux équipes de la DRS harmonisent et exécutent le programme vertical, comme le transfert du coaching, leadership et la mise en pratique du SSME venant du central.

A partir du coaching le Central escompte un feed-back venant de l'équipe de la DRS, ses remarques, ses avis et ses améliorations du travail par un système de bordereau d'envoi, afin de donner une autre formation nécessaire ou un appui si besoin. Actuellement, le central élabore une matrice de référence pour que la DRS arrive à établir son plan de développement cohérence avec le MAP.

SECTION 2 : L'AXE ET LA TECHNIQUE DE RECHERCHE

Pour mieux appréhender le travail, il est nécessaire de déterminer l'axe de recherche, les techniques de recherches et les outils de recherche.

2-1) L'axe de recherche

La Direction Générale de la Santé où nous avons effectué notre stage connaît des handicaps dans ses prises de décision étant donné que les rapports émanant des Districts Sanitaires sont irréguliers et ne présentent pas suffisamment de fiabilité.

C'est la raison pour laquelle, notre recherche a été axée sur l'implémentation du coaching à tous les niveaux de la Direction Générale jusqu'aux services de District.

Cette application de coaching a eu lieu sous la prise de décision et l'initiative du Secrétaire Général du Ministère de la Santé, du planning Familial et de la protection Sociale.

En effet, l'équipe de la Direction Générale de la Santé a déjà reçu une formation adéquate en renforçant ses capacités de coacher le Direction Régionales de Santé (DRS) planning familial pour résoudre ses problèmes. L'objectif de ce coaching consiste à rendre les agents de la DRS capables de produire les rapports d'activités fiables, exploitables et réguliers.

2-2) Intérêt du stage et de la recherche

D'abord le stage nous a permis de connaître l'environnement du monde professionnel tel que l'horaire de travail, l'ambiance au travail, le volume des tâches à effectuer, les attitudes de chaque personne fréquentée.

C'est une occasion pour nous de nous imprégner des missions, des programmations, et des objectifs de l'institution

Il nous a permis également de comprendre la responsabilité d'une Direction Générale et les tâches qu'elle doit exécuter auprès des Directions Régionales de la Santé.

L'occasion nous a été offerte pour mise en pratique des théories acquises à l'université sur le principe d'organisation d'un événement telles que la réunion des membres, distribution des invitations et la consultation de l'organigramme des institutions publiques lors de l'évaluation des

résultats du RRI-3

en décembre 2006 organisée auprès du National Leadership Institute of Madagascar.

Ensuite, la recherche nous oblige d'être plus dynamique plus curieuse et à fréquenter plusieurs bibliothèques en vue de recueillir davantage l'information nécessaire leur élargir notre connaissance et procéder à la rédaction de notre ouvrage.

Enfin, ce stage et notre recherche ont été effectués avec persévérance et confiance malgré certains obstacles qui peuvent entraver l'atteinte de nos objectifs. Ce stage nous a aidé à mieux comprendre les impacts directement ou indirectement du coaching au changement de comportement des équipes de la DGS et de la DRS afin d'atteindre les objectifs de cette institution.

2-3) Les outils de la recherche

L'objectif de notre recherche consiste à collecter les données et les informations nécessaires permettant la réalisation de l'étude de cas, l'identification et l'analyse des informations nécessaires à l'étude.

Les outils utilisés lors de la recherche consistent en :

- 1 **L'entretien** : c'est une entrevue entre deux personnes dans laquelle un individu « A » déploie toute une stratégie orale pour extraire une information détenue par un individu « B ». Plus précisément, l'entretien libre utilisé pendant le stage laisse une grande place à la personne enquêtée qui a la liberté de parler d'un sujet concernant le thème de l'enquête. L'inconvénient de ce type d'entretien réside sur des informations un peu vagues. Mais son avantage permet d'avoir beaucoup d'information.
- 2 La consultation des cours acquis à l'Université,
- 3 Les sources bibliographiques : documentation à partir des livres des auteurs, et la consultation des œuvres des précédents impétrants.
- 4 La fréquentation des cybercafé : Internet, Intranet, site web etc.....

CHAPITRE 2 : METHODOLOGIE D'ANALYSE

Ce chapitre, permettra de mieux comprendre la notion de coaching. Deux sections nous paraissent importantes à voir :

- La présentation du coaching,
- L'identification du coachⁱ

SECTION 1 : PRESENTATION GENERALE DU COACHING

Cette section est composée de quatre paragraphes, en l'occurrence :

- l'historique du Coaching ;
- notion générale du Coaching ;
- le Coaching d'équipe ;
- le développement recent du coaching au sein de l'institution à Madagascar

1-1) Historique du coaching

L'historique a commencé par une « révolution culturelle » d'après ELENA FOURES¹ qui a décidé d'apprendre d'abord le Français. Un tel apprentissage lui a permis de changer son niveau social grâce à sa persévérance. A cette époque, on n'a pas parlé de savoir ni de coach dans son entourage.

En 1981, jusqu'en 1989, elle a travaillé en Afrique (Côte d'Ivoire), en tant qu'enseignant, pour apprendre aux autres ce qu'elle a appris. Il s'agit pour cet auteur d'un stade de la deuxième « révolution culturelle ».

En 1984, elle a fondé un centre de formation en langues pour les professionnels dont la majorité était des dirigeants qui avaient quelques difficultés à diriger les cadres Ivoiriens, dues notamment à la transculturalité....Mais de son côté Elena a décidé aussi de suivre une formation de Manager. Ces problèmes rencontrés l'ont incité à organiser un premier Atelier pour les Dirigeants

« Manager dans un contexte transculturel » qui se caractérisait par une collaboration mutuelle consistant en fait un Coaching d'équipe.

Sa troisième « révolution culturelle » exigeait d'elle à changer son métier pour devenir « huile moteur ». Autrement dit, elle va agir en sorte de faciliter le développement professionnel des

¹ ELENA FOURES : est l'une des piliers pour la mise en œuvre du coaching et la recherche des quelques méthodologies en coaching

ⁱⁱExécutifs, mais il faut toujours signaler que le terme « coach », ni encore moins, celui d’Exécutive coach n’était pas encore utilisé.

L’outil de changement en Europe, pour Elena a été principalement constitué par « soi-même ».

Un principal changement de sa vie personnelle a eu lieu, grâce à son mari, Pierre, qui devenait son coach personnel de « cerveau » par le biais de leur méthodologie de binôme de travail.

A partir de 1989, elle a commencé à « coacher » et c’est le premier besoin qu’elle ressent en tant que coach: « en forgeant pour apprendre à forger ». Elle a retravaillé les approches les plus performantes disponibles telles que la neurolinguistique, l’approche systémique...en adoptant la démarche du coaching.

En 1995, on assiste à la fondation du « cabinet d’Exécutive » où le leitmotiv consiste en IDEM PER IDEM qui signifie « la même chose par la même chose » ou « les mêmes pour les mêmes ». Ce qui a été appliqué au coaching, s’illustre par exemple du diamant et du charbon.

Le coaching aide à relever et à mettre en valeur la potentialité individuelle, et c’est le résultat attendu du IDEM PER IDEM, ainsi le coach se compare à un « Diamant » industriel qui aide, à tailler les pierres des coachées. Ceci est une Métaphore du coaching transformationnel, elle reflète la méthodologie « progressor ». Travailler sur soi-même a pour but de progresser par rapport à soi-même. C’est pourquoi le coach travaille d’une façon personnalisée jusqu’au point « de faire grandir » une équipe ou organisation.

Pour le coaching, c’est en faisant « grandir » les autres que le coach « grandit » lui-même, pour encore mieux faire grandir.

Depuis 1996, le coaching a été considéré comme un « style de Management » « Faire grandir » les équipes à l’aide d’un transfert des outils de base du coaching vers les Managers opérationnels pour améliorer la productivité.

1-2) Notion générale du coaching

1-2-1) définition

« Le coaching prend racine dans la relation qui s'établit entre un coaché et un coach en vue d'obtenir de meilleur résultat, de s'améliorer ou de réaliser une transformation. Il prend forme dans un processus où l'on établit des objectifs et l'on élabore des plans d'action, puis il acquiert sa puissance dans les entretiens systématiques où l'on identifie ce qui manque pour obtenir des résultats supérieurs et où l'on détermine les meilleures stratégies à utiliser pour y parvenir »²

1-2-2) L'objectif du coaching

« L'objectif principal du coaching consiste en un travail de changement »

Le coaching facilite les évolutions professionnelles (promotion, mutation, développement des potentiels). Par exemple : du point de vue comportemental, il permet de mieux maîtriser de nombreuses situations opérationnelles ; comme il aide à mieux gérer le conflit, à trouver des solutions d'action conciliatrice par la confrontation constructive. Il dynamise les équipes en s'éloignant des logiques de blâme pour aller vers les logiques d'objectifs. Il aide un cadre à devenir aidant, conseiller ou manager, et il renforce les moyens de stimuler, de guider, de pratiquer ou de préconiser le coaching pour d'autres, en prenant la bonne conscience des prédispositions de la personne coachée (la capacité d'orienter sa vie, la participation active au processus de changement...). Ainsi, le coach doit être pourvu de discernement, pour l'ouverture à l'autre avec une capacité de compassion qui, en même temps, ne verse pas dans la sentimentalité. Car tout excès d'attendrissement prive de force et de vigilance.

Il permet de dénouer des blocages, de dépasser des situations de conflit professionnel ou d'inadaptation à certaines activités :

Il permet de travailler sur trois dimensions personnelles qui, sans aide au changement, sont de contre-indications managériales (Sachuc, 1985) à savoir :

² SOURCE : site web www.coachingqc.ca « PROFIL D'ENTREPRISE » dans le page 2 sur 3

-La vulnérabilité ou fragilité psychique et physiologique, car le métier de manager est une activité exposée aux blessures des faits et des rapports humains). Elle renvoie à de l'insécurité personnelle (repli sur soi, doute, indécision), à des inhibitions.

-Les difficultés d'adaptation : « le non savoir faire » avec l'inaptitude à supporter le contradictoire ou relatif et à tolérer la perplexité qu'elle engendre. Elles recouvrent une intolérance à l'ambiguïté, ou l'incertitude.

-Les perturbations de la sociabilité : les réactions de défense, les comportements de raideur.

- D'ambiguïté ou de sujexion affective. Elles désignent l'attitude négative vis à vis d'autrui, la rigidité, la difficulté à inspirer confiance ou dépendance.

- Malgré le caractère professionnel du coaching, on ne peut se passer d'une approche subtile et indirecte du changement, car il aura toujours résistance dès lors qu'il s'agit de modifier un comportement.

1-2-3) A qui s'adresse le coaching et pourquoi faire appel au coaching ?

Le coaching s'adresse à toutes les gens (jeunes, entrepreneurs, femmes employées, chefs d'entreprises...) qui ont besoin d'un soutien externe, pour franchir une étape, prendre une décision ou encore pour ceux qui veulent avancer professionnellement ou même dans leur vie personnelle.

C'est un moyen efficace d'avoir un partenaire qui donne l'heure juste sur ce qui contribue ou sur ce qui met un frein à l'atteinte de leurs objectifs.

C'est une occasion de recevoir du feed-back, des avis, des opinions, des points de vues, des requêtes qui sont plus proactifs sur ce qu'il faut faire pour atteindre les objectifs. Les coachés sont généralement proactifs : ils prennent très souvent de meilleures décisions et se positionnent beaucoup mieux dans leur milieu de travail, aussi bien dans leur équipe aussi bien qu'avec leurs collègues et collaborateurs.

On n'a pas toujours besoin d'un coach, on peut essayer de se débrouiller seul. Mais il ne faut pas passer sous silence qu'avec un coach, on peut arriver plus rapidement et plus facilement à l'objectif. C'est la raison pour laquelle beaucoup de gens ont recours de plus en plus à ces services.

Quelques raisons pour faire appel au coaching

1. Le coaching est un réel partenaire de la réussite.
2. La vérité, l'intégrité, la transparence est au cœur des entretiens de coaching.
3. La fréquence, la régularité des séances le processus lui-même de coaching est un facteur incitatif à l'action.
4. Les objectifs établis incitent au dépassement et sont formulés de façon efficace.
5. Chaque objectif donne lieu à un plan d'action, à des stratégies, et à la mise en œuvre de ce plan d'action et de ses stratégies.
6. Une étape de la mesure des progrès et des résultats est prévue.

1-3) Déroulement du coaching

En général, le coach se focalise sur ce qui est plus important pour vous.

Il vous lance des défis souvent plus stimulants ceux que vous vous donneriez vous même.

Il vous oriente vers ce qui vous permet d'obtenir de meilleures résultats rapide.

Il vous parle sans détour.

Il vous propose des outils et un cadre de travail appropriés (vous partagez avec lui des avis, des idées, des observations et des points de vue sur votre situation , aussi, vous explorez les possibilités qui s'offrent à vous et vous examinez les meilleures stratégies ; puis vous demeurez maître à bord et c'est votre jugement qui prévaut vous pouvez faire appel à ses services pour la durée qui vous convient).

Il met à votre disposition toute son expérience, ses connaissances, ses habilités et son réseau afin de vous aider à réussir.

1-3-1) Méthodologie du coaching

D'après le manuel de coaching RRI, il y a des étapes à suivre pour la mise en œuvre du coaching :

- 1 La première étape consiste à clarifier les principes du coaching et à mettre en place la relation.
- 2 Mise en place d'un protocole de coaching (contractualisation).
- 3 Bilan sur la situation actuelle, état des lieux, échanges.

- 4 Identification des objectifs priorités.
- 5 Identification des principaux obstacles (frein au changement ou à l'évaluation).
- 6 Elaboration d'un plan d'action structuré, des stratégies et d'un échéancier.
- 7 Mise en œuvre d'un plan d'action (expérimentation).
- 8 Suivi, bilan des résultats concrets, mesure des progrès de correction.

Poursuite de l'action, l'objectif , c'est le **changement durable**

1-3-2) Les trois phases du coaching

Le bureau d'appui RRI dans son manuel définit trois phases du coaching : Le coaching est généralement considéré comme une démarche d'accompagnement professionnel qui permet d'améliorer la performance et de développer le potentiel.

Dans ce cas, le coach accompagne les personnes dans la résolution de leurs difficultés pour l'accomplissement de leurs projets. C'est le « **coaching de performance** ».

Cependant, d'autres formes de coaching sont aujourd'hui en train d'apparaître dans la vie professionnelle et personnelle : il s'agit ici d'un style de coaching moins centré sur la résolution de problèmes, comportementaux ou opérationnels, mais plus orienté vers l'individu dans son environnement. C'est que l'on appelle le « **coaching de croissance** », destiné aux personnes en développement professionnel et personnel, et le « **coaching de maintenance** » réservé aux personnes qui, après avoir réussi, veulent ensuite se maintenir en phase de succès.

Le passage d'un type de coaching à un autre peut se faire au fil du temps :

Démarrage en « coaching de performance » pour résoudre les problèmes ;

Transformation en « coaching de croissance » pour acquérir l'autonomie ;

Suivi en « coaching de maintenance » pour pérenniser la réussite ;

Voir en annexe les phases du coaching avec leurs activités, outils et résultats attendus.

1-3-3) Le travail et les résultats attendus

Les travaux de coaching, ne sont pas des devoirs comme à l'école , mais plutôt des tâches à réaliser, des résultats à obtenir, des changements attendus qui sont déterminés par soi-même et pour lesquels il est convenu de faire de mieux pour les réaliser avant la séance suivante. On ne sent pas confronté si on n'a pas pu le faire. Cependant, on constaté que la réalisation du travail convenu aidera à atteindre les buts plus rapidement. L'important c'est qu'on peut trouver du plaisir et apprécier au maximum son environnement.

Le rôle du coach est d'écouter, inviter à la réflexion par questionnement, et de vous donner du feed-back, des avis, des opinions, des suggestions et d'adresser des requêtes, des demandes claires pour accroître les possibilités de réussir.

Advenant que cela ne fonctionne pas après un certain temps, on a toujours la possibilité de mettre un terme à l'attente. Ainsi, le coach demande à ses clients de faire un essai, de s'impliquer sur une période raisonnable pour vraiment voir les résultats.

1-4) Le coaching d'équipe

« Le coaching d'équipe consiste à accompagner un groupe de personnes vers l'atteinte des objectifs communs et / ou partagés en favorisant l'émergence des potentiels individuels et collectifs, ainsi à améliorer la cohésion autour d'une vision commune et accompagnement vers le changement ».

Tout l'enjeu du coaching d'équipe consiste à faire du projet commun, un moyen de réalisation des aspirations individuelles.

Le coaching d'équipe vise également à la performance et cette fois -ci, ce n'est plus l'individu qui est au centre des préoccupations, mais l'équipe.

Coacher une équipe c'est à la fois tenir compte des individualités qui la composent et savoir réunir ces individualités dans l'espace d'un projet, d'une action autour d'un même objectif afin d'améliorer la qualité relationnelle, communiquer de manière efficace et créer une synergie.

Durant le coaching, il ne s'agit pas de distribuer des modes d'emploi aux participants, mais de mener une réflexion en groupe et qui vise à l'amélioration des performances de chacun dans la réalisation d'un objectif commun.

1-4-1) Le développement d'un coaching d'équipe

Des questions peuvent se poser pour le développement d'une équipe telles que :

- Comment faciliter et accompagner le changement au sein des équipes et des organisations ? Comment un groupe peut-il devenir une équipe cohérente et performante ?
- Comment les membres d'une équipe, de direction ou opérationnelle, peuvent parvenir à mieux travailler ensemble ?
- Comment une équipe peut alors mieux fonctionner et devenir ainsi plus performante ?

Pour répondre à ces questions, il s'agit pour le coach de:

- 1 Observer et écouter l'équipe dans son mode de fonctionnement habituel.
- 2 Questionner l'équipe afin de l'aider à prendre conscience des divergences et des obstacles qui l'empêchent de réaliser son projet.
- 3 Eclairer les situations en amenant l'équipe à analyser la réalité et en comparant les objectifs et à la réalité des enjeux interpersonnels entre ses membres.
- 4 Inviter à investir un temps de réflexion et entre d'échanges les membres de l'équipe sur leur vécu et leur ressenti.
- 5 Proposer des exercices de mise à plat des représentations individuelles, afin que l'équipe parvienne à un consensus et à une vision collective.
- 6 Donner à l'équipe les moyens de surmonter les divergences et les obstacles.

Un coaching d'équipe pourra éventuellement être complété par un coaching individuel de certains de ses membres, notamment du dirigeant de l'équipe.

1-5) Le développement récent du coaching au sein des institutions à Madagascar

Actuellement, plusieurs institutions tentent de mettre en œuvre le coaching en vue de réaliser leurs objectifs communs et de participer à la réalisation du MAP. Il serait meilleur de parler du développement du coaching à Madagascar surtout auprès d'une institution publique.

1-5-1) Le coaching Rapid Results Initiatives (RRI)

Le RRI a été introduit à Madagascar depuis 2005. Actuellement, il est un outil pour la mise en œuvre du Madagascar Action Plan. Cette méthode de travail est financée par la Banque Mondiale avec le concours efficace des différentes ONG de chaque région.

Le coach du RRI-Angaredona par exemple, coopère avec les agents sanitaires dans la région pour la réalisation de ses activités.

L'objectif de coaching RRI au niveau des 22 régions consiste à définir un terme de résultat qui crée réellement une valeur mesurable, rapide et significative pour les bénéfices, même à petite échelle pendant 100 à 150 jours.

Plusieurs changements ont été apportés par cette méthode de travail. En effet, voici quelques apports dans l'implémentation du coaching. Ils concernent sur quelques activités sanitaires comme Planning Familial, lutte contre VIH SIDA, nutrition...

- Pour le PF, changement de comportement au niveau de ménage (c'est-à-dire acceptation de mari, augmentation des taux d'utilisateurs des contraceptives...)
- Augmentation du dépistage pour la lutte contre le VIH- SIDA. La prise en charge psychosociale des malades.
- Nutrition (ONN) : participation des autres associations dans la mise en œuvre de cette activité (SEECALINE....).
- Élargissement des équipes opérationnelles comme le Chef d'équipe est le Médecin inspecteur dans le CHRR ; les DRS et Chef de SSD sont des leaders stratégiques. Ces derniers peuvent étendre l'approche dans les autres Districts.

Le ministère a ainsi déjà bénéficié les stratégies du coaching RRI, c'est pourquoi dans l'annexe l'extrait de discours du Ministre pour montrer l'importance du coaching dans la réalisation des activités du ministère.

L'institution utilise actuellement cette approche sur le « coaching axé sur les résultats » pour la mise en place du plan de travail. Ils collaborent avec les coaches dans les régions.

1-5-2) Le Ministre coach

Le Ministre coach a pour mission d'accompagner la région pour la mise en œuvre du MAP et le Programme Régional de Développement (PRD).

1-5-3) Le coach de Fonkontany

Le coaching des Fonkontany est une activité mise en cours avec l'appui du National Leadership Institut of Madagascar sur l'initiative du Président de la république. L'objectif consiste dans la réalisation des activités prioritaires qui ont retombée directe sur la population.

1-5-4) Les autres formes du coaching

Le coaching est utilisé dans plusieurs domaines, on peut citer sans être exhaustive :

- Le coaching artistique ;
- Le coaching sportif ;
- Le coaching d'entreprise ;

SECTION 2 : IDENTIFICATION D'UN COACH

Cette section est destinée à identifier « un coach » en présentant :

- ses qualifications en général,
- ses conditions pour être choisi
- ses rôles pour développer une équipe ;

2-1) Qualification d'un « coach » en général

Les coachs formés par l'institution possèdent des expériences et des compétences qui leur permettent de coacher les personnels de niveau périphérique.

Les coachs transmettent les compétences acquises par une solide formation et une descente sur terrain en répondant aux besoins de leurs clients.

Le coach n'a qu'un seul objectif, c'est d'accompagner les personnels de la DRS à partir de leurs besoins professionnels pour le développement de leur potentiel et de leur savoir faire. Il prend d'abord le soin de définir avec précision les objectifs des clients sur la base de leur valeur et en harmonie avec leur environnement, tout en tenant compte du contexte.

Une fois l'objectif défini, les coachs accompagnent l'équipe de DRS dans l'établissement et l'exécution d'un plan d'action afin d'atteindre de manière efficace et rapide l'objectif.

Les séances du coaching sont d'ordre strictement confidentiel. Le coaché est amené à parler ouvertement. De son côté, le coach place toute sa confiance dans les capacités de son client à atteindre ses objectifs. Cette confiance mutuelle constitue le pilier de la relation privilégiée entre le coach et le coaché.

Le coach libère ainsi la capacité de ses clients à agir différemment, à percevoir son défi sous de nouvelles perspectives,...un nouvel horizon s'offre alors au coaché.

2-2) Les conditions pour choisir un coach

On doit bien choisir un coach pour atteindre l'objectif et qu'il est capable d'exécuter la mission qu'il doit accomplir. Ainsi, faut-il :

- 1 Se faire une idée des buts que l'on veut atteindre.
- 2 Identifier 2 ou 3 coachs qui répondent aux critères de sélection. (par exemple : expérimenté en Management, gradué d'une école professionnelle de coaching, connaissance de la grande entreprise ou PME).
- 3 Examiner les qualifications de chaque coach :
 - Expérience en coaching
 - Qualités personnelles
 - Qualifications professionnelles
 - Dossiers académiques

D'après l'International Coach Fédération, les coachs doivent respecter les valeurs suivantes :

- 1-La compétence comme coach : une habileté manifeste à faire voir ce qui manque pour réussir, pour aller plus loin, pour repousser ses limites, pour exercer un leadership, combinée à l'aptitude à susciter chez le coaché la mise en oeuvre des actions appropriées pour y parvenir.
- 2- Le sens de l'éthique c'est à dire l'adhésion sans réserve au Cadre d'engagement professionnel.
- 3- L'engagement envers le client : un engagement à être entièrement solidaire des résultats que le client veut obtenir.
- 4- Le leadership personnel : la pratique de l'exemplarité sur le plan du maintien de sa santé, dans la satisfaction de ses aspirations, de l'équilibre de sa situation financière, de la qualité de ses relations avec les autres.

2-3) le rôle d'un coach pour le développement d'une équipe

Marlène Lépreux exige dans un site « cyberpresse.ca » que le coach doit toujours être : plus rapide, plus complexe, plus exigeant. Les réalités rendent souvent difficiles la pratique du coaching car il faut veiller à équilibrer entre sa propre vie et sa vie personnelle. Cela veut dire que le coach peut gérer du progrès en accompagnant l'équipe suivant les différentes phases de son développement en tant qu'équipe.

La formation d'une équipe pour l'atteinte d'un objectif bien défini consiste à :

- Donner des instructions et des activités structurées.
- Donner les occasions aux membres d'équipe à apprendre les uns aux autres et à partager leurs attentes et expériences.
- Donner les occasions aux groupes de convenir sur le normes et règles de base.

L'accompagnement de l'équipe dans leur manière à gérer le conflit vise à :

- Aider le groupe à reconnaître et à affronter les comportements perturbateurs.
- Aider le groupe à clarifier ses objectifs, rôles et procédure de travail.
- Donner les occasions de passer en revue ou de mettre à jour les règles de base.

L'accompagnement de l'équipe à sa performance consiste à :

- Aider à prendre sa performance élevée.
- Aider l'équipe à rester concentrée sur son objectif et à changer l'objectif de domaine de focalisation en pleine exécution de son plan de travail.

CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE

Nous tenons à souligner en tant qu'étudiante en option organisation et management de l'entreprise, que le choix de notre thème a pour objet de mettre en pratique et de montrer l'importance d'un système pour le développement de la Direction Régionale de la Santé surtout pour l'ensemble de toute l'institution.

Cette première partie a permis d'avoir un aperçu général sur l'organisation du Ministère de la santé, du planning familial et de la protection sociale, plus particulièrement la présentation de la Direction générale de la Santé afin de connaître sa politique pour l'élaboration du système coaching des Directions Régionales de Santé.

La partie suivante nous permettra de donner le diagnostic des problèmes au sein de la Direction régionale d'Anosy, de présenter les indicateurs et les facteurs de performance de cette Direction sanitaire ainsi que la mise en œuvre du coaching.

PARTIE II : ANALYSE DU COACHING ET DEVELOPPEMENT INSTITUTIONNEL

PARTIE II : ANALYSE DU COACHING ET DEVELOPPEMENT INSTITUTIONNEL

Après avoir vu l'ensemble des théories générales du coaching, l'identification d'un coach et la présentation de l'institution ; nous présentons, en deuxième partie de notre recherche, l'analyse et la présentation des résultats sur terrain.

En premier lieu, nous allons voir les problèmes constatés au sein de la Direction régionale de la santé, planning familial d'Anosy qui constitue les principales sources des irrégularités, non fiabilité, non exploitabilité du contenu des données dans le rapport d'activité de la DRS.

Ensuite, nous allons étudier l'implémentation du coaching au sein de la DRS, après la formation de l'équipe de la DGS, en dégageant les facteurs influençant directement à la mise en œuvre du coaching au niveau central et les programmations de la Direction régionale de la santé.

Enfin, nous présentons l'état des rapports d'activités réalisés par les districts d'Anosy pour analyser les situations et proposer les améliorations qui pourraient être apportées dans cette région.

L'objectif de cette partie est d'énoncer les diagnostics des problèmes constatés au niveau de la DRS afin d'adopter le système coaching, et en essayant de tirer les relations de cause à effet.

CHAPITRE 1 : DIAGNOSTIC DES PROBLEMES

Dans ce chapitre, nous allons énoncer les problèmes existants au niveau de la Direction Régionale de la Santé d'Anosy. Ces problèmes peuvent influencer directement sur l'irrégularité, la non fiabilité et l'in exploitabilité des rapports d'activités reçus à la DGS. Nous avons aussi tenu compte du diagnostic des problèmes techniques existants dans la DRS d'Anosy.

SECTION 1 : LES FACTEURS PROVOQUANT L'IRREGULARITE, NON FIABILITE, NON EXPLOITABILITE DES RAPPORTS D'ACTIVITES DE LA DRS

Cette section est composée de trois diagnostics des problèmes au niveau de la DRS :

- insuffisance de suivi et évaluation au niveau des Districts ;
- existence des conflits entre l'équipe de Management ;
- difficulté de la DRS à organiser ses missions et ses attributions ;

1-1) Insuffisance de suivi et évaluation au niveau des Districts

En principe, l'équipe de la DRS doit assurer un suivi sur terrain par trimestre de ses Districts.

Pourtant, après l'évaluation faite par la Direction de Développement des Districts Sanitaire qui est rattachée à la Direction Générale de la Santé, les Districts ne reçoivent pas l'objet d'un suivi normal de la part de l'équipe de la DRS.

L'insuffisance des missions de contrôle effectuées par les équipes de la DRS a facilement favorisé des égarements dans les rapports d'activités émanant des instances hiérarchiques inférieures jusqu'au Médecin Inspecteur.

Cela peut entraîner les situations suivantes :

- Les rapports effectués par les Districts ne reflètent pas exactement les réalités sur les établissements sanitaires.

Par la suite, vu les contraintes temporelles, le Médecin inspecteur n'est pas en mesure de fournir des données compatibles et cohérentes. Or, il doit établir convenablement au moins quatre types de rapports d'activités par mois.

Ensuite, la DRS de la région rassemble tout simplement les rapports d'activités au niveau de ces districts et à l'issue desquels il établit le rapport d'activités annuel de la région, et l'envoie directement au central. A partir de cela, les problèmes apparaissent dans la mesure où le central ne verrait pas les réalités, sans une descente sur terrain.

➤ Nous avons remarqué aussi un handicap de l'équipe des districts pour la gestion des subventions, c'est-à-dire les rapports émanant des Districts pour l'utilisation de ces fonds ne sont pas conformes aux réalités sur terrain et les rapports de

complétude de l'activité (FANOME par exemple) sont toujours moins complets.

- Il n'existe pas non plus une bonne gestion des médicaments car il y a toujours la rupture des stocks de médicaments au niveau de la CSB et le CHRR, les rapports de la PHAGDIS restent toujours les moins complets.

1-2) Existence des conflits entre l'équipe de l'EMAR et l'EMAD

Par la politique et le système de décentralisation et de déconcentration, il appartient à l'équipe du niveau central de transférer les compétences au niveau de la région c'est-à-dire que l'équipe de l'EMAR, va encadrer l'équipe de district ou l'EMAD. Parfois, il existe des conflits entre ces deux équipes. Alors les expériences et les compétences qui se concentrent au niveau de la région, peuvent entraîner :

- ✓ La non transmission des compétences ;
- ✓ L'inexistence de la culture d'équipe ;
- ✓ Le manque d'objectif et de défi commun à atteindre ;

Les personnels sont parfois suffisants mais faute d'esprit d'équipe, il se produit des handicaps tels que :

- ✓ Charte de responsabilité, où les responsabilités claires pour le Médecin inspecteur et même tous les personnels ne sont pas mentionnées.
- ✓ Inexistence de vision collective
- ✓ Confusion des tâches

A cause de ces conflits, la DRS d'Anosy n'a pas encore mis en place un comité pour les personnels ou un Comité Régional en Gestion Ressources Humaines (CRGRH). Or, en général, il y a des textes qui exigent la mise sur pied des comités. Faute de ce Comité, on constate un déséquilibre dans la répartition du personnel technique et celui de l'administratif

1-3) Difficulté de la DRS à organiser ses missions et ses attributions

D'une manière générale, la DRS n'est pas, de manière objective, en mesure d'assumer ses attributions et ses missions. Ces problèmes proviennent essentiellement de l'incompréhension de la DRS de ses attributions. En effet, on constate que :

- Le District n'est pas suffisamment supervisé trimestriellement. Par manque de prise de décision, les équipes de la DRS attendent toujours la solution venant du central, et également par



faute d'organisation de réunions périodiques avec l'équipe du district sanitaire en vue d'évaluer les activités mises en œuvre dans les Districts ;

- Vu la faiblesse de la capacité organisationnelle et institutionnelle de la DRS, les Districts ne reçoivent pas encore leur plan développement ;
- La DRS organise déjà un STAFF chaque semaine, par contre le manuel de procédure n'est pas bien clair pour les membres ;
- Le manque des fluidités des informations : après que le DRS a suivi une formation au central, elle ne la partage pas convenablement à ses équipes, à ses districts et vice versa ;
- L'équipe de la DRS n'obtient pas encore son plan de développement (PDR) ;

Concernant la gestion, de mauvaises utilisations des ressources ont été constatées:

- * Au niveau des ressources humaines, il y a un déséquilibre dans la répartition des tâches au niveau du personnel technique ou Administratif. L'étude des dossiers pour l'affectation, le recrutement, la formation des personnels n'est pas suffisante, car il y a des personnels qui ne suivent pas la formation en management...et la procédure d'affectation reste encore ancienne.
- * Sur le plan des ressources matérielles, une concentration des matériels dans une seule activité (Programme Elargi de Vaccination) ;
- * Concernant les ressources financières, les activités du FANOME et de PHAGDIS ne font pas l'objet d'un audit clair. Par conséquent, les districts n'obtiennent pas plus de 70% dans un an par rapport à l'attendu. Ainsi, la gestion de ces deux activités repose sur un système revolving. Actuellement, ils ont besoin des subventions et des financements à cause de la mauvaise gestion.

Concernant les missions de la DRS,

- Les axes prioritaires de la DRS ne sont pas identifiés au PTA. En plus, le PTA n'a pas de cohérence avec le MAP.
- La collaboration avec les autorités régionales (Députés, Maires, ..) n'est pas encore claire, il en est de même pour les programmes sanitaires à réaliser ensemble (construction de nouveau CSB)
- Pour la collaboration avec les entreprises privées existantes, l'équipe, DRS n'a pas la capacité de négociation avec ces dernières (système Partenariat Public Privé). Actuellement la région n'a pas l'audace de montrer ces plans de travail ou ces stratégies pour les inciter à travailler ensemble (l'infrastructure et l'aide financière...).

Le niveau central ne reçoit pas de feed-back de la part de cette région. C'est à travers des rapports d'activité annuels seulement qu'il connaît l'évolution et les problèmes de cette région.

SECTION 2 : DIAGNOSTIC DES PROBLEMES TECHNIQUES

Si tels sont les facteurs de l'irrégularité, de la non fiabilité et de la non exploitabilité des rapports, voyons dans ce qui va suivre les problèmes techniques rencontrés au sein de la DRS d'Anosy.

Les problèmes techniques de la DRS

Pour la réalisation des programmes, des matériels sont cloisonnés dans une seule activité (ex : matériel roulant utilisé pour le PEV). Et ce sont seulement les responsables de cette activité qui bénéficient de ces matériels.

La qualité de service offert par le CSB et le CHRR est encore très insuffisante. C'est pourquoi,

- Il existe toujours l'absentéisme du personnel car à chaque fin du mois le personnel se déplace sur plusieurs kilomètres pour percevoir son salaire...
- Les activités curatives de la région sont presque faibles, pour la consultation externe, 18% seulement de la population consultent les centres. Ainsi, au niveau de la région, seules 12,06% des femmes enceintes ont accouché avec l'assistance d'un personnel qualifié. Cette réalité se traduit par le recours aux services des matrones....
- L'insuffisance des médicaments : il y a encore une forte prévalence du paludisme, élimination lente de la lèpre, forte incidence de la tuberculose ;.....

Le non fonctionnalité de la formation sanitaire provient :

- Des conditions climatiques et les mauvais états des voies de communication;
- La distance par rapport à la formation sanitaire, seuls, 34,26% des villages se trouvent dans un rayon de 5 KM de la formation Sanitaire.
- L'insuffisance des personnels pour la formation sanitaire, c'est à dire 26 CSB sur 59 sont encore tenus par des paramédicaux et 20,34% par des aides Sanitaires.

Manque de moyen pour RRI et sa pérennisation : l'exécution de cette méthode de travail demande l'appui des bailleurs de fonds. Or, l'équipe qui n'a pas encore effectué une négociation

auprès des partenaires privés, ne demande pas un soutien ou financement auprès du central.

(La source des données chiffrées provient du rapport annuel de chaque district et la DRS d'Anosy.)

De tout ce, qui précède, nous pouvons dire que de nombreux facteurs et problèmes handicapent significativement les activités et grèvent réellement le fonctionnement de la DRS.

CHAPITRE II : LES FACTEURS POUR LA MISE EN ŒUVRE DU COACHING

Ce chapitre va nous conduire à analyser les facteurs influençant directement ou indirectement la mise en œuvre du coaching. Nous allons aussi préciser en données chiffrées l'état des rapports des Districts et qui constituent directement des problèmes à résoudre.

SECTION 1 : ETUDE DES FACTEURS INFLUENCANT LE COACHING

Dans cette section, il faut présenter les facteurs influençant le coaching élaboré par l'équipe de la DGS.

1-1) Formation spécialisée de l'équipe de la Direction Générale de la Santé

Pour se rassurer de la régularité, de la fiabilité et de l'exploitabilité des rapports d'activités reçus, au niveau périphérique, il faut surtout améliorer la coopération avec l'équipe de la DRS qui forme les membres exécutifs des programmes de l'institution. Ces derniers constituent notamment les assises fondamentales de développement des activités sanitaires en vue d'une efficacité et d'une performance. Sur ce, le Secrétaire Général du Ministère a décidé de mettre en œuvre le système coaching dans quelques DRS. Cependant, il ne lui appartient pas d'exécuter lui-même ce travail, mais il doit déléguer le pouvoir au DGS.

Etant donné que le coaching n'est pas un système simple, il demande un savoir faire sur le Leadership, et sa pratique requiert des données très claires, sur ce qui se passe dans la région, à savoir le comportement du personnel...

Pour y arriver, il est indispensable que l'équipe du DGS suive une formation de niveau supérieur et bien organisée.

Dans cette optique, cette équipe a fait appel à un pool de consultants formateurs spécialisés du National Leadership Institute of Madagascar ou NLIM. Leur intervention est axée sur le coaching et développement institutionnel, la gestion du changement, gestion axée sur les résultats,....

L'objectif de cette formation consiste à :

- 1 « Améliorer l'efficacité et la performance individuelle et collective des principaux Responsables du Ministère dans le contexte de la mise en œuvre du MAP »,
- 2 « Améliorer le niveau d'appropriation et de maîtriser des concepts de base ainsi que des principaux outils relatifs au Team building (transformation qualifiante en équipe réelle), au coaching, à la gestion de changements et au RRI ».

1-2) Implémentation du coaching au niveau de la DRS

Le Secrétaire Général est le président du « comité de pilotage »³ pour la pratique du Coaching au sein du Min SAN PFPS. A cet effet, le SG a pris la décision pour la mise en œuvre de ce coaching de la région et peut déléguer un pouvoir au DGS pour l'opérationnalité de la réalisation technique des programmes.

Ce programme consiste d'abord à accompagner la DRS et ses équipes de management des régions (EMAR), ensuite à assurer leurs missions et à combler les lacunes en management et leadership au sein de l'équipe. Il s'agit de développer les potentiels individuels de chaque personnel afin d'aboutir à une meilleure productivité en utilisant les ressources disponibles.

Actuellement, les exécutifs de programme de l'Etat ou les Ministères considèrent le coaching comme une stratégie à la réalisation des défis et engagements inscrits dans le Madagascar Action Plan et aussi une méthodologie pour assurer le développement du système de l'institution.

C'est la raison pour laquelle, le Ministère de la santé, du planning familial et de la protection sociale essaie d'implanter ce système dans son programme pour atteindre son objectif avec le soutien de la banque mondiale. L'objectif de l'institution, c'est d'avoir une meilleure performance dans ses activités et de disposer d'un rapport d'activités exploitables, fiable et régulier provenant des DRS.

Ensuite, La Direction générale de la santé dans sa mission d'encadrement, d'appui et de

³ Comité de pilotage est une structure particulière élaboré par le ministère pour renouveler la reforme actuelle .

coordination des Directions qui lui sont rattachées et des activités périphériques, organise la mise en place en cascade d'un système de Coaching dans quelques régions qui ont besoin d'un accompagnement.

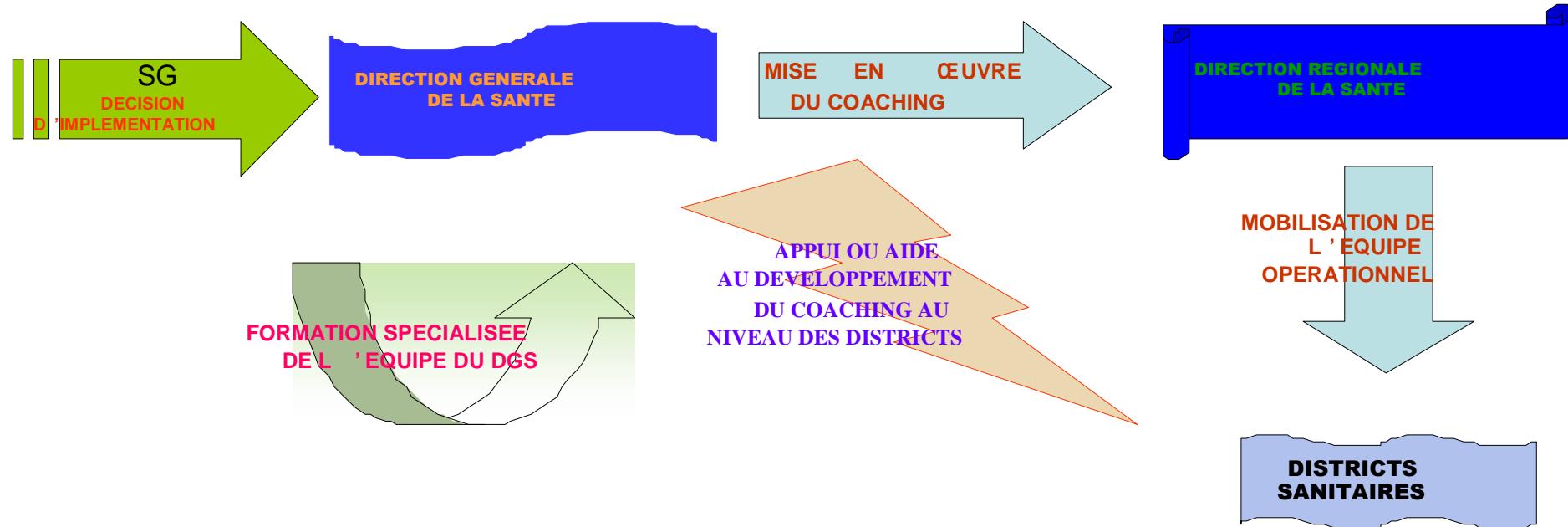
En plus, ces équipes s'attèlent à évaluer tout simplement les situations existantes dans la DRS et qui doivent apporter des changements dans la manière d'agir, de gérer et de travailler en équipe.

C'est dans ce contexte que la DGS va enclencher ce changement à partir des données émanant de la Direction régionale, et ainsi de suite jusqu'au niveau communautaire.

Pour une synergie des activités, le coaching sera renforcé par la supervision et l'évaluation d'où la programmation conjointe de la DGS.

Nous allons voir ci-après le schéma d'un processus d'implémentation du Coaching.

PROCESSUS D'IMPLEMENTATION DU COACHING DES DIRECTIONS REGIONALES DE LA SANTE



Ce schéma nous montre l'implémentation du coaching des Directions régionales de la santé jusqu'à des districts sanitaires. Suite à la décision prise par le SG, le DGS et ses assistants techniques, les chefs de service dans les Direction rattachées... ont suivi une formation requise pour la mise en œuvre du coaching.

Après la formation, chaque équipe étudie les méthodes utilisées, c'est-à-dire une transformation d'une équipe réelle.

L'application du coaching dans les Directions Régionales de la Santé, planning familial demande une descente inopinée afin de mieux y appréhender la situation effective sur terrain. La formation et l'application du coaching concernent l'équipe de la DRS, surtout l'équipe de l'EMAR.

Enfin, cette équipe de l'EMAR, à son tour, doit transférer et appliquer le système au niveau des Districts et également à l'équipe de l'EMAD. Pour éviter les répétitions des problèmes, la DGS et ses équipes peuvent appuyer ou aider l'EMAR pour le développement réel du coaching et montrer l'importance du transfert de compétence au sein de l'institution. Cela veut dire qu'on décentralise le plus possible les décisions au niveau périphérique.

1-3) Programme de la Direction Régional d'Anosy

Pour approfondir l'étude, il faut connaître les besoins et les programmes prioritaires au niveau de la DRS d'Anosy, notamment le Programme de Travail annuel (PTA) de cette région pour cette année 2008. Il s'agit ici de montrer les difficultés de la DRS d'Anosy à gérer son PTA.

En effet pour la mise en œuvre du coaching adopté par l'équipe de la DGS, cette dernière a développé une vision et des objectifs à réaliser pour développer cette région.

Vision : « *population régionale ayant accès aux soins de qualité avec Communautés sensibilisées et responsables du développement sanitaire de la Région* ».

Objectif : « *D'ici 2010, améliorer la performance de la DRSPF en passant de la⁴zone rouge à la zone verte* ».

Tout cela nécessite, une collaboration de travail étroite entre l'équipe du DRSPF et l'équipe de la DGS.

Pour l'année 2008, la DRS d'Anosy a élaboré un plan de travail annuel à partir des points prioritaires suivants :

- 1 Amélioration de la prise en charge de la santé de la population tout en renforçant le rôle des chefs secteurs sanitaires au niveau de leur juridiction respective.
- 2 Amélioration de la couverture sanitaire de la région (collaborations entre publics et privés).
- 3 Amélioration de la mise en œuvre des activités de la santé, de programme du planning familial, et de la surveillance des maladies (émergence et réémergences, contre le SIDA).
- 4 Amélioration des infrastructures sanitaires avec les moyens locaux.
- 5 Achèvement du suivi et évaluation des activités, des relais communautaires au niveau des communes pilotes pour la région concernant notamment : le personnel (pour le minimum nécessaire), le matériel adéquat selon les normes par structure, les infrastructures.
- 6 Initiation des SDS-PS, de CHRR, et du CHDR à la culture de cercle qualité.
- 7 Appui, des Districts sanitaires, dans la constitution mutuelle, pour le renforcement de l'intégration des activités (PF, IST, VIH, SIDA, ...)

⁴ Une zone rouge : Ce sont les DRS ayant des résultats moins performants.
Une zone verte : Les DRS ayant une amélioration de leurs performances.

1-4) L'évaluation de la Direction Régionale de la Santé

« L'évaluation ou état des lieux consiste en la détermination systémique et objective de la pertinence, de l'effet et de l'impact des activités par rapport aux objectifs. C'est une opération visant à améliorer les tâches et activités en cours et à aider le Responsable du projet dans les activités futures de planification, de programmation et d'élaboration de la politique de décision »⁵.

L'analyse ne se limite pas à connaître tout simplement les programmations, mais doit tenir compte aussi de leur évaluation.

Un tel système de coaching effectué dans l'institution exige également une étude des situations existant c'est pourquoi nous allons prendre en considération les résultats de cette évaluation.

En plus, l'évaluation qui a pour objet d'analyser et de planifier le développement d'une organisation, constitue également un outil de gestion de changement pour une meilleure performance.

L'évaluation effectuée au sein de la DRS Anosy nous montre les faiblesses, les forces, les opportunités et les menaces de cette Direction régionale pour l'année 2007. Ainsi, l'analyse des Forces Faiblesses Opportunités Menaces (FFOM) permet de dégager les stratégies pour améliorer la mise en œuvre du coaching au sein de la DRS. Il s'agit après de capitaliser les forces, positiver les faiblesses, saisir les opportunités et prendre des mesures d'accompagnement pour faire face aux menaces.

⁵ Source : programme d'évaluation et suivi de l'institution

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> - nouvelle composition des membres de l'EMAR : nouveau souffle. - équipe soudée. - existence de défi et d'engagement au sein de l'équipe. - existence des expérimentés et des compétents au sein de l'équipe. - existence des matériels roulants. 	<ul style="list-style-type: none"> - cloisonnement des programmes. - charte des responsabilités non claire (TDR non clair). - circuit d'information non fluide : rétention d'information. - mauvaise organisation de l'équipe. - non existence du CRGRH.
OPPORTUNITES	MENACES
<ul style="list-style-type: none"> - Nombreux partenaires et intervenants (QMM ...) ; - région pôle d'attraction ; 	<ul style="list-style-type: none"> - faiblesse du leadership régional ; - forte implication des politiciens locaux (Maire, députés.) ; - faible participation communautaire ; - chevauchement et imposition de la programmation : niveau central et niveau régional ;

SECTION 2 : ETAT DES RAPPORTS D'ACTIVITES DES DISTRICTS

Nous allons voir la situation de la complétude et la promptitude des rapports de la DRS d'Anosy.

2-1) Complétude des rapports

Nous rapportons ci-après l'état des rapports d'activité des Districts pour l'année 2007 parce que ce sont les indicateurs sur lesquels nous apportons des changements. Plus précisément à l'issu du « Coaching d'équipe » effectué par l'équipe de la DGS qui escompte avoir une couverture de complétude des rapports à 100%, fiables, réguliers, et exploitables.

Chaque district réalise cinq rapports d'activités au cours de l'année:

- RMSD : Rapport Mensuel de Suivi des Districts
- PEV : Programme Elargi de Vaccination
- FANOME : Fond Méd. FE
- PHAGDIS : Pharmacie de Gros District
- PF : Planification Familial

DISTRICT	RMSD		PEV		FANOME		PHAGDIS		PF	
	Attendus	Arrivés	Attendus	Arrivés	Attendus	Arrivés	Attendus	Arrivés	Attendus	Arrivés
TOLAGNARO	12	11	12	12	36	12	12	11	4	4
AMBOASARY	12	12	12	12	36	21	12	7	4	4
BETROKA	12	12	12	12	36	12	12	7	4	4
TOTAL	36	35	36	36	108	69	36	25	4	4
COUVERTURE	97,22%		100%		63,88%		69,4%		100%	

Source : rapport annuel 2007 de la DRS d'Anosy

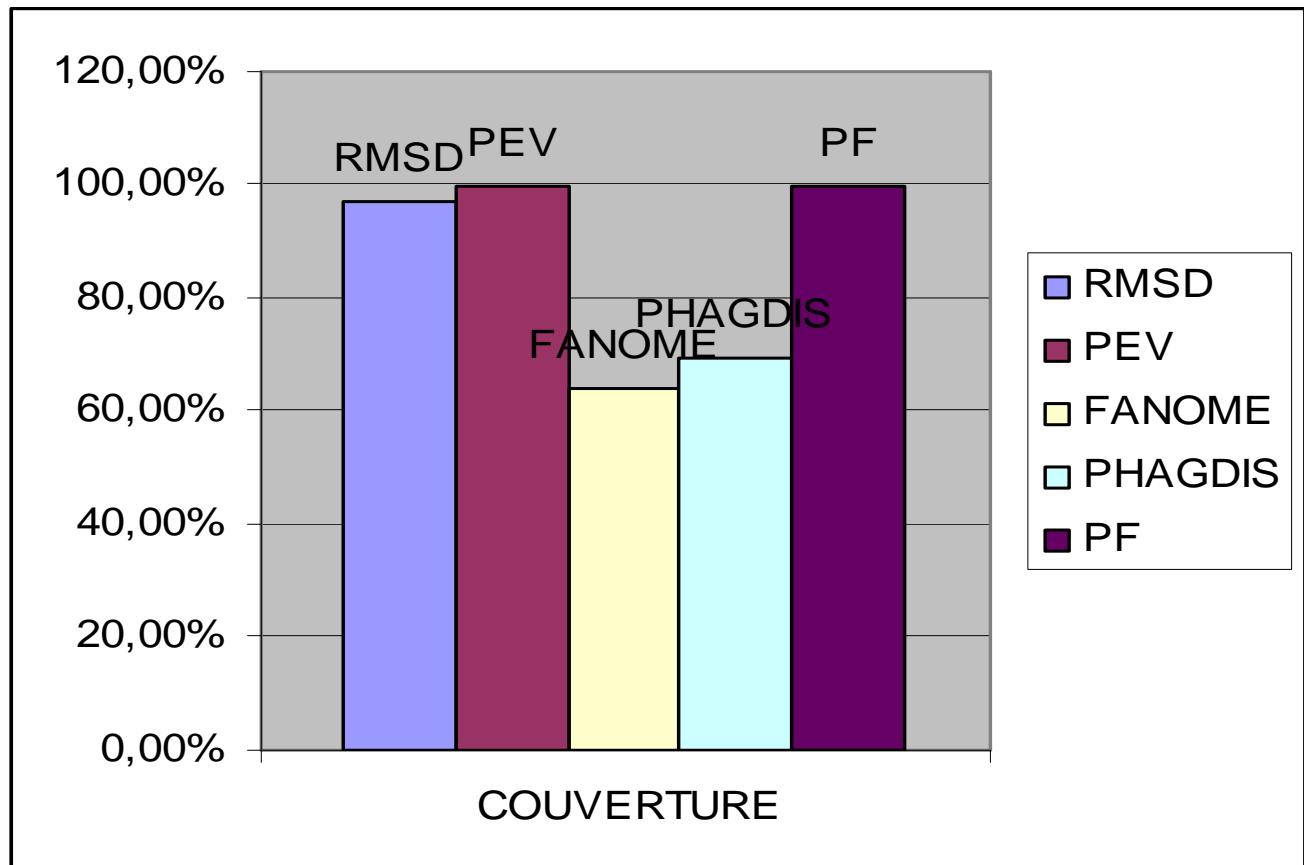
La complétude des rapports est le nombre des rapports émanant des districts sans considération du temps d'arrivée au cours de l'année.

Ce tableau nous montre que le taux de complétude des rapports varie de 61,11% à 91,66%. Dans tous les Districts, les rapports FANOME et ceux de PHAGDIS respectivement 63,88% et 69,4%, sont les moins complets car la gestion de ces deux activités s'effectue par un système de revolving. Les responsables de ces deux activités ne se soucient pas de la transparence de gestion (beaucoup de subventions sont mal gérées), aucun rapport explicatif de la gestion des fonds n'est parvenu au central.

Pour le PEV et PF, on note une bonne couverture des rapports presque dans tous les Districts grâce à la sensibilisation trimestrielle du Ministère ou le central des mères et leurs enfants sur leur santé ou (Semaine de la Santé Mère Enfant). A cette période, les établissements sanitaires de District (CHD I...) effectuent les deux activités et se rapprochent de la population.

2-1-2) Histogramme de la couverture de la complétude des rapports

Nous allons présenter dans un histogramme la complétude des rapports.



Cet histogramme nous montre que le pourcentage de couverture de complétude des rapports est presque insuffisant.

Pour le FANOME, les rapports sont les moins complets, les subventions pour cette activité sont mal gérées, ainsi faute de suivi, la réalisation n'est pas conforme aux prévisions de dépenses. Le système de la gestion de cette activité tend à disparaître.

En ce qui concerne le PHAGDIS : ce sont des concessionnaires privés qui tiennent la gestion de distribution et vente des médicaments. En effet, à cause la mauvaise gestion des médicaments au niveau des établissements sanitaires, les districts ne reçoivent pas une transparence de la gestion. Alors il existe des ruptures de médicaments, une forte augmentation de maladie.....A l'issue du Coaching, nous attendons une bonne couverture et régularité des rapports de complétude,

2-2) Promptitude des rapports

Le tableau suivant présente la promptitude des rapports émanant des trois districts de la DRS d'Anosy.

	RMSD		PEV		FANOME		PHAGDIS		PF	
District	Attendus	Arrivé à temps	Attendus	Arrivé à temps	Attendus	Arrivé à temps	Attendus	Arrivé à temps	Attendus	Arrivé à temps
TOLAGNARO	12	0	12	6	36	0	12	0	4	0
AMBOASARY	12	0	12	8	36	0	12	0	4	1
BETROKA	12	0	12	4	36	0	12	0	4	1
TOTAL	36	0	36	18	108	0	36	0	4	2
COUVERTURE	0%		50%		0%		0%		16,66%	

Source : rapport annuel 2007 de la DRS d'Anosy.

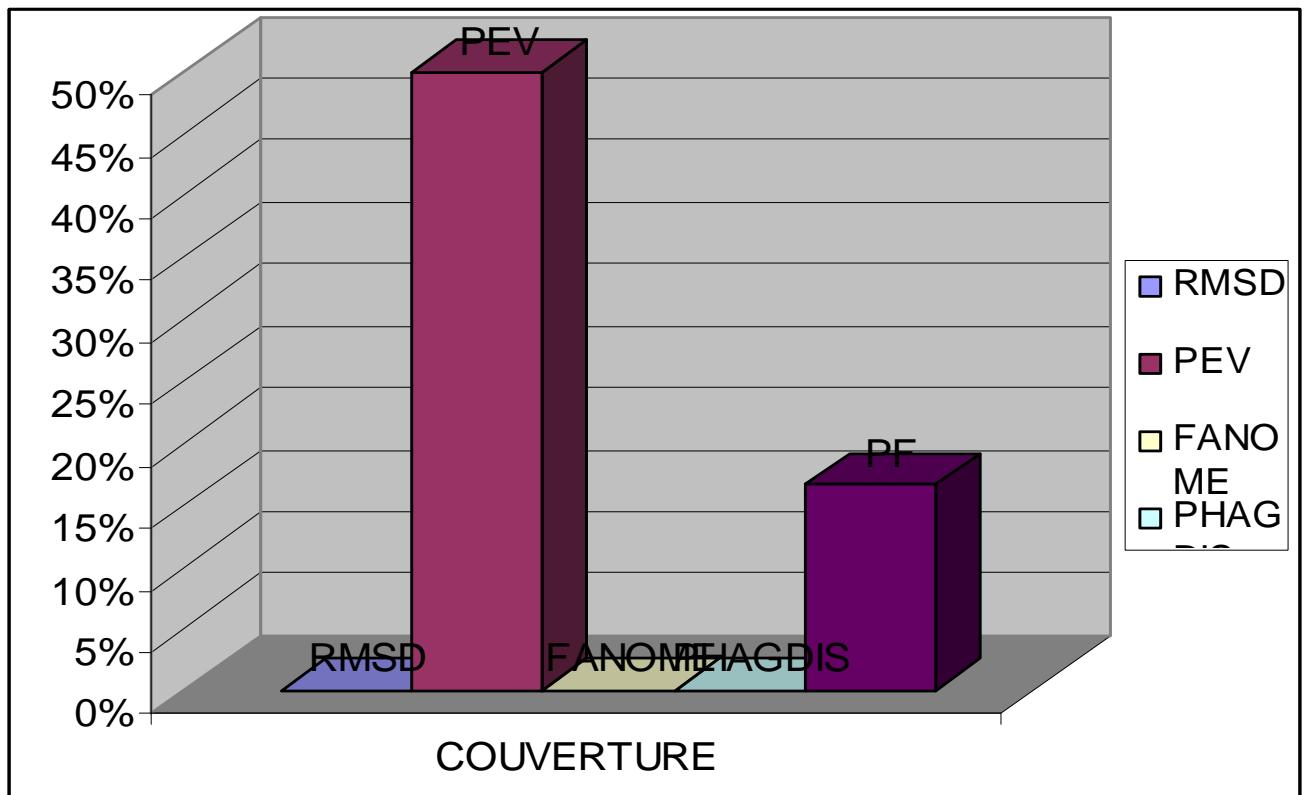
La promptitude des rapports reflète également la situation des rapports arrivés à temps prévu. L'institution utilise aussi ce tableau pour montrer l'indicateur de performance des Districts par rapport aux rapports arrivés à temps à la DRSPF.

Les établissements sanitaires doivent établir et envoyer leur rapport au Service Sanitaire de District (SSD) le 10 du mois suivant. Par contre, les membres du SSD qui doivent ensuite compiler ces données au Logiciel de chaque activité, envoient à leur tour leurs rapports directement au niveau de la DRS.

En effet, ce tableau nous montre que la promptitude d'envoi de rapport est négligée par les différents responsables de programme des districts car le taux de couverture pour les activités de RMSD, FANOME, PHAGDIS sont à 0%

2-2-1) Histogramme de la couverture de promptitude des rapports

Le schéma suivant présente l'histogramme de la couverture de promptitude des rapports



Cet histogramme nous donne le pourcentage des rapports arrivés à temps normal prévu à chaque fin du mois pour le District, et le 10 du mois suivant pour les CSB et CHD.

Cet histogramme et le tableau ci-dessus, nous montrent qu'il y a une faiblesse de pourcentage des rapports arrivés par rapport aux attendus. Cela signifie que chaque responsable néglige le temps d'établissement des rapports.

Précisons que la couverture du Programme Elargi de Vaccination (PEV) est améliorée à 50 % mais elle n'atteint pas encore la norme. Cela démontre que la campagne du SSME (Semaine de la Santé de la Mère Enfant) élaborée par le central a déjà un impact direct au niveau périphérique.

SECTION 3 : ANALYSE DE L'ETAT DES RAPPORTS D'ACTIVITE DE LA DRS D'ANOSY

Cette section fait état de la non fiabilité, la non exploitabilité et l'irrégularité des rapports d'activités de la DRS d'Anosy.

3-1) Irrégularité des rapports

Les rapports d'activité sont irréguliers parce que le pourcentage de l'arrivée est insignifiant et cette arrivée des rapports des districts demeure tardive (vu dans la complétude des rapports).

En principe, l'institution exige du Médecin Inspecteur ou des Paramédicaux de lui faire parvenir leurs Rapports Mensuels d'activités (RMA) avant le 10 du mois suivant. Par contre, les responsables ne font parvenir leurs rapports que tardivement. Ensuite, une fois les RMA arrivés au niveau des Districts, les équipes de la District traitent ces données dans un Logiciel spécialisé (GESIS) qui détecte les défaillances des données RMA car ce sont les mêmes données du mois précédent que rapportent les agents sanitaires pour le mois suivant.

Or l'arrivée régulière du rapport à temps prévu est l'un des indicateurs permettant à l'institution de mesurer l'irrégularité des rapports.

3-2) Non exploitabilité des rapports

Les rapports de la DRS sont exploitables quand le PTA de la DRS d'Anosy comporte ces quelques informations en vue d'établir le Plan de développement Régional

La DGS exploite le PTA de la DRS afin de programmer l'ensemble du Plan de Développement Régional. C'est à partir de ce PTA que l'équipe de la DGS doit établir le PDR. Toutefois, le PTA de la DRS s'articule généralement autour de :

- l'amélioration de la prise en charge de la santé, de la population tout en renforçant le rôle des chefs secteurs sanitaires au niveau de leur juridiction respective.
- l'amélioration de la couverture sanitaire de la région (collaborations entre publics et privés).
- l'amélioration de la mise en œuvre des activités de la santé, de programme du planning familial, et de la surveillance des maladies (émergence et réémergences, contre le SIDA).
- l'amélioration des infrastructures sanitaires avec les moyens locaux....

En revanche, pour atteindre l'objectif de l'équipe du central, le PTA de la DRS doit insister également sur :

- une vision large au sein de son PTA, par exemple : d'ici, 2010, 100% les mères et leurs enfants doivent obtenir des cartes sanitaires.
- une cohérence entre le programme vertical du central qui se focalise sur la réalisation des défis et engagements dans le MAP et le PTA de la DRS, c'est-à-dire que le central propose à la région de prioriser la lutte contre le VIH-SIDA, le Paludisme en donnant satisfaction à des populations.
- des stratégies à atteindre ces programmes....

3-3) Non fiabilité des rapports

Les rapports sont dits non fiables quand le contenu des rapports émanant des établissements sanitaires ne correspond pas aux réalités.

Après l'évaluation effectuée par l'équipe de la DGS on constate que les données ne sont pas conformes réellement à la réalité sur terrain. La DRS reste encore dans la zone rouge ou moins performante.

La réalité c'est que faute de suivi et d'évaluation de l'équipe du District, des conflits entre l'équipe de Mangement, le non respect des missions et attributions de la DRS font apparaître les défaillances dans leurs rapports d'activités.

En effet, les données émanant des Districts ne sont pas fiables car ils ne tiennent pas compte de la situation réelle, malgré le Logiciel nécessaire au niveau du District. La DRS va établir le PTA à partir de ces données non fiables, par conséquent jusqu'au central les données sont incohérentes.

Après une enquête effectuée, l'Equipe de Couverture Vaccinale (ECV) du central trouve que la DRS d'Anosy n'obtient qu'une couverture Vaccinale de 81%⁶ sans considération des cartes de vaccin et des abandons, tandis que dans les données sanitaires de la DRS i le taux est de 91%.

⁶ Les données chiffrées proviennent du rapport d'activité les enquêtes effectuées par l'E CV du central

CONCLUSION DE LA DEUXIEME PARTIE

Cette deuxième partie a permis d'exposer l'ensemble des problèmes identifiés au niveau de la DRS d'Anosy et qui peuvent influencer la prise de décision de la DRS pour l'élaboration de son plan de développement. Ainsi, nous avons analysé les facteurs à la mise en œuvre du coaching.

Ainsi, nous avons pu expliquer la raison d'être du coaching surtout de son implémentation au niveau de la DGS jusqu'à la direction régionale. Nous avons également analysés aussi l'état des rapports d'activités de la DRS.

L'objectif de cette partie est donc de faire apparaître les problèmes pour aboutir à des propositions de solutions, des résultats attendus et des recommandations sur le côté pratique et que nous verrons dans la troisième partie.

PARTIE III : PROPOSITION DE SOLUTIONS, RESULTATS ATTENDUS ET RECOMMANDATIONS

PARTIE III : PROPOSITION DE SOLUTIONS, RESULTATS ATTENDUS ET RECOMMANDATIONS

Compte tenu des problèmes abordés précédemment, il nous appartient de faire une mise au point des propositions de solutions relevant de notre contribution personnelle. Ces propositions de solutions visent à améliorer la coopération entre le niveau central et le niveau périphérique en vue des rapports d'activités fiables, exploitables et réguliers émanant de la DRS. Ensuite, nous allons retenir les résultats attendus compte tenu de la situation actuelle.

Enfin, nous sommes à même de faire des recommandations consistant en des modalités d'application des solutions proposées.

CHAPITRE I : PROPOSITION DE SOLUTIONS

La proposition de solution, concerne spécifiquement les caractères inopérants des rapports d'activité de la DRS et les problèmes techniques.

SECTION 1 : LES SOLUTIONS RELATIVES A LA NON FIABILITE, NON EXPLOITABILITE ET L'IRREGULARITE DES RAPPORTS D'ACTIVITES DE LA DRS

Cette section est composée des trois paragraphes :

- renforcement du suivi et de l'évaluation au niveau des Districts Sanitaires ;
- adoption « d'un esprit d'équipe et coaching d'équipe » au sein de l'équipe de L'EMAR ;
- accompagnement de la DRS pour l'organisation de ses missions et ses attributions ;

1-1) Renforcement du suivi et de l'évaluation au niveau des districts sanitaires

L'objectif de l'institution consiste à avoir des rapports d'activités fiables, exploitables et réguliers afin que la DGS puisse établir les programmations de soutien, d'accompagnement de la DRS et à escompter des résultats plus performants des activités réalisées au niveau périphérique.

Tout d'abord, il serait meilleur de renforcer l'équipe de la DRS pour un suivi et une évaluation de ses Districts. La DRS doit :

- respecter ses missions et ses attributions en assurant deux fois par an au minimum un audit des activités de ces trois Districts. Ces rapports doivent être transmis régulièrement et à temps à la DGS.
- illustrer dans un mini rapport le suivi et l'évaluation effectués pendant les six mois de l'année ;
- prendre une meilleure décision pour l'amélioration des activités en cours.

Ensuite, la DRS doit réaliser un suivi physique sur terrain par trimestre qui consiste à :

- ♠ Vérifier la conformité des réalisations des établissements Sanitaires (CSB, CHRR, CHD,...) aux données mentionnées dans le Rapport Mensuel de Suivi de District (RMSD).
- ♠ Donner des instructions ou une aide au Médecin Inspecteur ou les Paramédicaux qui gèrent un établissement sanitaire pour la répartition de leurs tâches avec leur équipe en vue des données réelles (Consultation externe, programme d'Elargi de Vaccination...).
- ♠ Partager les informations nécessaires aux équipes des Districts.
- ♠ Inciter les personnels sanitaires à offrir une meilleure qualité de service à leurs patients.
- ♠ Prendre des décisions et savoir les causes de l'absentéisme sans motif des personnels.

La DRS doit aussi effectuer un suivi financier en vue d'un contrôle sévère de la gestion des subventions et des sources du détournement des fonds utilisés (cas du FANOME).

Enfin, en ce qui concerne l'évaluation, la DRS doit organiser des réunions périodiques avec les équipes de district en vue d'évaluer les activités mises en œuvre au niveau de la région.

Il faut aussi adopter un tableau de bord en faisant l'état de l'évolution des activités en cours en confrontant les réalisations par rapport aux prévisions et la programmation. Pour éviter la répétition des mêmes problèmes, la Direction de Développement des Districts Sanitaire (DDDS) doit obliger les services qui lui sont rattachés d'effectuer une bonne évaluation mensuelle sur la réalité au niveau des Districts.

1-2) Adoption « d'un esprit d'équipe et coaching d'équipe » au sein de l'équipe

Pour mieux gérer les conflits internes entre les deux équipes de Management au sein de la DRS d'Anosy, il faut inculquer tout d'abord dans l'esprit de chaque membre les caractéristiques d'une équipe efficace et performante pour qu'il puisse s'intégrer ou non à l'équipe. Les membres de l'équipe doivent se soumettre à certains engagements :

- ♣ Etre fiers d'appartenir à l'équipe ;
- ♣ Comprendre les objectifs communs et en être responsables ;
- ♣ Connaître le déroulement de leurs missions et de leurs opérations ;
- ♣ Avoir des produits à livrer ;
- ♣ S'engager individuellement et collectivement à respecter les règles de fonctionnement ;
- ♣ Avoir la parole ;
- ♣ Participer effectivement au processus de décision ;

En plus, le renouvellement de la composition de l'équipe de l'EMAR est une occasion pour la DRS d'effectuer cette petite évaluation afin de constituer une équipe très efficace et plus performante dans la DRS.

Ensuite, il faut montrer à l'équipe de l'EMAR « l'importance d'un esprit d'équipe » où chaque membre doit :

- ♠ Avoir une communication efficace ;
- ♠ Accepter la répartition des tâches ;
- ♠ Etre responsable de son engagement ;
- ♠ Avoir une vision collective ;
- ♠ Accepter la transmission des nouvelles compétences à l'EMAD ;

Enfin, les membres de l'équipe de l'EMAR doivent suivre une formation en matière de coaching d'équipe.

Effectivement le coach central a pour mission de :

- ♠ Observer et écouter l'équipe dans son mode de fonctionnement habituel.
- ♠ Questionner l'équipe afin de l'aider à prendre conscience des divergences et des obstacles qui empêchent la réalisation de son projet.
- ♠ Eclairer les situations en amenant l'équipe à analyser la situation réelle et en comparant les objectifs à la réalité des enjeux interpersonnels entre ses membres.
- ♠ Inviter au temps de réflexion et d'échanges entre les membres de l'équipe sur leur vécu et leur ressenti.
- ♠ Proposer des exercices de mise en place des représentations individuelles, afin que l'équipe parvienne à un consensus et à une vision collective.
- ♠ Donner à l'équipe les moyens de surmonter les divergences et les obstacles.

Afin de réduire les conflits et de faire comprendre à l'équipe l'avantage d'un travail en équipe, dès que les conflits disparaissent et la situation entre l'équipe est stable, il serait mieux pour la DRS de constituer un Comité Régional pour la Gestion des ressources Humaines en vue de répartir les tâches des personnels techniques et Administratifs.

Ce comité est composé de l'équipe de l'EMAR et des personnels au niveau de la CHRR.

1-3) Accompagnement de la DRS pour l'organisation de ses missions et ses attributions

Pour que la Direction Régionale de la Santé soit convenablement en mesure d'assumer ses attributions et ses missions, les coaches centraux (équipe de la DGS) doivent adopter un coaching particulier de la DRS permettant de résoudre les problèmes. Il s'agit d'accompagner la DRS pour la résolution de ses difficultés et pour l'accomplissement de ses objectifs. Cet accompagnement est orienté vers un objectif d'ensemble à long terme, en vue de faire comprendre à la DRS ses missions et ses attributions et de faire connaître l'objectif et la vision de la DGS pour le développement de la DRS d'Anosy.

Pour ce faire, les coaches centraux doivent donner la méthodologie du coaching pour que la DRS soit en mesure de :

- Identifier les objectifs prioritaires de la DRS telle que l'amélioration de sa performance ... ;
- Prioriser la supervision de ces districts et les établissements sanitaires ;
- Organiser une réunion périodique avec l'équipe des Districts pour évaluer les activités en cours ;
- Répartir ses tâches avec son équipe, créer un Comité Régionale la Gestion des Ressources Humaines et demander une coopération de l'équipe de l'EMAR pour la réalisation de l'évaluation et du suivi.
- Identifier les principaux obstacles en participant à la gestion des conflits entre l'équipe de l'EMAR et celle de l'EMAD.

Ensuite, il est essentiel de montrer à l'équipe de la DRS comment on peut intégrer les activités à une « gestion axée sur les résultats ». Le coaching de la DRS est une occasion de connaître les raisons l'empêchant de réaliser ses missions et ses attributions telles que l'insuffisance de compétence, planification ou gestion...

En effet, les rôles des coaches centraux consistent à :

- Consulter la DRS sur les causes de ses difficultés (les moyens, le financement...) ;
- Inviter la DRS à réfléchir sur les moyens d'évacuer les difficultés par un système de questionnement ;

- Accompagner la DRS pour le dépassement des résultats obtenus de ces dernières années ;
- Expliquer et mentionner les travaux attendus de la DRS pour compte tenu puisse d'une meilleure supervision trimestrielle de ses districts, le fonctionnement de ses activités réalisées et en comparant le contenu des rapports mensuels de District avec les réalisations des établissements sanitaires de District.
- Exploiter la capacité de leadership personnel de la DRS à la pratique sur le plan de l'exemplarité afin qu'elle soit en mesure de prendre des décisions efficaces sans attendre des solutions émanant du central ;
- Montrer l'importance d'une réunion périodique avec les équipes de District pour faire connaître les obstacles et les évolutions et surtout pour l'établissement d'un plan collectif de développement des Districts;
- Transférer ses compétences pour l'établissement d'un manuel de procédure pour mieux comprendre l'importance d'un STAFF hebdomadaire ;

Enfin, il faut renforcer la capacité de la DRS en matière de négociation lorsqu'elle demande une aide financière et une coopération aux entreprises privées existant au sein de la région. L'équipe de la DRS doit avancer l'établissement de son Plan de Travail Annuel au plus tard au mois d'octobre de l'année en cours.

SECTION 2 : LES SOLUTIONS RELATIVES AUX PROBLEMES TECHNIQUES

Cette section est destinée à accompagner l'équipe de la DRS pour remédier à ses problèmes techniques.

Accompagnement de l'équipe de la DRS afin d'échapper à ses problèmes techniques

Le MinSanPFPS élabore des défis en matière de décentralisation : « Un système de santé performant jusqu'au niveau périphérique » et la double vision d'ici 2015 « Madagascar naturellement et des collectivités efficaces au service des citoyens responsables ».

Face à cet objectif et pour améliorer la performance de la région destinée à l'application du coaching, l'institution doit résoudre le plus rapidement possible les problèmes techniques de la DRS.

Prenons le cas de la DRS d'Anosy : il s'agit du cloisonnement du programme au niveau de la réalisation des activités. Il faut réorganiser les programmes d'utilisation des matériels, en alternant et partageant les matériels roulants pour les activités prioritaires (distribution des médicaments...).

Il existe quelques solutions pour améliorer la qualité de service offert par les établissements sanitaires :

- D'abord, l'équipe de la DRS doit accompagner les agents sanitaires à montrer l'importance de la satisfaction des patients afin d'augmenter la consultation des populations dans les établissements sanitaires.
- Ensuite, à chaque fin du mois, il s'avère nécessaire d'organiser et de répartir les tâches au niveau des zones enclavées pour pouvoir recevoir les salaires des personnels afin d'éviter l'absentéisme répétitif du responsable.
- Enfin, accompagner le responsable de distribution des médicaments pour préserver les ruptures de médicaments au niveau des établissements sanitaires (CSB, CHRR,...)
- Il faut en outre, évaluer ou superviser les rapports d'activité (PHAGDIS : pharmacie de gros des districts) en vue de mieux détecter les sources des problèmes.

Pour résoudre rapidement les problèmes de la non fonctionnalité de la Formation Sanitaire, le coaching est en train de prendre place. Nous espérons que les conflits entre les deux équipes de management disparaissent et que chacune assume sa mission.

Même si les personnels sont encore insuffisants et déjà plus âgés, le travail continue car l'institution prévoit cette année dans sa programmation une priorité pour le recrutement des nouveaux paramédicaux, et des inspecteurs pour combler cette insuffisance. Nous espérons que la DRS d'Anosy profite de cette occasion pour lister les personnels insuffisants.

En ce qui concerne la difficulté sur l'accessibilité vers les centres sanitaires, la politique actuelle de l'Etat est axée sur la construction des infrastructures routières.

Pour la pérennisation de l'approche RRI, le coach du RRI-Angaredona est implanté dans chaque région, il faut que la DRS propose l'intégration des activités prioritaires dans les pistes du RRI (élimination des lèpres, réduction du paludisme ...) comme le PF auparavant.

CHAPITRE 2 : LES RESULTATS ATTENDUS

L'ensemble des résultats attendus concerne le niveau de l'institution surtout la DRS et celui de la nation.

SECTION I : AU NIVEAU DE LA DIRECTION REGIONALE DE LA SANTE

Quatre résultats principaux sont attendus à l'issue de la mise en œuvre du coaching.

1-1) Une adoption du suivi et évaluation est opérationnelle au niveau des Districts Sanitaires

Les résultats attendus concernent particulièrement :

- L'augmentation du nombre de suivi et d'évaluation effectués par l'équipe de la DRS et les services rattachés aux DDDs ;
- L'évaluation courante des activités en cours au niveau des districts ;
- Les réalisations des établissements sanitaires conformément à la couverture du RMSD ;

- Le respect du temps prévu à la couverture des RMSD, PEV, FANOME, PF, PHAGDIS ;
- La répartition des tâches au niveau des personnels du District et ceux des établissements Sanitaires ;
- L'amélioration de la qualité de service offert ;
- La transmission de l'information nécessaire;
- La transparence de la gestion des subventions ;
- La bonne gestion des médicaments
- L'absence de rupture des médicaments ;
- La régularité des rapports émanant des districts et les établissements sanitaires ;
- La fiabilité de la complétude et promptitude des rapports ;

1-2) Un « esprit d'équipe et le coaching d'équipe » sont instaurés

Les résultats attendus reposent essentiellement sur :

- l'obtention d'un esprit d'équipe de chaque membre ;
- La connaissance du principe de coaching d'équipe ;
- la transmission et application de ce coaching dans l'équipe de l'EMAD ;
- l'acceptation des répartitions des tâches ;
- La bonne gestion des conflits internes ;
- L'échange de communication efficace ;
- La disparition des conflits entre les deux équipes ;
- la formulation d'un objectif commun et des défis entre les équipes ;
- l'existence d'une vision collective ;
- l'amélioration des compétences acquises ;
- la circulation et le système d'information efficace entre les membres ;
- la constitution d'un Comité Régional de Gestion des Ressources humaines ;

- l'élaboration des rapports d'activité fiables;
- l'aide et l'accompagnement de la DRS dans ses attributions et ses missions ;
- la performance élevée de l'équipe ;
- La compréhension de la responsabilité ;
- L'exploitation des aspirations individuelles pour l'atteinte de l'objectif commun

1-3) La DRS a une organisation plus efficace

L'organisation de la DRS est beaucoup plus efficace. Les résultats attendus seront observés au niveau de :

- la compréhension de la DRS de l'importance de la bonne organisation de ses missions et de ses attributions ;
- l'efficacité de la méthodologie du coaching ;
- la répartition des tâches jusqu'à la création d'un Comité Régional de la Gestion des Ressources Humaines...
- la transmission des informations nécessaires ;
- l'obtention d'un esprit d'équipe ;
- la supervision trimestrielle des districts et la descente sur terrain ;
- l'évaluation suffisante des activités en cours surtout au niveau des établissements sanitaires;
- l'augmentation de la performance de la DRS ;
- l'accroissement et l'obtention des nouvelles compétences ;
- l'exploitation de l'esprit d'innovation, créativité, sans attentisme ;
- l'accélération de la prise de décision ;

- l'organisation d'une réunion périodique entre les équipes des Districts ;
- L'évaluation efficace de l'équipe de l'EMAR ;

1-4) La DRS est plus performante

Nous attendons des résultats plus performants de la DRS notamment sur :

- l'élaboration des rapports d'activité réguliers ;
- l'évaluation du rapport d'activité évalué (FANOME et PHAGDIS)
- la diminution des ruptures de médicaments ;
- La répartition équitable des matériels cloisonnés ;
- la satisfaction des patients ;
- la réduction d'absentéisme ;
- Effectif suffisant des personnels;
- La coopération du Coach du RRI-Angaredona avec l'équipe de la DRS ;
- la circulation des communications lors d'un suivi ;
- l'intégration des activités prioritaires aux pistes du l'RRI
- La collaboration avec les partenaires ;
- La fonctionnalité de la formation sanitaire ;

SECTION 2 : AU NIVEAU NATIONAL

Cette deuxième section concerne les résultats attendus au niveau national.

Contribution au développement de l'économie nationale

Il faut bien préciser que l'atteinte de l'objectif du Ministère de la Santé, du planning familial et de la protection sociale dépend en grande partie de l'apport des ressources humaines, en fonction de la prise de responsabilité des personnels de l'institution.

Si le personnel est en mesure d'appliquer avec compétence la formation dans chaque service, il y aura une grande évolution dans le MinSanPFPS où l'on pourra constater des résultats attendus sur :

- Une bonne réalisation de l'engagement n°5 du le MAP ;
- Un partage des expériences et compétences ;
- Une performance de la Direction Régionale de la Santé ;
- Un changement de comportement après l'application du coaching ;
- Une augmentation de la confiance des bailleurs de fonds ;
- Une compréhension de la DRS de faire parvenir des rapports d'activités réguliers et fiables..
- Une bonne organisation du travail ;
- Une accélération des activités Administratives (signature et procédure Administrative) ;

Par conséquent, l'ensemble des réussites aboutira à une avancée au niveau national étant donné que le Min San PFPS est une institution qui répond à des services pour les besoins publics. Ainsi, avoir une population saine contribue au développement d'une nation, et surtout le développement économique national.

CHAPITRE III : LES RECOMMANDATIONS

Cette phase consiste à définir les modalités d'application des solutions proposées.

SECTION 1 : LES RECOMMANDATIONS DESTINEES A L'EQUIPE DE LA DRS

Cette section présente les recommandations pour accompagner la DRS à :

- réaliser un suivi et une évaluation de ses Districts.
- gérer les conflits entre les deux équipes de Management.
- organiser ses missions et ses attributions.

1-1) Accompagner la DRS à réaliser un suivi et une évaluation de ses districts

L'évaluation et le suivi s'avèrent très utiles. Alors, il serait préférable, tout d'abord, les coaches centraux accompagnent la DRS pour l'organisation du temps en priorisant le suivi sur terrain, en respectant le temps prévu à chaque trimestrielle. Lorsque la DRS fait une descente, elle doit :

- ♠ Connaître ce qui se passe dans les établissements sanitaires des districts.
- ♠ Organiser une réunion avec l'équipe en donnant des instructions pour les défaillances sur le Rapport Mensuel des Activités (RMA), en expliquant les conséquences de l'irrégularité de ces données ou le gonflement des résultats obtenus ;
- ♠ Prévoir une séance de Coaching des districts afin de pouvoir :
 - Discuter avec l'équipe pour résoudre les difficultés ou franchir les obstacles...
 - Orienter l'équipe vers la créativité, l'innovation et sans attentisme.
 - Exploiter les défis et la vision de l'équipe en vue du développement et l'amélioration des méthodes de travail.
 - Inciter l'équipe à dépasser les résultats obtenus ;
- ♠ Diagnostiquer l'organisation réelle pour l'établissement des rapports d'activités en vue d'une réorganisation si possible ;

- ♣ Mobiliser les équipes pour bien transférer les informations nécessaires afin d'éviter d'une part la non fluidité d'information c'est-à-dire partager à chaque responsable les informations et d'autre part la lenteur des procédures administratives ;

Ensuite, il appartient à des coaches centraux d'accompagner la DRS pour exploiter sa capacité de gestion. En effet, la DRS doit réaliser un audit financier des activités de ses Districts en l'assurant au minimum deux fois par an. Pour ce faire on doit confronter les réalisations par rapport au rapport financière obtenu. Elle appuie ses districts sanitaires dans la gestion des ressources humaines pour avoir des personnels compétents en mettant une grille de recrutement ;

Enfin, il appartient aux services de la DDDS d'accompagner la DRS pour assurer de façon continue la collecte des données en vue d'établir à temps favorable des rapports de promptitude. Pour ce faire, les services collectent les données réelles aux établissements sanitaires et en confrontant les données envoyées par les responsables des établissements sanitaires du district pour éviter l'irrégularité des rapports.

Quand la DRS analyse et restitue les données sanitaires provenant du District, il faut reconnaître que ce rapport est fiable c'est-à-dire arrivé à temps, ...et la DRS doit prendre les solutions adéquates.

En outre, il est nécessaire aussi d'établir un tableau de bord pour faire connaître l'évolution des activités. Alors à chaque réunion périodique avec l'équipe du district on discute ensemble les solutions apportées pour résoudre les problèmes.

1-2) Accompagner la DRS pour la gestion des conflits entre les deux équipes.

Il appartient à la DRS de bien gérer les conflits entre les deux équipes Management. Pour mieux concilier les deux équipes, il faut aider la DRS à trouver les sources de conflit et les gérer au sein de l'équipe de l'EMAR. Tout d'abord, il serait plus pratique d'évaluer l'équipe en tenant compte de la performance de chaque membre pour qu'elle puisse comprendre comment on peut travailler dans une équipe.

Ensuite, les coaches centraux accompagnent l'équipe de la DRS dans « le Coaching d'équipe » afin de :

- Surmonter les divergences et les obstacles comme le conflit interne ;

- Etablir un micro plan de changement c'est-à-dire le produit à amener au niveau central ;
- Donner son avis pour le fonctionnement de l'équipe ;
- Prendre conscience de l'importance de la réalisation de son engagement au sein de l'équipe ;
- Echanger les points de vue entre les membres sur le vécu et leur ressenti ;
- Participer à une vision collective ;
- Prendre l'initiative à transférer les nouvelles compétences ;

L'ensemble de cette pratique sert à faire comprendre à l'équipe que l'existence d'un conflit entre les membres n'est pas nécessaire.

Enfin, il appartient à des coaches centraux de former l'équipe à avoir « un esprit d'équipe », et comment on peut devenir « un leader » efficace, et savoir les impacts du travail en équipe au sein d'une organisation.

1-3) Pratiquer le Coaching pour organiser les missions et les attributions de la DRS

Pour pratiquer l'accompagnement de la DRS, les coaches centraux ne remplacent pas les missions et les attributions de la DRS (planification, gestion, management,...). Cependant, ils donnent des méthodes de réflexion en Coaching, la définition, à un temps de réflexion pour exploiter la potentialité de ses équipes...car l'objectif consiste à faire réfléchir la DRS, à bien organiser ses missions et ses attributions dans le but d'escompter un rapport fiable, régulier et exploitable.

Il faut coacher la DRS en vue de :

- Réaliser ses missions et ses attributions ;
- Prendre des responsabilités ;
- Considérer l'importance d'un travail d'équipe et inciter l'EMAR à contribuer ensemble à l'établissement du PTA de l'année ;
- Prendre des décisions correctrices sans attendre le central ou bien elle avertit les agents sanitaires qui falsifient et négligent les données dans le rapport ;
- Transmettre ses formations reçues à toutes les équipes des Districts ;
- Aider les équipes (EMAR et AMAD) à provoquer un changement positif ;

- Orienter la prise de décision en fonction de la réalité, ou il faut réorganiser l'utilisation des matériels au niveau des districts pour les activités prioritaires;
- Réfléchir, avec l'équipe à tous les moyens nécessaires pour atteindre les objectifs ;

Enfin, les coaches centraux donnent aux équipes de la DRS les éléments constituant la gestion axée sur les résultats. (Voir: annexe)

Pour renforcer la capacité de la DRS en matière de négociation il faut l'accompagner le en fonction des règles de négociation. (Voir annexe).

SECTION 2 : LES RECOMMANDATIONS DESTINEES A L'INSTITUTION

Cette section nous montre les recommandations à l'égard de l'institution et de l'équipe de la DRS.

Profiter des solutions élaborées par l'institution

Actuellement, l'institution donne des matériels pour les programmes prioritaires comme lutte contre VIH – SIDA, PF et vaccination... Les équipes de la région doivent profiter de cette occasion pour travailler en équipe, augmenter leurs performances, partager les matériels utilisés surtout dans les zones enclavées..... Il faut décloisonner les programmes car tous les responsables ont besoin des matériels nécessaires. Il faut aussi sensibiliser les populations sur la nécessité d'effectuer le Vaccin contre la rougeole, car cette maladie entraîne la plupart des décès de la population du côté Sud.

Pour améliorer la qualité de service offert par les établissements sanitaires :

- ♠ Tous les agents sanitaires doivent suivre une formation en vue d'inciter les patients à revenir en cas de maladie, et de persuader les populations à fréquenter les établissements sanitaires pour le planning familial, les accouchements des femmes au centre mais non pas chez les matrones ...
- ♠ Les personnels dans les zones enclavées doivent répartir leurs tâches à chaque fin du mois pour éviter l'absence répétitive.
- ♠ Les responsables de la distribution des médicaments demandent auprès de l'institution des matériels nécessaires pour distribuer et combler l'insuffisance des médicaments.
- ♠ L'institution doit programmer un renforcement des capacités de ses personnels surtout le niveau périphérique, c'est-à-dire qu'il faut transférer les compétences.

L'institution est déjà prête pour le recrutement des personnels pour cette année, c'est mieux de profiter de cette occasion pour envoyer une liste comprenant des personnels manquants et en collaborant avec la Direction des Ressources humaines au central.

Il est temps aussi pour l'institution de redéployer les personnels du central vers le niveau périphérique et de mettre à jour l'utilisation de logiciel au niveau des districts.

CONCLUSION DE LA TROISIEME PARTIE

Cette partie nous a permis d'exposer les solutions que nous avons proposées pour résoudre les problèmes existants au niveau de la DRS. Ainsi, elle nous a permis d'exposer les résultats attendus à partir de ces solutions et concernant également la contribution au développement socio-économique.

C'est grâce à la proposition de solutions aussi que nous avons pu mettre ces modalités d'application.

Nous venons de démontrer des impacts directs ou indirects à la prise de décision de la DGS, au développement de l'institution et surtout l'amélioration de la coopération entre le niveau central et le périphérique.

L'objectif de notre partie, c'est d'apporter une contribution personnelle.

CONCLUSION GENERALE

Le Coaching consiste à accompagner l'Equipe de Management des Régions (EMAR) et la DRS à assurer leurs missions, résoudre les conflits et combler les lacunes en Management et leadership au sein de l'équipe. Il s'agit de développer les potentiels individuels de chaque personnel afin d'aboutir à des résultats performants, à avoir des rapports d'activité fiables, exploitables et réguliers.

Les diagnostics des problèmes constatés au niveau de la DRS ont suscité la mise en œuvre de l'approche Coaching. Ces handicaps concernent particulièrement des facteurs engendrant l'irrégularité, la non fiabilité et la non exploitabilité des rapports d'activité de la DRS. Toutes ces anomalies proviennent indiscutablement de l'insuffisance de suivi et d'évaluation au niveau des districts, une mauvaise organisation de ses missions et ses attributions et les conflits entre les deux équipes de Management de la DRS.

Faut-il tenir compte des facteurs pour la mise en œuvre du Coaching au sein de la DRS. Parmi ces paramètres figurent une formation spécialisée de la DG, l'implémentation du Coaching au sein de la DGS jusqu'au niveau périphérique, l'analyse de l'état des rapports d'activité de la DRS.

Pour résoudre la problématique, il est temps pour l'institution de renforcer la capacité institutionnelle et organisationnelle de niveau périphérique, de mettre en place un système d'auto suivi et évaluation (un système de contrôle) et d'un accompagnement des personnels.

A part cela, il ne faut pas oublier la bonne gestion des fonds venant des partenaires étrangers, des ONG sociale, banque mondiale ...afin d'avoir la transparence de la gestion et du développement réel de l'institution. Enfin, le rôle de chaque personnel consiste veiller à la bonne marche des activités et à la gestion des ressources humaines, matérielles, financières par la mise en valeur de la méthodologie de travail. Dans quelles mesures l'approche du Coaching arrive-t-elle à changer le comportement des personnels de l'institution face à leurs responsabilités et leurs engagements?

BIBLIOGRAPHIE

LES OUVRAGES

- ♠ COLLOMB., **LE MANAGEMENT DES HOMMES** (*Harvard Business Review*), l'expansion du management review, Edition d'organisation, 2000, 297pages.
- ♠ ELENA, F. **Comment coacher**, les savoirs faire et savoir être d'une manager, édition d'organisation 2003, 6 pages.
- ♠ EWOOD N. **un leader, guide pratique de succès**, presse de manager 1990,20 pages.
- ♠ KEN BLANCHARD , MARK MILLER. **Le grand secret 6 clés pour un leadership authentique et humain**, transcontinental montreal 2006, 123 pages.
- ♠ HERNANDEZ, E. **Coporate entrepreneurship et coaching**, résumé du coaching entrepreunarial, 11 pages.
- ♠ LOUART, P. **Coaching : son intérêt, ses méthodes**, responsable de publication : DEUSREUMAUX Alain, 2002, 11 pages.
- ♠ MORIN, (P)., **LE MANAGEMENT ET LE POUVOIR**, Paris. Edition d'organisation de l'Université, 1991, 198 pages.

♠ TRUC, (R). **RESSOURCES HUMAINES ET MANAGEMENT** « *Former pour des résultats* », Paris. Edition ESF, 1991, 287pages.

♠ PLANE, (J), **LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES**, France, Edition DOMINOS Flammarion, 2000, 128 pages.

AUTRES DOCUMENTS

Internet : www.coaching.qc.ca, www.eureckacoach.com

Les documents consultés auprès de la Direction Générale de la Santé

- Projet de plan d'action de changement de la DRSPF d'Anosy ,2008-2009, 4 Pages.
- Plan national pour le Décentralisation et déconcentration « Note de cadrage sectoriel », 17 Pages.
- Manuel de développement d'un système de la Santé pérenne « suivi et évaluation », 12 Pages.
- Madagascar action plan (MAP)

Revue : RAKOTONDRAINOMAHO H. leadership plus efficace Lu et vu n° 36 Juillet 2007, 5pages.

ANNEXE 1 : Phase du coaching pré-établi utilisé par l'institution pour atteindre l'objectif

COACHING DE MAINTENANCE	Mise à l'échelle des initiatives	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Circonscription spatiale ou géographique de nouvelles initiatives. ➤ Intégration verticale des indicateurs en rapport à la déclinaison du MAP. ➤ Circonscription temporelle des initiatives par saucissonnage. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Durabilité du changement et des résultats maintenus.
	Capitalisation des bonnes pratiques	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Confection du livre blanc des best practices. ➤ Application des nouveaux standards de service. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Changement de comportement vulgarisé
	Internalisation du processus et passage de relais aux coaches internes.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Responsabilisation des personnes clés au sein de l'institution. ➤ Adaptation des outils du coaching au sein de l'équipe. ➤ Retrait progressif de coaches externes. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pérennisation de la culture des résultats assurés.

Source : Bureau d'Appui RRI (enceinte Ministère des travaux public)

ANNEXE 2 : Le Coach, Manager, Leader

COACH	MANAGER	LEADER
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Artiste de questionnement. ➤ Aide la personne ou l'équipe à réussir et à fixer un objectif formulé positivement, vérifiable. ➤ Donne les outils techniques d'analyse et de modification. ➤ Possède une bonne connaissance de l'organisation et le management, les nouvelles technologies, communication. ➤ Vous permet de parvenir à des résultats concrets dans votre vie : supprimer les difficultés relationnelles et managériales dans le milieu professionnel. ➤ Est capable d'écouter les problèmes de l'équipe. ➤ Gère une équipe vers le progrès. ➤ Aide le groupe à reconnaître et à affronter les comportements perturbateurs. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Gère la complexité tout d'abord par la planification et budgétisation et fixe les objectifs à atteindre dans un futur proche. ➤ Décide, pilote, gère les actions pour atteindre les objectifs de l'organisation en combinant les 5 moyens de ressources en tenant compte de l'environnement externe et interne. ➤ Est aveugle à leur propre rigidité. ➤ Veut paraître invulnérable. ➤ Est des maniaques du contrôle 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prend seul ces décisions et annonce ce qu'il a décidé. ➤ Présente son projet et incite à poser des questions. ➤ Expose son problème, propose ces idées, élabore la décision en groupe mais la prise de décision lui appartient. ➤ Définit les contraintes et incite les groupes à préparer la décision. ➤ Crée la structure organisationnelle qui correspond au plan d'action. ➤ Met un système pour contrôler l'activité mise en œuvre. ➤ Donne l'exemple en changeant eux-mêmes. ➤ Ne craigne pas de montrer leurs points faibles. ➤ N'a pas peur de lâcher un peu de contrôle. ➤ A un but et une stratégie.

ANNEXES 3 : Témoignages

LeRRI est une méthode qui nécessite très peu de ressources pour atteindre des résultats impressionnantes. Je vous encourage tous à faire des RRI à tous les niveaux et pour tous les programmes sanitaires..... »

L'extrait du bulletin Ezaka du DR Jean louis Robinson, Ministre de la santé, du planning familial et de la protection sociale.

«Pour les points forts de l'application du RRI , nous retiendrons comme avantage fort que ces montées de résultats positifs n'ont pas entraîné des dépenses supplémentaires, ni perturbé les autres activités en charge des centres de santé... ».

Extrait de la lettre de satisfaction du Dr Jean Louis Robinson, Ministre de la santé du planning familial, et de la protection envoyée à Mr Henri Rabesahala, Président du comité de pilotage

«Pour être crédible, il nous faillait aller vite tout en restant précis. La méthode RRI a donc été choisie pour initier un changement qui va bien au-delà du programme que nous allons analyser ensemble, on va faire beaucoup avec peu... ».

« ...Extrait du discours de Madame Bakolalao RAMANANDRAIBE. Présidente du C SI.

ANNEXES 4 : LE TRAVAIL D'UN COACH

Le véritable coaching consiste à aider l'équipe ou le groupe des coachés, à trouver ses propres solutions en lui offrant les moyens de le faire. Comment ?

1-Le coach sait poser les bonnes questions : c'est un artiste du questionnement.

2-Le Coach permet à la personne ou à l'équipe coachée de se fixer des objectifs formulés positivement vérifiables, spécifiques, réalistes et motivants.

3-Le coach aide la personne et l'équipe à réussir, il est un allié et un soutien, car se fixer un objectif, l'atteindre et savoir s'en réjouir est le chemin de la réussite, celui des gagnants.

4-Le coach donne aussi les outils techniques d'analyse et de modification des situations, car le plus grand pouvoir que nous avons ce n'est pas de changer les autres, mais de nous changer nous-mêmes.

5-Le coach doit aussi posséder une bonne connaissance de l'entreprise, du management de l'économie, des nouvelles technologies, des techniques de développement commercial, de la communication d'entreprise et médiatique.

6-Le coach situe la problématique des équipes et des organisations dans le contexte plus vaste de l'accompagnement du changement, afin de leur permettre de modifier alors leur vision pour faciliter l'atteinte de leurs objectifs. Le coach est donc aussi celui qui vous apprend à utiliser le changement comme un allié au lieu de le subir avec inquiétude ou passivité.

7-Le coach est celui qui voit des opportunités là où les autres voient des obstacles. Le coach présente les options possibles, il offre un autre regard.

8-Le coach ne donne pas de conseils, il n'est pas un gourou ni un maître à penser, encore moins un détenteur de baguette magique ou un apporteur de solution toutes faites. Il vous accompagne au fil du temps, car le coaching s'inscrit dans la durée. Mais en vous aidant à trouver vos propres solutions, il vous conduit vers plus d'autonomie en favorisant vos prises de conscience.

9-Le coach vous permet de parvenir à des résultats concrets dans votre vie : supprimer les difficultés relationnelles et managériales dans votre milieu professionnel et dans votre équipe, apprendre à vous affirmer, résoudre les situations de crise, sortir de la solitude, modifier vos comportements blocants, mieux comprendre les autres et mieux communiquer avec autrui vous fixer des objectifs et les atteindre, équilibrer tous les domaines de votre vie.

10-Et méfiez-vous des imitations : un vrai coach est formé et certifié dans une méthode de coaching reconnue (coaching RRI) il a effectué lui-même un travail de développement personnel ou une thérapie pour « nettoyer ses lunettes ».

Source : Bureau d'Appui RRI

ANNEXE 5 : LA GESTION AXEE SUR LES RESULTATS (GAR) ET LES REGLES DE BASE DES NEGOCIATIONS

C'est quoi la gestion axée sur les résultats ?

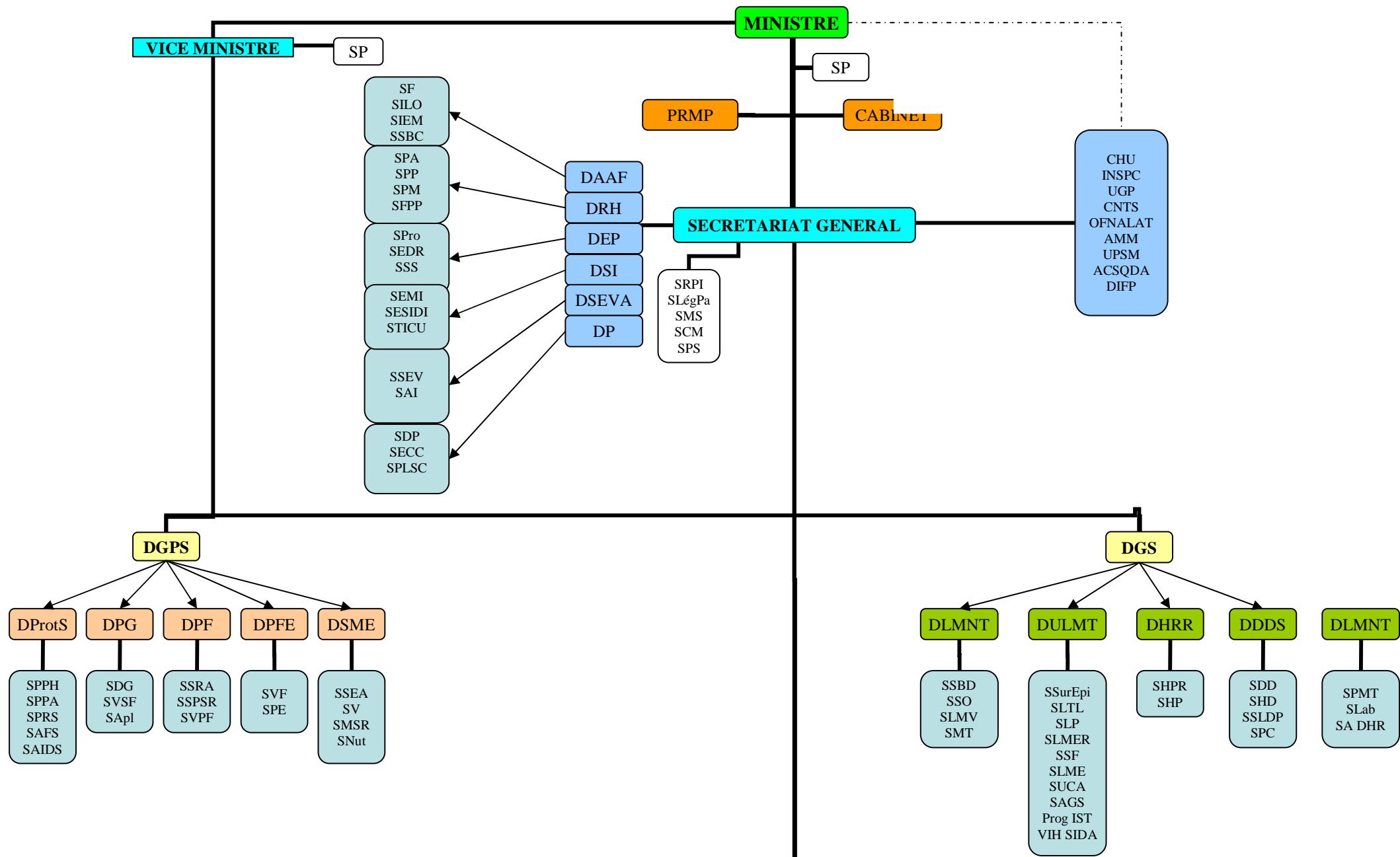
- ♠ C'est une méthode de gestion axée sur la réalisation des résultats,
- ♠ Elle responsabilise pour atteindre les résultats,
- ♠ Elle requiert le suivi des progrès visant l'atteinte des résultats,
- ♠ Elle mesure la performance.

Les principes de la GAR

- ♠ La formulation de programme repose sur une série d'objectifs et de résultats attendus,
- ♠ Les résultats escomptés déterminent les ressources et justifient leur allocation,
- ♠ Les réalisations sont mesurées par des indicateurs de performance,
- ♠ D'où la notion de redevabilité,

Règles de base en matière de Stratégies et Techniques de Négociations

- **Sacher que toute Négociation pourrait réussir ou échouer**
 - **Bien Connaître l'Équipe ou la Personne d'en face afin d'exploiter sa « Force » et sa « Faiblesse »**
 - **Bien définir les Résultats minima acceptables : Fixer les Limites de rupture selon le Principe « Gagnant – Gagnant »**
 - **Identifier et Cibler les Alliés Stratégiques (Leaders d'opinions et Personnes influentes susceptibles d'être favorables aux résultats recherchés) ;**
 - **Penser aux mesures d'accompagnement (Solutions alternatives ou de rechange, mesures d'atténuation des éventuels impacts négatifs) ;**
 - **Choisir les conditions de l'environnement et le cadre physique des Négociations (lieux, heures, lumières, dispositions de places, couleurs prédominantes dans la salle,.....)**



ANNEXE 6 : ORGANIGRAMME DU MINISTERE DE LA SANTE, PLANNINIG FAMILIAL ET DE LA PROTECTION SOCIALE

LISTE DES ABREVIATIONS SUR L'ORGANIGRAMME

1) SECRETAIRE GENERAL (SG)

CHU : Centre Hospitaliers Universitaires

INSPC : Institut National de Santé Public et Communautaire

UGP : Unité de Gestion des Projets « appui au secteur public santé »

CNTS : Centre National de Transfusion Sanguine

OFNALAT : Office National de Lutte Anti-Tabac

AMM : Agence du Médicament de Madagascar

UPSM : Unité de Production de Soluté Massifs

DIFP : Directions des Instituts de Formation des Paramédicaux

Les Directions rattachées :

1-1) DIRECTION DES AFFAIRES FINANCIERES (DAAF)

SF : Service Financier

SILO : Service des Investissements et de la logistique

SIEM : Service des Infrastructures, Equipements et Maintenance

SSBC : Service de Suivi du Budget Central

1-2) DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES (DRH)

SPA : Service du Personnel Administratif

SPP : Service du Personnel Paramédical

SPM : Service du Personnel Médical

SFPP : Service de Formation et du Perfectionnement du Personnel

1-3) DIRECTION DES ETUDES ET DE LA PLANNIFICATION (DEP)

Spro : Service de la Programmation

SEDR : Service des Etudes et du Développement de la recherche

SSS : Service de la Statistique Sanitaire

1-4) DIRECTION DU SYSTEME D'INFORMATION (DSI)

SEMI : Service D'exploitation et de la Maintenance Informatique

SESIDI : Service des Etudes du Système d'Information et des Développements Informatiques.

STICU : Service de l'Appui en TIC aux Utilisateurs

1-5) DIRECTION DU SUIVI- EVALUATION ET DE L'AUDIT (DSEva)

SS EV : (Service du Suivi de l’Evaluation

SAI : Service de l’Audit Interne

1-6) DIRECTION DU PARTENARIAT (DP)

SDP : Service de Développement du Partenariat

SECC : Service des Etudes des Conventions et des Contrats

SPLSC : Service des Partenariats Locaux et Sociétés Civiles

1-7) LES SERVICES SPECIALEMENT RATTACHES

SRPI : Service des Relations Publiques Internationales

SlégPa : Service de la Législation et du Patrimoine

SMS : Service de la Communication et des Médias

SPS : Service de la Promotion de la Santé

2) DIRECTION GENERALE DE LA PROTECTION SOCIALE (DGPS)**2-1) DIRECTION DE LA PROTECTON SOCIALE (DProtS)**

SPPH : Service de la Promotion des Personnes Handicapées

SPPA : Service de la promotion des personnes Agées

SPRS : Service de Protection et de la Réinsertion Sociale (SPRS)

SFAS : Service de la Formation des Acteurs Sociaux

SAIDS : Service d’Appui aux Initiatives de Développement Social

2-2) DIRECTION DE LA PROMOTION DU GENRE (DPG)

SDG : Service du Développement du Genre

SVSF : Service Valorisation du Statut de la Femme

SApL : Service d’Appui et d’Intervention

2-3) DIRECTION DU PLANNING FAMILIAL (DPF)

SSRA : Service de la Santé de la Reproduction des Adolescents

SSPSR : Service de la Sécurisation des Produits de la Santé de la Reproduction

SVPF : Service de la Vulgarisation du Planning Familial

2-4) DIRECTION DE LA PROTECTION DE LA FAMILLE ET DE L'ENFANCE

SVF : Service de la Valorisation de la Famille

SPE : Service de la Protection de l’Enfant

2-5) DIRECTIONS DE LA SANTE DE LA MERE ET DE L'ENFANT

SSEA : Service de la Santé de l’Enfant et de l’Adolescent

SV : Service de la Vaccination

SMSR : Service de la Maternité Sans Risque

SNut : Service de la Nutrition

3) DIRECTION GENERALE DE LA SANTE (DGS)

Directions rattachées :

3-1) DIRECTION DE LA LUTTE CONTRE LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES (DLMNT)

SSBD : Service de la Santé Bucco-dentaire

SSO : Service de la Santé Oculaire

SLMV : Service de la Lutte contre les Maladies Liées aux Modes de Vie

SMT : Service de la Médecine du Travail

3-2) DIRECTIONS DES URGENCES ET DE LA LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES (DULMT)

SSurEpi : Service de la Surveillance Epidémiologie

SLTL : Service de la Lutte contre la Tuberculose et la Lèpre

SLP : Service de la Lutte contre le Paludisme

SLMER : service de la Lutte contre les Maladies Emergentes et Réemergentes

SSF : Service de la Santé aux Frontières

SLME : Service de la lutte contre les Maladies Endémiques

SUCA : Service des Urgences et des Catastrophes

SAGS : Service de l'Assainissement et du Génie Sanitaire

Programme rattaché : IST, VIH- SIDA

3-3) DIRECTION DES HOPITAUX DE REFERENCE DES REGIONS (DHRR)

SHPR : service des Hôpitaux Publics de Référence

SHP : service des Hôpitaux Privés

3-4) DIRECTION DU DEVELOPPEMENT DES DISTRICTS SANITAIRES (DDDS)

SDD : Service des Dispensaires de District

SHD : Service des Hôpitaux de District

SSLDP : Service de la Santé Libérale et des Dispensaires Privés

SPC : Service de la Participation Communautaire

3-5) DIRECTIONS DE LA PHARMACIE, LABORATOIRE ET DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE (DPLMT)

SPMT : Service de la Pharmacopée et de la Médecine Traditionnelle, SLab : Service du Laboratoire

SA-DHR : Service de l'Approvisionnement des Districts et des Hôpitaux de Référence

INTRODUCTION	1
PARTIE I : CADRE DE L' ETUDE ET DE LA METHODOLOGIE	3
CHAPITRE 1 : CADRE DE L' ETUDE	4
SECTION 1 : PRESENTATION DE L'INSTITUTION.....	4
1-1) Missions, attributions et structure d'organisation générale	4
1-2) Les Objectifs.....	5
1-3) Les principaux défis à relever.....	6
1-4) Les stratégies adoptées	7
1-5) Description de la Direction Générale de la Santé (DGS)	8
1-6) Présentation de la Direction Régionale de la Santé (DRS).....	9
SECTION 2 : L'AXE ET LA TECHNIQUE DE RECHERCHE	14
2-1) L'axe de recherche.....	14
2-2) Intérêt du stage et de la recherche.....	14
2-3) Les outils de la recherche	15
CHAPITRE 2 : METHODOLOGIE D'ANALYSE	16
SECTION 1 : PRESENTATION GENERALE DU COACHING	16
1-1) Historique du coaching	16
1-2) Notion générale du coaching	18
1-3) Déroulement du coaching	20
1-4) Le coaching d'équipe.....	22
1-5) Le développement récent du coaching au sein des institutions à Madagascar	23
SECTION 2 : IDENTIFICATION D'UN COACH	25
2-1) Qualification d'un « coach » en général	25
2-2) Les conditions pour choisir un coach	26
2-3) le rôle d'un coach pour le développement d'une équipe	27
CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE.....	29
PARTIE II : ANALYSE DU COACHING ET DEVELOPPEMENT	
INSTITUTIONNEL	30
CHAPITRE 1 : DIAGNOSTIC DES PROBLEMES	30
SECTION 1 : LES FACTEURS PROVOQUANT L'IRREGULARITE, NON FIABILITE, NON EXPLOITABILITE DES RAPPORTS D'ACTIVITES DE LA DRS.31	31
1-1) Insuffisance de suivi et évaluation au niveau des Districts	31
1-2) Existence des conflits entre l'équipe de l'EMAR et l'EMAD	32
1-3) Difficulté de la DRS à organiser ses missions et ses attributions.....	32
SECTION 2 : DIAGNOSTIC DES PROBLEMES TECHNIQUES	34
Les problèmes techniques de la DRS	34
CHAPITRE II : LES FACTEURS POUR LA MISE EN ŒUVRE DU COACHING	35
SECTION 1 : ETUDE DES FACTEURS INFLUENCANT LE COACHING	35
1-1) Formation spécialisée de l'équipe de la Direction Générale de la Santé.....	35
1-2) Implémentation du coaching au niveau de la DRS.....	36
1-3) Programme de la Direction Régional d'Anosy.....	40
1-4) L'évaluation de la Direction Régionale de la Santé	41
SECTION 2 : ETAT DES RAPPORTS D'ACTIVITES DES DISTRICTS.....	43
2-1) Complétude des rapports	43

2-2) Promptitude des rapports	46
SECTION 3 : ANALYSE DE L'ETAT DES RAPPORTS D'ACTIVITE DE LA DRS D'ANOSY.....	48
3-1) Irrégularité des rapports.....	48
3-2) Non exploitabilité des rapports.....	49
3-3) Non fiabilité des rapports	50
CONCLUSION DE LA DEUXIEME PARTIE.....	51
PARTIE III : PROPOSITION DE SOLUTIONS, RESULTATS ATTENDUS ET RECOMMANDATIONS.....	52
CHAPITRE I : PROPOSITION DE SOLUTIONS	52
SECTION 1 : LES SOLUTIONS RELATIVES A LA NON FIABILITE, NON EXPLOITABILITE ET L'IRREGULARITE DES RAPPORTS D'ACTIVITES DE LA DRS	52
1-1) Renforcement du suivi et de l'évaluation au niveau des districts sanitaires.....	53
1-2) Adoption « d'un esprit d'équipe et coaching d'équipe » au sein de l'équipe.....	54
1-3) Accompagnement de la DRS pour l'organisation de ses missions et ses attributions.....	56
SECTION 2 : LES SOLUTIONS RELATIVES AUX PROBLEMES TECHNIQUES	58
Accompagnement de l'équipe de la DRS afin d'échapper à ses problèmes techniques.....	58
CHAPITRE 2 : LES RESUTATS ATTENDUS	59
SECTION I : AU NIVEAU DE LA DIRECTION REGIONALE DE LA SANTE	59
1-1) Une adoption du suivi et évaluation est opérationnelle au niveau des Districts Sanitaires	59
1-2) Un « esprit d'équipe et le coaching d'équipe » sont instaurés	60
1-3) La DRS a une organisation plus efficace.....	61
1-4) La DRS est plus performante.....	62
SECTION 2 : AU NIVEAU NATIONAL	63
Contribution au développement de l'économie nationale	63
CHAPITRE III : LES RECOMMANDATIONS	64
SECTION 1 : LES RECOMMANDATIONS DESTINEES A L'EQUIPE DE LA DRS	64
1-1) Accompagner la DRS à réaliser un suivi et une évaluation de ses districts	64
1-2) Accompagner la DRS pour la gestion des conflits entre les deux équipes.....	65
1-3) Pratiquer le Coaching pour organiser les missions et les attributions de la DRS.....	66
SECTION 2 : LES RECOMMANDATIONS DESTINEES A L'INSTITUTION.....	68
Profiter des solutions élaborées par l'institution	68
CONCLUSION DE LA TROISIEME PARTIE	69
CONCLUSION GENERALE	70