



**EHESP**

---

**Directeur des soins**

Promotion : **2008**

Date du Jury : **Septembre 2008**

---

**Le management par la performance :  
une démarche de pilotage pour le  
directeur d'institut de formation  
sanitaire**

---

**Fabrice GOBEAUT**

---

# Remerciements

---

Je remercie toutes les personnes qui ont contribué, d'une manière ou d'une autre, à la réalisation de ce mémoire professionnel, et en particulier :

Messieurs Eric ROUSSEL et Ndomété POUNEMBETTI, lecteurs avisés de mon projet de mémoire, qui ont convié la performance à ma table de travail,

Monsieur Patrice LOMBARDO, tuteur de positionnement, mais surtout « compagnon » d'une année de professionnalisation,

Mesdames Brigitte SIFFERLEN et Françoise CHACORNAC, qui m'ont apporté leur expérience et leur réflexion lorsqu'elles m'ont accueilli en stage,

Tous les professionnels qui m'ont reçu dans le cadre de mon enquête, dont les témoignages constituent un atout de grande valeur pour investir mes futures fonctions,

Carole, dont l'amitié m'a été précieuse pendant cette formation,

Ma famille, pour tout ce qu'elle seule peut m'apporter.

---

# Sommaire

---

Introduction.....	1
<b>1 Repères théoriques : management et pilotage d'un institut de formation sanitaire .....</b>	<b>7</b>
<b>1.1 La performance d'une organisation.....</b>	<b>7</b>
1.1.1 Un concept polysémique.....	7
1.1.2 Un choix de modèles .....	8
1.1.3 Une réalité pour les instituts de formation sanitaire .....	9
<b>1.2 Le management par la performance .....</b>	<b>10</b>
1.2.1 Une fonction du DSDIF .....	10
1.2.2 Une démarche managériale.....	10
<b>1.3 Un besoin d'outils pour piloter .....</b>	<b>11</b>
1.3.1 L'évaluation.....	11
1.3.2 Les indicateurs.....	12
1.3.3 Les tableaux de bord .....	12
<b>1.4 Synthèse de la première partie.....</b>	<b>13</b>
<b>2 Enquête : La performance en institut de formation sanitaire .....</b>	<b>14</b>
<b>2.1 Méthodologie de l'enquête.....</b>	<b>14</b>
2.1.1 Population cible.....	14
2.1.2 Outil de prospection .....	15
2.1.3 Limites de l'investigation .....	15
<b>2.2 Résultats et analyse des entretiens .....</b>	<b>16</b>
2.2.1 Les représentations : de réelles convergences .....	16
2.2.2 Le management : le partage du sens pour un projet .....	18
2.2.3 Le pilotage : une instrumentation à opérationnaliser .....	20
2.2.4 Un acteur central : le directeur d'institut de formation.....	22
2.2.5 Partenariats et contractualisation : les chemins de la raison .....	22
<b>2.3 Synthèse de l'enquête.....</b>	<b>23</b>

<b>3 Pistes à suivre : pour une performance et un avenir partagés .....</b>	<b>25</b>
<b>3.1 La performance : un choix politique.....</b>	<b>25</b>
3.1.1 Les projets, donneurs de sens à la vie de l'institut .....	25
3.1.2 Le bilan d'activité, étape formalisée des progrès réalisés .....	26
<b>3.2 Le management de la performance : un management systémique.....</b>	<b>26</b>
3.2.1 Participation et responsabilisation, pour une implication négociée .....	26
3.2.2 Régulation et décisions, pour un ordre choisi.....	27
<b>3.3 La démarche de performance : une démarche de partenariat .....</b>	<b>28</b>
3.3.1 En interne, mutualisation et convention.....	28
3.3.2 En externe, fédération et contractualisation .....	28
<b>3.4 Le pilotage de la performance : des indicateurs à partager et des tableaux         de bord à élaborer .....</b>	<b>29</b>
3.4.1 Des indicateurs au contrôle de gestion .....	29
3.4.2 De l'informatisation, au système d'information .....	30
<b>3.5 Performance et stratégie : pour un projet d'avenir .....</b>	<b>30</b>
3.5.1 Ouverture et diversification, pour un pôle de formation sanitaire .....	30
3.5.2 Réactivité et flexibilité, à l'écoute de la société .....	31
Conclusion.....	<b>33</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>37</b>
<b>Liste des annexes.....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.
ARF	Association des Régions de France.
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation.
BDSP	Banque de Données Santé Publique.
COM	Contrat d'Objectifs et de Moyens.
CPRI	Conseiller Pédagogique Régional Infirmier.
CR	Conseil Régional.
DAF	Directeur des Affaires Financières.
DRASS	Direction Régionale des Affaires Regionales Sanitaires et Sociales.
DRESS	la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques ?
DRFSC	Directeur Regional des Formations Sanitaires et Sociales.
DSDIF	Directeur des Soins, Directeur d'Institut de Formation.
DSG	Directeur des Soins Gestion.
EHESP	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.
EIADE	Ecole d'Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat.
EPRD	Evaluation Prévisionnelle des Recettes et des Dépenses.
EPS	Etablissement Public de Santé.
HAS	Haute Autorité de Santé.
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat.
IFA	Institut de Formation d'Ambulancier.
LMD	Licence Master Doctorat.
LOLF	Loi Organique relative aux Lois de Finance.
ONDAM	Objectif National de Dépense de l'Assurance Maladie.
ONDPS	Observatoire National des Professions de Santé.
PIB	Produit Intérieur Brut.
RGPP	Revisión Générale des Politiques Publiques.
RQ	Responsable Qualité.
T2A	Tarifification A l'Activité.
TBP	Tableau de Bord Prospectif.
VAE	Validation des Acquis de l'Expérience.

## Introduction

Les indicateurs de performance socio-économique ont envahi le champ médiatique ces vingt-cinq dernières années : taux de chômage, inflation, déficits publics...

Le poids de la dette publique française représentait 63,7%<sup>1</sup> du produit intérieur brut (PIB) en 2006. La réforme générale des politiques publiques (RGPP), lancée par le gouvernement en juillet 2007 vise à « *diminuer la dépense publique tout en renforçant l'efficacité et la qualité de l'action publique* »<sup>2</sup>. Cette démarche s'appuie sur la mise en œuvre, depuis janvier 2006, de la nouvelle procédure budgétaire initiée par la Loi organique relative aux lois de finance<sup>3</sup> (LOLF), qui évalue la performance des différents programmes publics sur l'atteinte d'objectifs de trois types :

- Les objectifs d'efficacité socio-économique répondant aux attentes du citoyen,
- Les objectifs de qualité de service intéressant l'utilisateur,
- Les objectifs d'efficacité de la gestion intéressant le contribuable.

« *En s'inscrivant dans une logique de pilotage par la performance, l'administration passe d'une logique de moyens à une logique de résultats* »<sup>4</sup>.

Les établissements de santé ne sont pas restés à l'écart de ces mouvements. Ont été mis en œuvre :

- Pour les objectifs socio-économiques ; le financement des établissements de santé par une enveloppe fermée, l'Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM) en 1996<sup>5</sup> et le financement par la Tarification à l'Activité (T2A) depuis 2005<sup>6</sup>,
- Pour les objectifs de qualité ; le développement de la qualité des soins depuis 1996<sup>7</sup>, aujourd'hui certifiée par la Haute Autorité de Santé (HAS) et le droit à la qualité des soins depuis 2002<sup>8</sup>,
- Pour les objectifs d'efficacité de gestion ; la Contractualisation des Objectifs et des Moyens (COM) des établissements de santé auprès des agences

---

1 Vie publique, 2007, « La gestion de la dette : objectifs et moyens (1985-2007) - La stabilisation progressive des dépenses de l'État à l'épreuve » (visité le 18 août 2008).

2 Ibid.

3 Loi organique n°2001-692 du 1er août 2001 relative aux lois de finances, p12480.

4 SINE.A, VEILLET.I, 2007, « La performance, un outil et une démarche indispensables au pilotage des politiques publiques », n° 335, p24.

5 Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. p 6320.

6 Loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, p21641.

7 Ibid

8 Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, p4118.

régionales de l'hospitalisation (ARH) en 1996<sup>9</sup>, et l'Evaluation Prévisionnelle des Recettes et des Dépenses (EPRD) depuis 2003<sup>10</sup>.

Ces différentes réformes hospitalières se sont accompagnées d'une modification de la gouvernance hospitalière en 2003<sup>11</sup>, soutenue par une refonte de l'organisation et des décisions au sein des établissements de santé. En effet, les résultats d'une activité de soins dépendent des hommes qui la réalise, mais aussi du management qui assure l'organisation de cette activité. La recherche de performance hospitalière est étroitement liée à l'implication de ses professionnels de santé et à l'ambiance sociale de l'établissement. Pour répondre à ce défi, les hôpitaux ont dû développer un système d'information, une comptabilité analytique, une politique de communication générale qui, au regard de l'ampleur des enjeux, a nécessité la création de services spécifiques.

La performance, qui se définit comme la capacité à atteindre les objectifs fixés, peut se décliner selon les dimensions individuelles, collectives et organisationnelles. « *Les trois dimensions de la performance sont indissociables, ce n'est qu'un point d'entrée, un angle de regard sur la performance globale* »<sup>12</sup>. Ces dimensions s'évaluent en s'appuyant sur des indicateurs qui sont généralement orientés vers l'efficacité, l'efficience, la qualité, les valeurs, mais aussi les capacités d'innovation développées au sein de l'organisation.

J'ai participé, en qualité de cadre hospitalier, au développement et à l'utilisation d'indicateurs pour améliorer la gestion et les résultats de l'organisation d'un bloc opératoire. Leur aide m'a été précieuse pour anticiper, guider et partager les nombreuses décisions et régulations imposées par cette fonction. Véritables outils de pilotage, ces instruments de bord ont été mis en place à l'aide d'un management participatif qui s'appuie sur un partage du sens et des objectifs de l'organisation, sur la responsabilisation, la contractualisation et la transparence, éléments clé d'un projet de service co-construit.

Lors de ma prise de fonction en qualité de cadre formateur, il y a cinq ans, dans un regroupement d'instituts de formation sanitaire, j'ai pu faire les constats suivants :

- Les objectifs de performance utilisés sont principalement ciblés sur la gestion des risques, les résultats, la satisfaction des étudiants et l'adaptation des dispositifs de formation aux compétences recherchées. Les éléments

---

9 Ibid

10 Décret n° 2005-1474 du 30 novembre 2005 relatif à l'état des prévisions de recettes et de dépenses des établissements de santé, p18593.

11 Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé, p7626.

12 TEIL A., 2002, « Défi de la performance et vision partagée des acteurs. Application à la gestion hospitalière. », p125.

économiques sont peu maîtrisés, car la gestion financière est complètement prise en charge par les services de l'établissement de soins support,

- Un suivi continu des résultats est réalisé en réunion pédagogique, mais les données comparatives sont peu mobilisées,
- Les tableaux de bord sont construits en réaction à une situation particulière,
- Le management participatif et responsabilisant a pour objectif l'amélioration continue du fonctionnement de l'organisation et de ses résultats,
- La formalisation et l'analyse des résultats sont utilisées pour le pilotage stratégique des instituts lors des conseils techniques des instituts.

La performance mobilise bien le management en place et constitue avec certitude un élément stratégique de l'institut. Pour autant, son utilisation reste essentiellement rétrospective et peu instrumentalisée, alors que le contexte actuel invite son développement. Pourquoi ?

- Parce que depuis la loi n°2004-809 du 13 août 2004, le budget des instituts, jusque-là noyé dans celui des hôpitaux, est l'objet d'arbitrages entre les établissements de santé supports des instituts et le Conseil Régional (CR) qui a en charge de subventionner le fonctionnement des formations sanitaires et sociales. Les tableaux de bord financiers, élaborés par les CR, sont les outils sur lesquels toutes les négociations s'appuient. L'exigence de performance économique est entrée de plein fouet dans les instituts,
- Parce que la démographie des professionnels de santé<sup>13</sup> laisse présager de grandes difficultés pour faire face à l'augmentation des besoins liée au vieillissement de la population. L'augmentation des quotas a été difficile à absorber par les instituts et les terrains de stage. L'attractivité des métiers de santé n'est plus ce qu'elle a été. Une solution semble se profiler depuis le rapport du Professeur Yvon BERLAND<sup>14</sup> et les recommandations de la HAS<sup>15</sup> sur les délégations de compétence. De nouveaux métiers et de nouvelles compétences sont à développer. Les instituts de formations sont tout désignés pour y contribuer. La performance des résultats, en termes d'adéquation des compétences aux besoins sociaux, légitimera ou non le rôle des instituts,

---

13 DHOS, 2003, « Fonction publique hospitalière, Données démographiques, Horizons 2015, Les perspectives », p18.

14 BERLAND Y., 2003, « Coopération des professions de santé : le transfert de tâche et de compétences », p36.

15 HAS, 2008, « Délégation, transferts, nouveaux métiers...Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? », p24.



- Parce que l'intégration des formations sanitaires dans une logique LMD<sup>16</sup> et la réingénierie de ces formations posent clairement la question des compétences des formateurs des instituts et de leur capacité à innover pour s'adapter à ces changements,
- Parce que les étudiants des formations sanitaires souhaitent jouer un rôle plus actif et plus de démocratie dans leur cursus de formation, comme peut en témoigner le récent arrêté<sup>17</sup> dit de « nouvelle gouvernance » des instituts,
- Parce que le regroupement d'instituts de différentes filières professionnelles, sous la coordination d'une seule direction, exige des capacités managériales de coordination, d'intégration, de mutualisation et d'acculturation souvent nouvelles pour ces structures.

Cet environnement changeant, impose un niveau de performance maximal de la part des instituts. La performance étant ici entendue, dans toutes les dimensions préalablement développées qui peuvent lui être reconnue. Le DSDIF est responsable du fonctionnement général de l'institut<sup>18</sup>, mais aussi du contrôle de la gestion des activités de formation et de l'utilisation des ressources, ainsi que du pilotage et du contrôle des projets concernant le dispositif de formation et ses objectifs<sup>19</sup>. Ainsi, le pilotage de l'institut, tant au niveau de l'utilisation de ses ressources, de son organisation, de ses résultats, que de la qualité de son fonctionnement, fait parties intégrante des missions du DSDIF, qui par la même est le manager de la performance de l'institut de formation sanitaire.

Fort de ce constat, sensibilisé par les enseignements dispensés à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), et me préparant aux responsabilités d'une direction d'institut, je saisis l'opportunité de mon mémoire professionnel pour questionner la performance comme modalité managériale et démarche de pilotage au service de la stratégie mise en place par les directeurs de soins directeurs d'institut de formation (DSDIF).

La question de départ que je formule est donc :

**En quoi le management par la performance est-il une démarche mise en œuvre et utilisée par le DSDIF pour piloter un institut de formation sanitaire<sup>20</sup> ?**

---

16 Licence Master Doctorat.

17 Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, p8324.

18 Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière, article 5, alinéas 6.

19 Ministère de la santé, DHOS, 2007, « Répertoire des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière », Fiche 1A405.

20 Le terme de sanitaire a été préféré à celui de paramédicale, car plus transversal et systémique.

Deux hypothèses sont à associer à cette question, en tant que réponse provisoire à la question :

- La performance est une modalité managériale utilisée par le DSDIF, car elle lui permet de fixer des objectifs de résultats, de progression, de satisfaction et de développement de l'institut.
- La performance est une démarche de pilotage du DSDIF, car elle demande de déployer des indicateurs et des tableaux de bord sur lesquels il s'appuie pour analyser le présent et décider des orientations pour l'avenir.

Afin d'éclairer les éléments de cette recherche professionnelle, la première partie de l'exposé aura pour objectif, à partir de lectures bibliographiques essentiellement destinées au monde des entreprises, de partager et de définir un cadre de référence commun, sur l'utilisation de la performance dans le management d'une organisation telle qu'un institut de formation sanitaire, mais aussi sur la pertinence de la démarche de pilotage qu'elle propose.

Outillé de ces repères théoriques, un deuxième temps d'enquête, sous forme d'entretiens semi directifs, permettra de soumettre la question et les hypothèses posées à l'expérience et aux réalités des acteurs impliqués dans la performance des instituts de formation sanitaire. Les personnes qui ont été interviewées sont : des DSDIF, des Directeurs des soins et des activités paramédicales<sup>21</sup> (DSG), des Conseillers Pédagogiques Régionaux Infirmiers (CPRI), des Directeurs des Formations Sanitaires et Sociales du Conseil Régional (DRF), mais aussi deux responsables de la qualité (RQ).

Pour terminer ce travail de prospection professionnelle sur la performance en institut de formation sanitaire, des préconisations, résultats d'une démarche compréhensive entre mon questionnaire, les repères théoriques et l'épreuve du terrain, seront exposées selon cinq axes, ceux de la politique institutionnelle, du management, de l'instrumentalisation, du réseau et de la stratégie prospective

Il ne restera plus alors qu'à formaliser une conclusion, étape provisoire avant de repartir vers d'autres questionnements, ceux qui permettent de continuer à faire progresser l'organisation qui me sera confiée.

---

21 Ministère de la santé, DHOS, 2007, « Répertoire des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière », Fiche 1A406-1.

# 1 Repères théoriques : management et pilotage d'un institut de formation sanitaire

L'objet de cette première partie est de poser les bases d'un langage et d'une vision partagés, qui sont les préalables nécessaires à une compréhension commune du sujet traité.

## 1.1 La performance d'une organisation

### 1.1.1 Un concept polysémique

*« Parce qu'elle vise le progrès, la performance est une ardente obligation à rechercher, mais parce qu'en même temps elle inquiète, car elle renvoie à la compétition et à la rentabilité, une clarification sur la performance attendue est à réaliser »<sup>22</sup>.*

Le terme de performance est effectivement souvent utilisé, mais plus rarement défini. En fonction de ses représentations et de ses valeurs individuelles, son sens peut être fort différent : boursier pour un banquier, chronométrique pour un sportif, ou encore, artistique pour un acteur. Cette absence limite le partage d'une vision commune de la performance, en particulier dans la culture des services publics. Dans le champ de la formation sanitaire, il n'était abordé jusqu'alors que sous l'angle des résultats aux épreuves de certification, laissant de côté le processus, les ressources, l'environnement et les compétences mobilisées.

Concernant la performance des organisations, quatre types de modèles sont retrouvés dans la littérature :

- Le modèle des objectifs rationnels fondés sur l'analyse des résultats socio-économiques,
- Le modèle des ressources qui postule que la détention de ressources accroît la performance,
- Le modèle des relations humaines qui subordonne la satisfaction des parties prenantes de l'organisation avec sa performance,
- Le modèle des processus internes qui soit par la normalisation, soit par la maîtrise des processus décisionnels, garantit la performance de l'organisation.

*« La performance d'une organisation est le résultat de compromis et de tensions entre différentes dimensions »<sup>23</sup>. Cet équilibre est précaire, car « une organisation ne peut être*

---

22 LAMOUREUX R., 2006, « La performance à l'hôpital public : entre ardente obligation et application adaptée », Conférence de l'Association des Directeurs d'Hôpitaux, Lyon.

23 SICOTTE.C et al., 1999, « La performance organisationnelle des organismes publics de santé », Rupture, revue transdisciplinaire en santé, p 37.

*performante dans toutes les dimensions en même temps* »<sup>24</sup> et un excès dans un sens peut générer des effets graves dans un autre, mettant en danger l'organisation.

La complexité et la diversité des organisations débouchent sur autant de modèles d'analyse de la performance organisationnelle. Cette diversité me conduit à proposer un regard ciblé sur deux modèles qui serviront de guide à la compréhension des témoignages recueillis.

### **1.1.2 Un choix de modèles**

Mon choix s'est porté sur un modèle intégrateur, en misant sur la complémentarité et la recherche d'un équilibre négocié entre les différentes dimensions de la performance, qui a été développé par PARSONS (1951-1977) dans le cadre de sa Théorie de l'action sociale, et sur le modèle promu par la RGPP, celui de la LOLF.

Le modèle de PARSONS<sup>25</sup> intègre qu'une organisation sociale, pour survivre, doit être organisée autour de quatre pôles :

- Une orientation vers des buts,
- Une interaction avec son environnement pour acquérir des ressources et s'adapter,
- Une intégration de ses processus internes pour produire,
- Un maintien de valeurs et de normes qui facilitent et contraignent les trois fonctions précédentes.

Dans ce modèle, l'attention maximale est donnée à l'équilibre et aux tensions entre ces 4 pôles, définissant 6 fonctions d'alignement :

- L'alignement stratégique entre les pôles adaptation et atteinte des buts,
- L'alignement allocatif entre les pôles adaptation et production,
- L'alignement tactique entre les pôles atteinte des buts et production,
- L'alignement opérationnel entre les pôles maintien des valeurs et production,
- L'alignement légitimatif entre les pôles maintien des valeurs et atteinte des buts,
- L'alignement contextuel entre les pôles maintien des valeurs et adaptation.

Ce modèle, dynamique et systémique, donc complexe à intégrer et à comprendre, pose la difficulté de sa lisibilité, donc de son utilisation managériale au quotidien. Cette approche a par contre le mérite de proposer une grille de lecture organisée qui offre au DSDIF une vision stratégique plus fine de son institution.

Le modèle de la LOLF<sup>26</sup> propose une orientation économique qui s'appuie sur l'atteinte de trois types d'objectifs :

---

24 SIMON.Y, JOFFRE.P, 1997, « Encyclopédie de gestion », p 2198..

25 Ibid.

26 Loi organique n°2001-692 du 1er août 2001 relative aux lois de finances, p12480.

- Les objectifs en rapport avec le bénéfice des usagers, par la qualité du service rendu,
- Les objectifs en rapport avec le bénéfice pour les contribuables, au regard de l'efficacité de gestion,
- Les objectifs en rapport avec le bénéfice des citoyens, selon l'efficacité des actions conduites.

Chaque objectif doit être précis, concret, indiquer les résultats attendus et les actions à entreprendre. Il est accompagné d'indicateurs chiffrés qui sont renseignés pour le passé et pour l'avenir (cibles de résultats). Ce modèle, plus lisible, semble plus simple à utiliser pour communiquer et mobiliser les équipes des instituts de formation.

Ces deux modèles doivent être appréhendés sous l'angle de leur complémentarité, car « *la notion de performance définie ...par l'efficacité, l'efficience, la qualité, la productivité, la qualité de vie et l'innovation* »<sup>27</sup>, est ici enrichie par une analyse systémique et contextuelle des résultats.

### **1.1.3 Une réalité pour les instituts de formation sanitaire**

Les constats posés au début de ce travail montrent que la régionalisation du financement des formations sanitaires a ouvert la performance des instituts de formation sanitaire sur d'autres dimensions que celui du résultat pédagogique. « *La culture des régions repose sur des logiques d'adéquation de la formation et de l'emploi* »<sup>28</sup>. Le développement de la concurrence entre structures de formation de différents ministères est aujourd'hui palpable. La pérennité des instituts ne restera légitime que s'ils sont capables de :

- Organiser des modalités de sélection et de certification, rigoureuses et équitables,
- Proposer des parcours et un suivi individualisé aux étudiants,
- Adapter leurs modalités d'apprentissage,
- Développer les compétences internes requises,
- Attester de la qualité du processus de formation,
- Collaborer avec les futurs employeurs,
- Utiliser de manière optimale l'argent public.

Tous ces aspects de la performance organisationnelle peuvent être support au management de l'institut de formation sanitaire. Comment ?

---

27 BESOMBES B. et al., « Evaluation de la performance. Élaboration d'un tableau de bord d'aide au pilotage du plateau médico-technique », P262

28 AUTES.M, 2006, « La régionalisation des formations sanitaires et sociales. Les risques d'un déséquilibre. », p141.

## 1.2 Le management par la performance

« Poser le problème de la performance, c'est aussi s'interroger sur les nouveaux modes de management »<sup>29</sup>.

### 1.2.1 Une fonction du DSDIF

Le DSDIF est à l'interface de tous les décideurs et de toutes les décisions qui peuvent influencer les performances d'un institut de formation. Ses missions et ses activités, posées par le décret n°550-2002<sup>30</sup> et la fiche métier<sup>31</sup> de la DHOS le destinent à être au cœur du management de la performance, car c'est lui qui est responsable :

- De l'organisation de la formation dispensée dans l'institut,
- De l'organisation de l'enseignement,
- De l'animation et de l'encadrement de l'équipe,
- Du fonctionnement général de l'institut,
- Du pilotage et contrôle des projets,
- De l'utilisation des ressources,
- De la gestion prévisionnelle des compétences,
- De la coordination des activités,
- De l'élaboration du rapport d'activité.

Tous les aspects managériaux de l'institut de formation, qui reposent sur « *la stratégie et l'organisation* »<sup>32</sup> sont balayés par le champ de compétences dédié au DSDIF.

### 1.2.2 Une démarche managériale

La performance est une démarche d'amélioration continue des résultats des instituts. Son management passe par la définition des missions et des valeurs de la structure de formation, et par conséquent, ce que l'on peut en attendre. « *L'efficacité d'une organisation publique trouvera toute sa teneur si elle s'appuie sur la capacité à associer et à réconcilier des cultures et des visions différentes* »<sup>33</sup>.

« *Il faut d'abord convaincre et rassurer... qu'il y a là le vecteur d'une réforme gagnants gagnants* »<sup>34</sup>. En effet, « *aucune réforme des administrations n'a été réussie ces dernières années, sans un très fort volet relatif aux agents, qu'il s'agisse de leurs responsabilités, de leur mode de motivation ou de leur organisation* »<sup>35</sup>. Un management,

---

29 FOUCHET R., 1999, « Performance, service public et nouvelles approches managériales », p39.

30 Ibid.

31 Ibid.

32 HELFER JP et al., 2006, « Management stratégique et organisation », p89.

33 FOUCHET R.

34 SINE.A et LANNAUD.B, 2007, « La mesure de la performance de l'action publique », p253.

35 FOUCHET R., op.cit.

de type participatif et responsabilisant, permet d'intégrer les changements liés à la démarche de performance. La mise en place d'un processus où les phases de diagnostic, de fixation d'objectifs, de mise en route d'actions et d'évaluation de résultats se succèdent en boucle, s'inscrit dans une logique de projet qui a tout intérêt à être supportée par le projet d'école (ou d'organisation) de l'institut.

Le management adéquat doit être « *fondé sur la flexibilité et la réactivité, sur le développement de l'altruisme, l'ouverture d'esprit et le refus de tout dogmatisme* »<sup>36</sup>. La formalisation des engagements, par une contractualisation avec les différents partenaires de l'institut, facilite la transparence et la création d'un climat de confiance.

Au total, la gestion des performances nécessite « *le développement d'une vision commune de l'intérêt de l'organisation, la responsabilisation des acteurs, une délégation du pouvoir et la contractualisation d'objectifs* »<sup>37</sup>.

« *La démarche de performance ou démarche de pilotage par les performances* »<sup>38</sup> vise à mettre en œuvre un management qui permet de piloter des instituts de formation. « *Piloter, c'est voir plus loin, connaître la destination, connaître le chemin, connaître le bateau, connaître les écueils, connaître les courants, savoir utiliser les courants et éviter les écueils, connaître l'équipage, conduire le changement* »<sup>39</sup>. Ce pilotage s'appuie sur un recueil d'informations choisies, qui repose essentiellement sur le système d'information de l'institut, donc sur son système informatique.

Le pilotage de la performance propose au DSDIF un outil de management qui investit la démarche qualité, l'efficacité, les relations humaines et l'adaptabilité. Quels sont les outils requis ?

### **1.3 Un besoin d'outils pour piloter**

« *Le préalable indispensable à la performance est de savoir évaluer* »<sup>40</sup>.

#### **1.3.1 L'évaluation**

L'évaluation permet de « *donner du sens à ses actes* »<sup>41</sup>, par la mise en évidence et la distinction des valeurs recherchées. En ce sens, l'évaluation a toujours un aspect éthique. Elle a pour principe de « *passer de l'implicite à l'explicite, du subjectif à l'objectif, du caché à l'information partagée. L'objectif est de relever les écarts entre les objectifs attendus et*

---

36 FOUCHET R., op.cit.

37 ANHOURY.P., COINTEMENT.S, 1998, « Le contrôle de gestion. D'une logique budgétaire à la gestion des performances », p 402.

38 ÉTIENNE.J et WICKER.B, 2005, « L'usage des outils de pilotage élaborés par les Académies ou mis à leur disposition », p38.

39 RAYNAL S., 1996, « Le management par projet », p148.

40 DOURTHOUS.MC, 2002, « De la performance de l'évaluation médicale à l'évaluation de la performance hospitalière », p28.

41 DE PERETTI A., 1999, « L'évaluation a-t-elle un sens ? », p3.

les résultats produits »<sup>42</sup>. L'évaluation vise à clarifier le « positif, le possible, le souhaitable et le négatif d'une institution ». <sup>43</sup> Elle permet d'étalonner ses résultats par comparaison avec les autres, de déceler les bonnes pratiques et les facteurs d'amélioration. Parce que l'on n'améliore que ce que l'on mesure, la mise en place d'indicateurs est incontournable. Les indicateurs sont les principaux outils de l'évaluation d'une organisation.

### 1.3.2 Les indicateurs

Un indicateur est « une variable qui décrit un élément de situation ou une évolution d'un point de vue quantitatif. C'est un outil d'aide à la décision, dont l'utilisation s'inscrit dans une démarche qui répond à un objectif et se situe dans un contexte donné »<sup>44</sup>. Un bon indicateur doit être pertinent, utile, solide et vérifiable. Trop complexes ou trop agrégés, ils ne sont pas compréhensibles par le plus grand nombre, donc inutiles. Leur construction est un travail difficile, consensuel et à questionner sans cesse. Leur appropriation est d'ailleurs facilitée quand ils correspondent à un besoin clairement identifié par les utilisateurs. Cette appropriation est indispensable pour faire accepter les indicateurs de performance comme outils de pilotage et non de contrôle. Leur mise en place est un moyen de réduire les incertitudes, par l'accompagnement du changement et l'aide à la décision.

Les indicateurs peuvent être déclinés à différents niveaux : stratégiques, de suivi ou opérationnels. Les indicateurs usuels sont les indicateurs d'activité, les indicateurs de suivi, les indicateurs de gestion et les indicateurs fixant un niveau à atteindre.

Dans les formations sanitaires, les indicateurs sont « diversement utilisés selon les établissements »<sup>45</sup>.

Dans l'enseignement supérieur, de nombreux indicateurs évaluent la qualité de l'accueil, du soutien scolaire, de la formation et de l'insertion professionnelle. La démarche qualité peut d'ailleurs être une véritable plate-forme pour débiter une démarche de performance. Le pilotage d'un institut de formation nécessite la réunion de nombreux indicateurs au sein de tableaux de bord.

### 1.3.3 Les tableaux de bord

Le tableau de bord est une présentation synoptique d'indicateurs qui donnent la vision synthétique d'une activité de l'institut de formation. Il doit permettre d'objectiver la

---

42 DARTOIS C., 2006, « Evaluation et tableaux de bord ou comment faire parler les chiffres », p2.

43 GUSTIN A., 2001, « Management des établissements scolaires. De l'évaluation institutionnelle à la gestion stratégique », p56.

44 ANAES, 2002, « Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé, principes généraux », p8.

45 SIFFERLEN B., 2006, « Indicateurs d'activité : Quelles utilisations pour le Directeur des soins en Institut de Formation en Soins Infirmiers ? », p48.



performance de chacune des sous-activités, d'observer et juger de l'impact de telle ou telle action correctrice sur l'ensemble du processus. Son rôle essentiel est d'accompagner le dialogue de gestion, d'aider à l'analyse, et donc de permettre la prise de décision. La décision est un processus coopératif où chacun agit dans son domaine d'expertise, donc avec un tableau de bord qui lui est dédié.

Un tableau de bord doit être constitué d'un nombre d'indicateurs de pilotage limités et stratégiques, « *toute décision se contentant de dix indicateurs maximum* »<sup>46</sup>. La lisibilité de ces tableaux doit permettre une attitude « *réactive, préactive et proactive* »<sup>47</sup> du DSDIF.

En 1992, Kaplan & Norton ont développé une méthode de gestion par tableau de bord prospectif (TBP)<sup>48</sup>, combinant indicateurs financiers et non financiers. Ils prônent le suivi de quatre groupes d'indicateurs : financier, client, processus interne et apprentissage organisationnel. L'apport des TBP est de situer l'apprentissage organisationnel comme celui qui contient les moyens et les facteurs d'amélioration des trois autres. Il reflète la motivation et la compétence des salariés. Le TBP a permis de comprendre que la performance ne dépend pas seulement de l'excellence d'individualités, mais de leur capacité à coordonner leur travail avec celui de l'équipe.

Ces tableaux de bord requièrent un système d'information et des réseaux, tant matériels qu'humain, ajustés à la complexité des instituts de formation sanitaire.

#### **1.4 Synthèse de la première partie**

Le contexte actuel situe la performance comme un enjeu majeur pour le DSDIF. La performance est multiple et complexe. Ses finalités doivent être comprises et partagées par tous les acteurs de l'institut avant de débiter la démarche de performance, car la source principale de performance d'un institut de formation est constituée par ses ressources humaines. Le management par la performance utilise les mêmes étapes que tout projet d'amélioration. Elle repose sur la confiance, la transparence, la contractualisation et le partenariat. La performance est un « *état d'esprit stimulé par quelques outils* »<sup>49</sup>. Ces outils sont les indicateurs et les tableaux de bord, qui n'existent qu'à travers un système d'information. Le pilotage par la performance n'est pas un outil, « *c'est une philosophie, c'est une culture* »<sup>50</sup> qui ne peut s'apprécier que dans la durée.

---

46 ELLUL F., 2003, « un tableau de bord : pourquoi, pour qui et comment ? », (visité le 18 août 2008).

47 GODET.M, 1997, « Manuel de prospective stratégique ». Volume 1, p68.

48 NOBRE.T, 2002, « Le tableau de bord prospectif : un outil de gestion pour l'hôpital ? », p173.

49 BILLON A et al., 2007, « La mesure de la performance dans le cadre de la mise en oeuvre de la LOLF dans l'enseignement supérieur », p18.

50 SINE.A, VEILLET.I, 2007, « La performance, un outil et une démarche indispensables au pilotage des politiques publiques », p23.

## 2 Enquête : La performance en institut de formation sanitaire

Les constats initiaux de la problématique, maintenant éclairés par des repères théoriques issus de la bibliographie, la deuxième étape du mémoire consiste à confronter la question de départ et les hypothèses posées à la réalité du terrain.

### 2.1 Méthodologie de l'enquête

Je rappelle que la question initiale est :

- « En quoi le management par la performance est-il une démarche mise en œuvre et utilisée par le DSDIF pour piloter un institut de formation sanitaire ? »,

À laquelle les deux hypothèses suivantes proposent une réponse provisoire :

- « La performance est une modalité managériale utilisée par le DSDIF, car elle lui permet de fixer des objectifs de résultats, de progression, de satisfaction et de développement de l'institut »,
- « La performance est une démarche de pilotage du DSDIF, car elle demande de déployer des indicateurs et des tableaux de bord sur lesquels il s'appuie pour analyser le présent et décider des orientations pour l'avenir »

Les objectifs de l'enquête sont donc de repérer :

- La place de la performance dans les représentations et le management du DSDIF.
- Les méthodes et les outils utilisés par le DSDIF pour piloter un institut.

#### 2.1.1 Population cible

La performance d'un institut est étroitement liée à son organisation et à ses ressources internes, mais aussi à son environnement. À ce titre, la performance d'un institut est collective. C'est pourquoi j'ai souhaité élargir le champ de mon enquête aux partenaires qui ont «une force mobilisatrice»<sup>51</sup> pour les instituts de formation sanitaire :

- Le Directeur des formations sanitaires et sociales du Conseil Régionale (DRF), pour la performance économique,
- Le Conseiller Pédagogique Régional Infirmier (CPRI) de la DRASS, pour la performance qualitative,
- Le Directeur des soins de gestion (DSG), pour la performance au regard de l'efficacité de la formation,
- Le Directeur des soins formation (DSDIF), pour la stratégie développée au bénéfice de la performance de l'institut.

J'ai souhaité rencontrer ces quatre responsables sur quatre régions sanitaires distinctes. Un rendez-vous a été annulé, car impossible à reporter dans des délais acceptables. Au

---

<sup>51</sup> COTE.M, MALO.MC, 2003, « La gestion stratégique, une approche fondamentale », p38.

cours de l'enquête, j'ai introduit dans le panel deux responsables qualités (RQ), au regard des bénéfices possibles d'une démarche qualité dans la performance d'un institut.

L'échantillon très large de DSDIF, c'est-à-dire en charge d'instituts ou d'écoles de différents niveaux ou filières de formation, a voulu valoriser les éléments communs à ma problématique. Au total 17 personnes<sup>52</sup> ont été sondées.

### **2.1.2 Outil de prospection**

Au vu de mes objectifs de recherche, j'ai privilégié une démarche qualitative qui permet à la personne de s'exprimer librement sur ses représentations, ses valeurs et son vécu, et tendre à une compréhension approfondie de la question posée. J'ai donc eu recours à des entretiens semi directifs qui utilisent un guide commun<sup>53</sup> à tous les interlocuteurs, chacun des thèmes proposé pouvant être plus ou moins développé selon leur sensibilité individuelle.

Les thèmes proposés sont fixes, alors que les questions de relance ont utilisé des éléments identifiés comme étant propres aux responsabilités spécifiques de chaque interlocuteur. Le guide a été testé auprès d'un DSDIF, de ce fait exclu du panel, et de collègues de promotion.

Les entretiens ont été pris par téléphone. Leur durée a été d'environ une heure. Sept<sup>54</sup> entretiens se sont déroulés par téléphone, au regard des difficultés d'agendas et de déplacement. Tous les entretiens ont été enregistrés, après avoir obtenu l'accord des différentes personnes et leur avoir garanti une totale confidentialité dans leur utilisation.

Je tiens à noter l'intérêt de mes interlocuteurs pour le sujet et leur engagement à mobiliser leur expérience pour enrichir les entretiens.

### **2.1.3 Limites de l'investigation**

La limite la plus mesurable est celle du temps, extrêmement contraint dans une formation dense, ponctuée de travaux et d'évaluations.

L'étude aurait pu être complétée par une observation des pratiques et des outils utilisés, mais pour avoir expérimenté ce travail en stage, son extension m'est apparue totalement irréalisable dans les délais impartis.

Par ailleurs, la réalisation de ce type de travail de prospection reste pour moi occasionnelle, donc soumise aux limites de mon manque d'expérience.

---

<sup>52</sup> Annexe I - Distribution des personnes rencontrées.

<sup>53</sup> Annexe II - Guide d'entretien.

<sup>54</sup> Annexe I - Ibid.

## 2.2 Résultats et analyse des entretiens

Les résultats des entretiens ont été dactylographiés et entrés dans une grille d'analyse qui comporte quatre thèmes majeurs : la définition de la performance, le management par la performance, le pilotage de la performance, les développements souhaités de la performance. La présentation suivra cette logique, mêlant les résultats avec leur analyse. Sur les dix-sept heures d'enregistrement, seuls les éléments récurrents, distinctifs, superposables ou variables seront retenus. D'abord par catégorie d'interlocuteurs, puis entre types d'interlocuteurs, et pour terminer entre régions.

### 2.2.1 Les représentations : de réelles convergences

Malgré l'évidente hétérogénéité des représentations et des enjeux individuels, la performance des instituts de formation sanitaire a fait l'unanimité sur un sens commun, celui de « *former des professionnels compétents* » (DSDIF4), « *fournir les compétences professionnelles adaptées au terrain* » (DSG2), « *avoir une formation de qualité* » (DRF2), ou encore, « *développer les compétences professionnelles* » (DSDIF1). La finalité d'un institut de formation professionnel est bien identifiée comme devant développer des compétences sanitaires adaptées aux besoins de la population.

Pour autant des divergences s'expriment. En effet, on peut relever que les DSDIF sont très attachés au processus pédagogique, comme élément central du développement des compétences recherchées : « *la performance, c'est la pertinence du dispositif pédagogique au regard des finalités* » (DSDIF1), « *l'ingénierie de formation est centrale dans la performance d'un institut* » (DSDIF2), « *un projet pédagogique de qualité est indispensable pour un institut performant* » (DSDIF3), et « *la performance passe par la qualité de la formation* » (DSDIF4). Souvent anciens formateurs, le lien entre le développement pédagogique et la gestion d'un institut est pour les DSDIF une composante majeure du développement de la performance. L'un d'entre eux, coordinateur de plusieurs instituts, pense que la « *cohérence pédagogique inter-écoles, doit être encouragée au bénéfice de compétences partagées entre filières professionnelles* » (DSDIF4).

Cette attention particulière au dispositif de formation est fortement partagée avec les RQ. Pour moi (RQ2) « *la qualité de la formation est primordiale, elle doit être attestée par une démarche formalisée* », tandis que pour RQ1, « *la satisfaction du client, c'est à dire les étudiants, est l'objectif de la qualité, donc de la performance d'un institut* ». La qualité, en termes de valeur des diplômes délivrés, caractérise les instituts performants pour les CPRI lorsqu'ils « *respectent le cadre réglementaire* » (CPRI2), ou ne « *s'éloignent pas trop des textes* » (CPRI4).

Ce deuxième élément, la satisfaction des apprenants, est celui qui revient le plus, mais sous plusieurs aspects. Pour les RQ, « *le client c'est l'étudiant. De plus, c'est souvent lui*

qui paye»(RQ4), tandis que pour les DSDIF , «avoir des étudiants qui s'épanouissent » (DSDIF3), alors que pour les CPRI c'est « faire respecter l'équité envers les étudiants » (CPRI1), et pour les DRF, « un institut doit offrir de bonnes conditions d'apprentissage aux étudiants » (DRF3). Pour les DSG, « l'encadrement en stage doit être bien organisé, alors que c'est de plus en plus compliqué » (DSG3). L'étudiant doit, pour tous, bénéficier de la performance des instituts.

Pour beaucoup, la qualité des apprentissages est caractérisée par le dispositif lui-même, mais encore plus par les formateurs qui y participent. Pour le DSDIF4, « la compétence des formateurs conditionne le résultat de la formation », tandis que pour le DRF3, « je ne pose pas la question du ratio étudiant formateur, mais celle des compétences des formateurs », et pour le CPRI2 « les formateurs doivent évoluer vers un niveau universitaire ».

L'exigence de performance, qui s'est introduite dans les formations sanitaires avec la régionalisation des financements, est d'ordre économique. Les premiers intéressés sont les DRF, ils déclarent, « Sur ma lettre de mission, c'est clair, l'efficacité économique est en première place » (DRF3), « les montants financiers engagés doivent être correctement utilisés » (DRF1), « le calendrier budgétaire nous impose d'anticiper l'équilibre des comptes » (DRF2), et « la transparence économique est un enjeu pour nous ». Ils ne sont pas les seuls, les DSDIF mesurent l'enjeu stratégique du financement et disent que « je n'ai jamais vu aussi clair dans mes comptes, et cela me donne à la fois plus de responsabilité, mais aussi plus de possibilités de négociations » (DSDIF3), ou encore, « y voir plus clair dans ses finances permet de faire des choix plus pertinents » (DSDIF4).

Un aspect intéresse spécifiquement les DSDIF et les CPRI, il s'agit du management des instituts. Pour les premiers, « le management et l'ambiance qui règne dans un institut influencent énormément les résultats des étudiants » (CPRI4), ou encore « si je constate un management trop directif à l'égard des étudiants, je surveille leurs résultats » (CPRI3), alors que pour les seconds, « toute l'équipe participe aux bons résultats des étudiants » (DSDIF1), mais aussi, « optimiser la gestion des ressources humaines est un passage obligé pour avoir des résultats » (DSDIF4).

Au total, toutes les dimensions de la performance sont identifiées si l'on réunit toutes les personnes interrogées. La dimension collective de la performance prend ici toute sa véracité. L'enquête relève toutefois des écarts.

- Pour les DSG, la priorité est au résultat, en termes de réponse aux besoins des hôpitaux.
- Pour les DRF, la priorité est à l'efficacité, s'est à dire à la justification de la bonne utilisation des deniers publics, tout en recherchant la capacité des instituts à diversifier leur offre de formation, pour répondre aux besoins locaux du territoire.

- Pour les CPRI, le respect de la règle et la sécurisation des procédures critiques est un enjeu d'équité à l'égard des étudiants, tout autant que la qualité des professionnels formés.
- Pour les RQ, la démarche de contrôle et d'évaluation du processus de formation est le passage obligé de la performance.
- Seuls les DSDIF arrivent à avoir une vision globale de la performance d'un institut. Bien que leur histoire personnelle les conduise à porter un intérêt particulier à la pédagogie et à l'ingénierie de formation, le management, les ressources humaines, l'encadrement en stage, la démarche qualité, les compétences développées et l'efficacité économique sont en permanence présents dans leur discours comme étant des éléments de la performance des instituts.

Leur management en est-il pour autant influencé ?

### **2.2.2 Le management : le partage du sens pour un projet**

Le management des instituts sera apprécié sous deux angles. Le premier, interne, le sera auprès des DSDIF, des CPRI et des RQ, alors que le deuxième, externe, le sera auprès des DSG et des DRF.

Concernant les DSDIF, leur management se caractérise par plusieurs éléments. Le plus significatif est l'importance accordée à l'implication de l'ensemble de l'équipe, qu'elle soit administrative, logistique ou pédagogique. Pour le DSDIF1, « *la cohérence de l'équipe est fondamentale* », alors que pour le DSDIF 2, « *l'appropriation des valeurs est un préalable* », et que pour le DSDIF, « *il faut fédérer les énergies* ». Le deuxième aspect managérial collectivement développé concerne la démarche projet, le plus souvent en référence au projet pédagogique, mais aussi quelquefois au projet d'organisation de l'institut, comme démarche co-construite déclinant des intentions et des moyens, mais aussi des objectifs opérationnels à atteindre. Pour le DSDIF4, « *le projet permet d'accompagner les changements d'organisation, de fixer des axes de progression* », tandis que pour le DSDIF3, « *le projet pédagogique est l'élément moteur du travail d'équipe, celui qui permet de faire accepter les objectifs les plus difficiles* », et que pour le DSDIF2, « *la qualité est porteuse dans l'équipe, bien que cela ait remis des habitudes en question* ». Le dernier point de concordance entre les DSDIF est la volonté de responsabiliser leurs collaborateurs sur des pôles de responsabilités, définis et encadrés par des objectifs à atteindre. À ce sujet, le DSDIF2 a organisé « *la redéfinition des tâches et des responsabilités en s'appuyant sur les fiches de poste* », tandis que le DSDIF3 pratique « *l'autoévaluation et la définition d'objectifs de progrès avec les formateurs* », et que pour le DSDIF4, « *les cadres de filière ont un champ de responsabilité bien défini, qui leur donne de l'autonomie mais aussi des objectifs* ».

Les CPRI identifient deux types de management dans les instituts : les « *autoritaires et rétrogrades* » (CPRI4) et ceux qui sont « *basés sur le dialogue, l'écoute et la négociation* » (CPRI1). Les conséquences en sont fort différentes, d'un côté « on peut travailler ensemble » CPRI3, et de l'autre, « *on voit arriver les problèmes avec les étudiants* » (CPRI4).

Pour les RQ, le management est un aspect incontournable de la politique qualité. Le management « *est défini dans le projet général de l'institut* » (RQ4), quand il n'est pas directement évalué par le référentiel sous l'angle de « *sa capacité à laisser tout le monde s'exprimer* » (RQ2).

Le regard externe des partenaires des instituts est assez tranché. Pour les DSG, il y a les instituts avec lesquels « *on peut travailler et construire quelque chose ensemble* » (DSG1), et ceux qui « *ne veulent pas sortir de leurs murs* » (DSG2). D'un côté, le management est perçu comme « *un bon état d'esprit pour progresser ensemble* » (DSG3), et de l'autre comme « impossible de savoir ce qui se passe, tellement nos relations sont difficiles » (DSG2).

Concernant les DRF, leur vision différencie les DSDIF qui « *montrent une vision macro plutôt que micro dans leur fonction, même avec leur équipe* » (DRF3) de ceux qui « *pratiquent la politique de l'autruche* » (DRF4), ainsi que ceux qui « *font toujours la même chose* » (DRF3) d'avec ceux qui « *acceptent d'ouvrir leurs instituts à différents type de formations* » (DRF1).

Au total :

- Le management mis en œuvre rassemble tous les éléments propres à une politique de développement des performances : participation de tous les niveaux de l'organigramme, formalisation des engagements à travers un projet et responsabilisation sur la base d'objectifs opérationnels. Pour autant, mes interlocuteurs disposant d'une vision régionale notent que cette attitude est loin d'être homogène.
- Pour autant, bien que s'appuyant sur une volonté de progrès continu, la performance n'est jamais l'objet énoncé du management. Elle est partie prenante de toutes les démarches qui s'appuient sur des résultats quantifiables, moins sur des éléments qualitatifs, hormis ceux qui appartiennent au projet pédagogique. Le projet d'organisation des instituts, qui est un « *choix stratégique...pour garantir la qualité de la formation* »<sup>55</sup>, est souvent supplanté par le projet pédagogique.
- Le management utilise toutes les méthodes de la performance, sans toujours s'y référer. La voie du projet est la plus utilisée, comme dans l'enseignement

---

<sup>55</sup> LOMBARDO P., 2005, « Le projet d'école en Institut de Formation en Soins Infirmiers », p45.

supérieur<sup>56</sup>. La performance malgré cela est le plus souvent perçue comme un résultat qui s'exonère du processus, hormis pour les RQ..

### 2.2.3 Le pilotage : une instrumentation à opérationnaliser

Toutes les personnes rencontrées s'accordent sur la nécessité de disposer d'informations sélectionnées et disponibles au bon moment pour décider. L'efficacité du pilotage en dépend. Pour autant, tous ne sont pas à égalité, et les outils les plus élaborés sont en possession des DRF. Leur manque d'expérience dans les formations sanitaires a imposé qu'ils recourent à des sociétés d'audit pour développer des outils de comptabilité analytique. Deux sociétés se sont partagé l'essentiel du marché, KPMG<sup>57</sup> et GESTE<sup>58</sup>. Les RDF en disent que, « *avec les tableaux de bord dont nous disposons, maintenant tout est clair sur les budgets de fonctionnement et les aides aux étudiants* » (DRF3), ou aussi, « *les outils qui ont été développés sont maintenant opérationnels* » (DRF2). Ces éléments sont utilisés par les DSDIF et les directions des affaires financières des établissements supports, lors des réunions contradictoires de budget. À ce sujet, les DSDIF déclarent que « *au début, ces outils étaient obscurs, mais maintenant que l'on a compris, on a de quoi négocier* » (DSDIF2), ou encore, « *Le CR nous a permis de devenir des vrais gestionnaires de budgets, avec des choix à faire* » (DSDIF4).

Les indicateurs les plus anciens sont ceux qui sont fournis par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DRESS) sur l'origine et les résultats aux certifications professionnelles. Aujourd'hui, ces données semblent manquer de précision et d'exactitude. Le DRF1 déclare, « *on a eu de gros écarts entre les résultats de nos études et les chiffres de la DRESS* », alors que le CPRI4 reconnaît que « *certaines instituts fournissent leurs chiffres avec beaucoup de difficultés* », mais surtout, le CPRI3 note, « *depuis l'arrêté du 21 avril 2007, il est très difficile de savoir si un étudiant à arrêté définitivement ou provisoirement* » et « *les causes d'arrêts d'étude sont mal documentées* » (DRF1). A ce sujet certaines régions ont avancées. Le CPRI3, « *un groupe de travail régional a proposé un modèle de rapport d'activité standardisé qui sera utilisé par tous les instituts fin 2008* », et le DRF1, « *nous avons constitué un groupe de travail avec le CPRI de la région et quelques DSDIF pour uniformiser le recueil d'information et tenter de diminuer le taux d'érosion et d'échec* ».

Dans les instituts, les données pédagogiques sont les mieux suivies. « *Nous suivons l'évolution des résultats de chaque promotion et de chaque étudiant* » (DSDIF3), mais, « *nous n'avons pas développé de tableaux de bord globaux sur les résultats, ni fixé*

---

<sup>56</sup> BILLON.A et al.,2007, « La mesure de la performance dans le cadre de la mise en oeuvre de la LOLF dans l'enseignement supérieur », p20.

<sup>57</sup> Société KPMG, 2008, (visitée le 18 août 2008).

<sup>58</sup> Société GESTE, 2008, (visitée le 18 août 2008).



*d'objectif » (DSDIF2). Les outils mis en place sont essentiellement réactifs. Seul l'institut disposant d'un RQ propose une démarche construite et instrumentée, en particulier sur la satisfaction collective des étudiants. Le RQ4 : « les dossiers individuels des étudiants permettent de savoir en permanence où ils se situent par rapport à la promotion, mais aussi par rapport au deux années précédentes », de plus, « le conseil d'administration fixe des objectifs de résultats pour chaque type d'épreuve », mais encore, « nous évaluons la satisfaction des étudiants pour chaque enseignement, chaque module et chaque stage », et surtout, « nous avons débuté une enquête à 6 mois de certification pour identifier ce qui manque aux jeunes diplômés ».*

Les DSDIF réalisent aussi des évaluations de satisfaction, mais « *on ne fixe pas d'objectifs par avance » (DSDIF3), et « nous ne connaissons la satisfaction des employeurs qu'au moment où ils nous appellent » (DSDIF2).*

A ce sujet, il est à noter que certains DSG ont mis en place « *un processus d'intégration des nouveaux diplômés où l'écart entre leurs compétences réelles et celles qui sont recherchées sont identifiées »(DSG1), et aussi, « tous nos jeunes diplômés sont encadrés et évalués par un référent » (DSG2). Des données sont donc disponibles, mais ne sont pas toujours mises au profit d'une démarche d'amélioration des instituts. Dans un cas, « les DSDIF et les formateurs participent au travail de groupe avec les tuteurs » (DSG1), alors que dans l'autre, « nous avons sollicité l'institut, mais sans succès » (DSG2)*

Concernant le développement des ressources internes, les DSDIF cherchent à « *connaître l'activité exacte de l'équipe, tant administrative que pédagogique» (DSDIF3), et ont parfois « développé un tableau de bord individuel et informatisé que chacun remplit une fois par semaine » (DSDIF3), ou encore « assuré la traçabilité des activités de tout le personnel » (DSDIF4). Cela leur permet de « négocier avec l'équipe des réorganisations et d'expliquer au DRF le rôle des formateurs » (DRF3), mais aussi, « d'optimiser la gestion et la mutualisation des personnels du pôle de formation, là où sont les besoins » (DRF4). Cependant, certains DSDIF se contentent de profils de postes, par «*manque d'outils adaptés » (DSDIF1). Les compétences des formateurs sont le plus souvent suivies individuellement lors « des entretiens annuels de notation » (DSDIF3), mais ne sont pas cartographiées et organisées dans un tableau de bord. Pour autant les DSDIF veillent à « encourager l'ouverture des formateurs sur l'université » (DSDIF1), à « utiliser la formation continue pour maintenir le niveau de compétence de l'institut » (DSDIF4), et à « recruter sur profil plutôt que sur diplômes » (DSDIF2).**

#### Au total :

- Des indicateurs de performance existent et sont utilisés par tous les acteurs,
- Les indicateurs ont des promoteurs spécifiques : financiers pour les DRF, de certifications pour les CPRI, de compétences acquises pour les DSG, de gestion des instituts pour les DSDIF, et de satisfaction des étudiants pour les RQ.

- Les indicateurs sont hétérogènes et mériteraient une co-construction et une compréhension partagée entre les différents partenaires des instituts de formation.
- La démarche de performance des instituts repose sur la volonté du DSDIF,
- La standardisation des indicateurs à produire est en cours,
- Le système d'information reste à construire,
- Le manque de transparence peut constituer un handicap fort à l'utilisation d'indicateurs, vécus comme outils de « *flicage* »<sup>59</sup>, plutôt que de pilotage.

#### **2.2.4 Un acteur central : le directeur d'institut de formation**

Toutes les personnes rencontrées sont unanimes et confirment les données du cadre théorique, le DSDIF est :

- « *Indispensable pour comprendre ce qui se passe dans un institut* » (DRF3),
- « *Porteur du projet qualité* » (RQ2),
- « *Le responsable le mieux à même de piloter de l'intérieur, en tenant compte des évolutions extérieures* » (DSDIF1),
- « *Le garant de l'équité et du dialogue social au sein de l'institut* » (CPRI3),
- « *Celui qui collabore ou pas avec les soignants* » (DSG2).

Au total, le DSDIF est bien perçu comme étant l'interface, le lien et le « leader » de la performance des instituts de formation sanitaire. « *Sans sa bonne volonté, il est difficile de faire bouger les choses* » (DRF1).

#### **2.2.5 Partenariats et contractualisation : les chemins de la raison**

La performance ne se décrète pas et ne se réalise pas seule. Quelles sont les modalités pratiquées et préconisées sur le terrain ?

La base de la performance collective repose sur des organisations « *économiques et mutualisées* » (DSDIF4), « *une appropriation des projets* » (CPRI4), « *le partenariat et la collaboration, et une reconnaissance réciproque* » (CPRI3), « *notre capacité à se comprendre et à aller au-delà de nos sensibilités personnelles* » (DRF2), « *mieux intégrer les professionnels de terrain dans les dispositifs pédagogiques* » (DSDIF1), « *le développement d'une culture commune* » (RQ2).

La performance est clairement identifiée comme le résultat d'une volonté manifeste de travailler ensemble, en respectant les prérogatives et les compétences de chacun. « *Au début les relations ont été tendues, et depuis que l'on a appris à se connaître, on trouve de nombreux points d'accords* » (CPRI3).

---

<sup>59</sup> BREST G., 2007, « Stratégie : actualité et futur de la direction d'institut de formation en soins infirmiers dans le cadre de la régionalisation »,p34.

La démarche de performance économique, lancée par les CR, a redynamisé les réseaux relationnels et encouragé le partenariat. Comment se manifeste celui-ci ?

Entre le DSDIF et DSG : « *l'encadrement des étudiants est une procédure co-signée entre l'hôpital et l'institut* » (DSDIF1), et « *les contrats de stage sont là pour impliquer les étudiants et les responsabiliser* » (DSDIF2).

Les DRF : « *nous souhaitons contractualiser sous forme d'un contrat d'objectif type EPRD* » (DRF2), et « *nos outils sont le contrat d'objectif pour les formations diplômante, et les appels d'offre pour les formations continues* » (DRF3).

Au total :

- Le partenariat est devenu incontournable après trois années de régionalisation qui ont relancé une dynamique générale de co-construction,
- La contractualisation est sollicitée comme formalisation de la transparence et du respect des objectifs négociés entre les différentes parties.

### **2.3 Synthèse de l'enquête**

Au terme de cette enquête, quels sont les enseignements à retenir :

- La culture de la performance est mise en œuvre par le DSDIF à travers les projets de l'institut. Toutes ses dimensions ne sont pas investies à l'identique,
- La performance souffre encore aujourd'hui d'un manque de consensus sur ses finalités et son utilisation, responsable de réserves sur instrumentation,
- Les outils existants sont des outils de pilotage pour le DSDIF,
- Les indicateurs et les tableaux de bord ne peuvent pas être utilisés pleinement, faute de standardisation et de système d'information dédié,
- L'utilisation proactive de la démarche de performance n'est que partielle.

Quand est-il des hypothèses de départ ?

La première est partiellement vérifiée : le management par la performance est bien utilisé par les DSDIF, mais de manière partielle, car certains objectifs ne sont pas posés et toutes les dimensions de la performance ne sont pas évaluées.

La deuxième hypothèse est, elle aussi, partiellement vérifiée : l'élaboration et l'utilisation d'indicateurs mobilisent les DSDIF, pour qui le pilotage des instituts consiste à prendre des décisions à partir d'informations fiables. Cependant, les outils restent à construire, en particulier les TBP, pour une utilisation plus prospective.

À partir des éléments qui viennent d'être présentés, leur utilisation dans le cadre de mon projet de DSDIF, m'invite maintenant à développer les pistes de progrès sur lesquelles la performance pourra asseoir son bien fondé dans les instituts de formation sanitaire.

### **3 Pistes à suivre : pour une performance et un avenir partagés**

Au terme de l'enquête, l'exigence de performance des instituts de formation sanitaire ne souffre d'aucune ambiguïté. La période initiale de crispation entre les instituts et leurs tutelles, liée au remodelage des relations et des tensions qui en découlent, laisse progressivement la place à un désir d'avancer, d'aller plus loin, d'apporter des réponses concrètes aux questions posées. Quelles sont les orientations qui doivent guider l'action du DSDIF, acteur central du management des instituts de formation ?

À cette étape du travail, c'est avec l'esprit rationnel du chercheur et l'intuition instinctive de l'homme que je développerai les cinq pistes qui me semblent se dégager et constituer un cadre d'action précieux pour mon exercice professionnel.

#### **3.1 La performance : un choix politique**

Les valeurs de l'équipe, socle fondamental de son activité, doivent être partagées, formalisées et communiquées. Le projet constitue aujourd'hui l'outil de choix pour définir la politique de l'institut de formation. Quels sont les projets à construire ?

##### **3.1.1 Les projets, donneurs de sens à la vie de l'institut**

Le projet politique de l'institut est aussi appelé projet d'école ou projet d'organisation. Son objectif est de définir les finalités, les motivations, les moyens d'action et d'évaluation de l'organisation. Construit en partant d'une étape d'analyse compréhensive du parcours de l'institut, sa mise en œuvre sera le fruit d'une attention et de négociations continues avec les membres de l'équipe. Il énonce les fondamentaux de la conception pédagogique et du management de l'institut. C'est la quête de sens dans l'activité quotidienne qui est ainsi recherchée. La performance, encadrée par les valeurs du service public et celles de la formation pour adulte, une fois déclinée en objectifs opérationnels et en indicateurs de suivi, constitue le point d'encrage tangible et palpable des intentions collectives. *«L'élaboration d'un projet d'école revient à se doter d'un instrument de pilotage »<sup>60</sup>*. La phase stratégique de ce projet doit faire l'objet d'une analyse fine des ressources et des faiblesses de la structure, mais aussi des opportunités et des contraintes de son environnement. La position stratégique du DSDIF trouve ici toute sa justification.

La déclinaison opérationnelle de ce projet est développée dans le projet pédagogique des formations dispensées. Projet programmatique de la mise en œuvre d'un dispositif qui est centré sur l'acquisition de compétences, il s'appuie sur les valeurs affirmées dans le projet d'école. En déclinant dans la créativité des relations et des stratégies pédagogiques, les

---

<sup>60</sup> CHACORNAC F., 2006, « Le projet d'école d'infirmier anesthésiste : un instrument de pilotage du directeur de soins », p71.

conceptions défendues par l'institut de formation, il crée un lien continue et synergique entre le projet d'école et le projet pédagogique. Les formations sanitaires couvrent actuellement un champ très large, allant des métiers de l'assistance à l'encadrement de proximité, qui demande une adaptation au cas par cas du projet pédagogique.

### **3.1.2 Le bilan d'activité, étape formalisée des progrès réalisés**

La performance s'inscrit obligatoirement dans une démarche d'évaluation des résultats de l'institut. Le suivi des objectifs ne pouvant totalement s'exonérer du rythme des programmes et des instances, ces moments doivent être valorisés pour pointer les réussites et les difficultés, et mobiliser les énergies là où il y a nécessité.

Le bilan d'activité, état des lieux annuel de la vie de l'institut, constitue l'outil idéal pour formaliser et communiquer l'avancée des différents projets et leur niveau de résultats. Sa présentation doit permettre un accès rapide et compréhensible aux données stratégiques de l'institut, celle qui intéressent le plus grand nombre. Pour autant, il est aussi un moyen de reconnaître le travail réalisé par tous, ce qui lui impose une grande exhaustivité, avec pour corollaire une consultation moins aisée. Le rapport d'activité doit donc pouvoir être décliné avec différents niveaux de précision, selon l'interlocuteur auquel il s'adresse. Une attention particulière doit être portée au bilan d'activité communiqué lors du Conseil Pédagogique (ou Technique). Instances de consultation et de décision, elles constituent la « vitrine » des instituts, un lieu de communication stratégique incontournable pour le DSDIF.

## **3.2 Le management de la performance : un management systémique**

La diffusion des informations constitue l'un des dix rôles décrit dans l'approche fonctionnelle du Directeur par Mintzberg<sup>61</sup>, mais aussi un rôle d'entrepreneur à l'initiative du changement. Cela requiert un management particulier, le management systémique, issue d'une vision globale, ouverte et orientée vers la promotion du changement, où il s'agit d'apprendre à rester toujours en mouvement dans un monde changeant, dont je retiens deux aspects particuliers.

### **3.2.1 Participation et responsabilisation, pour une implication négociée**

La performance ne se déclare pas, elle se partage et elle vit à travers l'ouverture, les échanges et le respect mis en avant par le DSDIF dans ses relations avec son environnement et son équipe. Elle repose donc sur un management participatif qui encourage le dialogue, les échanges et les prises de position.

---

<sup>61</sup> MINTZBERG H., 2006, « Le manager au quotidien – Les 10 rôles du cadre », Paris, Edition d'organisation, 2<sup>ème</sup> édition, p67.283p

Cette position met le DSDIF dans un rôle de régulateur qui favorise les apprentissages collectifs, tout en confiant des responsabilités particulières et bien identifiées à chacun de ses collaborateurs.

La responsabilisation, consiste à savoir confier des missions spécifiques, relevant d'aptitudes ou de souhaits personnels à chaque membre de l'organisation, mais aussi à proposer, tant au niveau des activités partagées, que de celles relevant d'un seul individu, des niveaux d'exigence et des résultats à atteindre négociés et soutenus par un échancier réaliste et ajustable.

La transparence doit habiter ces relations, pour que le simple fait de devoir rendre des comptes ne relève pas du contrôle hiérarchique, mais d'un échange basé sur la confiance et la certitude qu'une seule ambition l'anime : progresser ensemble.

Ces modalités doivent être encadrées par des procédures et des écrits, qui constitueront les traces des engagements pris et la base des évaluations et des possibles réajustements. La fiche de poste, l'évaluation individuelle, par pôle de responsabilité, ou par activité serviront de guide à la formulation des objectifs et à leur traçabilité.

### **3.2.2 Régulation et décisions, pour un ordre choisi**

L'organisation systémique privilégie l'autodiscipline plutôt que le contrôle hiérarchique. À cette fin, un cadre doit être posé pour signifier à l'organisation ce qui revient à chaque niveau de décision et ce qui est propre à la responsabilité de chacun. L'organisation générale et la conception de la formation, posées dans le projet d'école, en définissent le contour général. La mise en œuvre opérationnelle passe par des temps individuels et collectifs de rencontres. Ces temps, à la fois programmés et spontanés, sont les espaces dans lesquels le DSDIF fera vivre et négociera autour des responsabilités convenues et acceptées par chacun. Cette modalité interactive doit offrir à la fois la souplesse et la rigueur justifiée par une société où la procédure prévaut trop souvent sur l'entente préalable. Ces allez et retours continus entre la règle générale et ses applications particulières sont particulièrement responsabilisant, organisant un cadre de pratique réflexive sur l'ordre négocié.

Une approche particulière doit être signalée. En effet, le management systémique, interactif et participatif, peut être décliné sous une modalité beaucoup plus normative, celle de l'assurance qualité. L'enquête nous a montré que les démarches d'amélioration continue de la qualité pouvaient être une porte d'entrée intéressante pour le développement de la performance. A notre connaissance, les expériences conduites montrent que la présence d'un professionnel de la qualité est un facteur réel de réussite.

Par ailleurs, l'apparition de coordonnateurs de pôles de formations sanitaires impose une définition claire des responsabilités et des règles de décision entre les responsables de filières professionnelles et le DSDIF coordonnateur.

### **3.3 La démarche de performance : une démarche de partenariat**

La démarche de performance des instituts est au cœur de relations tutélaires et fonctionnelles, pour lesquelles une réelle évolution vers un partenariat consenti est incontournable.

#### **3.3.1 En interne, mutualisation et convention**

Les premiers partenaires, les plus anciens, sont les équipes de direction, les professionnels des unités de soins qui accueillent les étudiants en stage et, lorsque les instituts sont regroupés dans un pôle universitaire, les équipes des différentes filières de formation.

La régionalisation du financement des formations a renforcé les liens, antérieurement distants, entre le DSDIF et le DAF. Les équipes de direction ont dû développer des relations fonctionnelles pour argumenter l'utilisation des ressources économiques au DRF, lors des réunions contradictoires. Cette collaboration gagnerait à intégrer les contrôleurs de gestion des établissements, quand cela n'est pas déjà fait.

Ce rapprochement, mis en place assez régulièrement avec les unités de soins qui accueillent des étudiants, doit se systématiser, sous la forme de groupes de travail et d'échanges, chargés de créer du lien et d'organiser les relations entre les structures. Le résultat de cette activité est l'objet d'une trace écrite qui officialise les engagements réciproques.

Cette mutualisation des ressources internes de l'établissement doit aussi gagner les structures de formation, trop souvent enfermées sur leur corps de métier. Les fonctions logistiques, documentaires et administratives justifient d'une supervision moins morcelée, alors que la cartographie des compétences pédagogiques de tous les instituts peut être l'objet de nombreux enseignements et travaux partagés, source de liens et de culture, utiles à la pratique professionnelle.

#### **3.3.2 En externe, fédération et contractualisation**

Les instituts, dans l'univers concurrentiel de la formation professionnelle, disposent souvent de ressources qui en font des prestataires capables de répondre aux besoins de formation continue des professionnels en activité. Leur réseau d'intervenants constitue une source de compétences rarement fédérées. Une vision globale des besoins et un management transversal des moyens ouvrirait des potentiels de développement insoupçonnés.

Les liens avec l'Etat et son représentant, le CPRI, relèvent actuellement beaucoup plus du conseil et de l'animation d'un réseau d'instituts, que du contrôle de légalité. Ce postulat admis, le CPRI, qui dispose d'une vision régionale et même nationale des besoins et des difficultés des instituts, se positionne clairement comme le partenaire qualité, par son

implication dans la réalisation de procédures communes, qui sécurisent les pratiques à risques des instituts et facilitent l'exploitation des informations transmises à la DRASS.

Les DRF, partenaires financiers des instituts, souhaitent une formalisation des engagements négociés avec les instituts subventionnés. Si elle est basée sur un principe de performance, cette contractualisation pourrait réunir dans un document commun et pour une durée fixée (généralement 3 ans), une stratégie et des objectifs, un engagement sur des moyens, l'identification de réformes, et des indicateurs permettant de mesurer l'atteinte des objectifs. Cette logique, qui pourrait s'officialiser assez rapidement, engage les DSDIF dans une vision prospective de leurs ressources, faisant d'eux des gestionnaires, mais aussi de réels partenaires, capables de créer leurs propres richesses, et les négocier.

Cette dimension prospective comporte une prise de risque qui doit pouvoir s'analyser à l'aide d'outils.

### **3.4 Le pilotage de la performance : des indicateurs à partager et des tableaux de bord à élaborer**

Sans boussole, la performance peut n'être qu'un vœux pieux. Le développement d'outils dédiés, indicateurs et TBP, est donc indispensable au pilotage de la performance.

#### **3.4.1 Des indicateurs au contrôle de gestion**

Les outils de la performance ont pour finalité de mesurer des résultats et de les comparer, afin de retenir et sélectionner les pratiques qui donnent le plus satisfaction.

La construction d'indicateurs n'est pas chose aisée. Les indicateurs de pilotage doivent fournir des informations stratégiques de pilotage, et non amalgamer tous les chiffres disponibles. Le recours à l'expertise d'un cabinet spécialisé, ou plus simple, le soutien des contrôleurs de gestion de l'établissement support. Les éléments à analyser peuvent relever de particularités locales, mais un consensus national existe de manière explicite, au moins pour la DRESS et les CR, sur certains indicateurs. Le développement d'une ossature nationale est un axe fort de travail que les DSDIF doivent eux-mêmes coordonner, au moins pour ce qui relève des procédures générales, de la satisfaction des étudiants, de la gestion des ressources humaines, du niveau des compétences acquises en fin de formation et des activités nouvelles. Dans l'attente d'indications relevant d'une autorité nationale, le niveau minimum et significatif d'uniformisation doit être la région. La constitution d'un dispositif partagé, transparent et responsable est porteur d'un espoir de clarification sur la réelle valeur ajoutée des institut. Le retour des expériences existant déjà dans certaines régions peut constituer une base de départ suffisante pour monter quelques tableaux de bord ciblés. Dans le cadre de la réingénierie des formations, le pilotage des compétences pédagogiques des formateurs relèverait du bon sens. La



validation de ces outils nécessite une phase d'expérimentation préalable. À terme, des tableaux de bord synthétiques, ciblés sur les Domaines d'Activités Stratégiques des instituts, constitueront les outils de pilotage du DSDIF. La réactivité de ces outils est dépendante sur le plan informatique.

### **3.4.2 De l'informatisation au système d'information**

La majorité des instituts visités disposent d'un équipement informatique, issu et en réseau avec celui de l'hôpital support. Par contre, les logiciels dédiés à l'administration des instituts sont peu nombreux et ne couvrent pas toutes les dimensions de la performance. Les solutions les plus élaborées sont complexes d'emploi, alors que l'efficacité du recueil d'information passe par la convivialité des interfaces proposées aux utilisateurs. Les outils qui ont bénéficié de développements locaux, sur la base de tableurs ou de bases de données, montrent aujourd'hui leurs limites. L'expérience récente de l'informatisation hospitalière atteste de l'écueil constitué par cette situation.

L'interopérabilité doit être anticipée, évitant les doubles saisies sur informations disponibles dans plusieurs services de l'établissement support, tel le service des affaires financière ou celui des ressources humaines.

Une étude des produits disponibles dans les services de l'Education Nationale est à envisager pour sortir de cette impasse.

## **3.5 Performance et stratégie : pour un projet d'avenir**

La démarche et le management par la performance constituent une véritable révolution culturelle dans les services de l'Etat. Alors que l'enseignement supérieur s'y est engagé depuis le mois de janvier 2006, et que des rapprochements universités-formations sanitaires ont débuté, les instituts ne doivent pas prendre de retard. Au-delà de l'instrumentation, l'avenir des instituts, repose fortement sur leur capacité à s'ouvrir au monde de la formation professionnelle et aux attentes de la société.

### **3.5.1 Ouverture et diversification, pour un pôle de formation sanitaire**

Le droit à la formation tout au long de la vie, les cursus modulaires, l'émergence de nouveaux métiers et la validation des acquis de l'expérience sont de nouvelles modalités pour acquérir les compétences et les qualifications justifiées par l'évolution des pratiques professionnelles et des technologies. Les instituts doivent proposer une organisation capable d'assurer ces activités, ou d'autres le feront.

La taille de l'offre de formation doit intégrer un champ complet du monde du travail, en ce qui nous concerne, celui de la santé, où la vision transversale d'un lieu et d'une organisation des enseignements qui faciliterait l'appropriation d'une culture commune et d'un savoir travailler ensemble, indispensable dans le système de santé décloisonné qui se profile. Alors que le projet d'un tronc commun de formation entre les professions

médicales et paramédicales n'a pas débouché, et que de nombreux étudiants en médecine viennent se former dans les instituts de formation sanitaire, la réussite d'un pôle qui réunirait toutes les formations paramédicales serait un élément fort pour, qu'à terme, cette question soit reconsidérée.

La mise en commun d'enseignements ou de pratiques réflexives favorise la collaboration en situation de travail. Ces méthodes sont importantes à développer pour faciliter l'acquisition d'un exercice professionnel coordonné, demandent une vision générale du fonctionnement des instituts, favorisée par une organisation en pôle. Ce modèle propose aussi des échanges entre équipes pédagogiques, sources d'enrichissement et d'auto apprentissages.

Le rapprochement des professionnels du monde sanitaire et médico-social, si le raisonnement est mené jusqu'à son terme, pourrait conduire à la création d'un campus qui réunirait sur un même lieu l'ensemble de ces formations. Les campus universitaires les plus polymorphes ne sont-ils pas les plus dynamiques et les plus attractifs pour les chercheurs et les étudiants !

À cette étape des propositions, les perspectives de repositionnement de la fonction du DSDIF ont largement dépassé celles qui sont suscitées par la loi de décentralisation du 13 août 2004<sup>62</sup>. Ces perspectives me conduisent à penser qu'il n'y a pas que l'organisation qui doit être apprenante, mais aussi ses acteurs.

### **3.5.2 Réactivité et flexibilité, à l'écoute de la société**

La capacité à intégrer les changements culturels intergénérationnels a été l'objet de nombreuses réclamations des syndicats qui représentent les étudiants, en particulier en soins infirmiers. Les causes en sont multiples, mais un manque de démocratie et de respect était souvent rapporté par les étudiants. L'arrêté du 27 avril 2007<sup>63</sup> en est une des conséquences directes. Le monde change et les instituts doivent associer cette dimension stratégique dans leur organisation. La fonction de veille du DSDIF doit y contribuer.

Dans cet esprit, la flexibilité des instituts doit permettre d'individualiser les parcours et l'accompagnement scolaire, mais aussi, créer des plates-formes d'enseignements à distance accessibles par Internet, développer des laboratoires d'apprentissage clinique, et surtout, les impliquer dans l'évaluation du dispositif de formation qui leur est proposée.

Le rôle du DSDIF sera de sortir de son institution pour être à l'écoute du monde du travail, le sien, mais aussi tous les autres, et de la société. Sa participation aux instances hospitalières, mais aussi à des réunions de travail d'autres formations professionnelles et

---

<sup>62</sup> Loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux responsabilités et aux libertés locales, p14545.

<sup>63</sup> Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, p 8324.

universitaires seront les sources de stimulation et d'enrichissement de la curiosité, et de l'étonnement qui doit l'habiter.

Tous ces axes de projet constituent la trame de la lettre de mission et du costume de DSDIF que je souhaite revêtir. À l'évidence, le contexte local et le bilan initial orienteront mes pas vers certains chemins, plutôt que vers d'autres. Je veillerai cependant à la bonne adéquation entre mes écrits et mes actes, pour identifier les opportunités à saisir ou à créer, et asseoir ma crédibilité dans cette nouvelle fonction.

## Conclusion

Comment conclure un travail qui a mobilisé mon énergie, mon temps et mes valeurs pendant plus de six mois ? L'attitude du chercheur est celle que j'adopterai, convaincu que mon mémoire professionnel n'est pas une fin en soi, mais au contraire, la première pierre qui servira d'assise à mon futur exercice professionnel. L'objectif est ici atteint.

Partie d'une expérience de formateur où la performance était évaluée à l'aune des connaissances et des capacités développées, la formation statutaire de Directeur des soins m'a ouvert à bien d'autres dimensions. Pendant cette période, riche d'échanges, de rencontres et d'informations multiples, j'ai pris la mesure des changements en cours et à venir, et des responsabilités qui incombent au DSDIF. Les formations sanitaires, peu questionnées pendant de longues années, voient aujourd'hui leur légitimité interrogée de toutes parts : coûts, organisation, compétences développées, satisfaction des clients, management, capacité à s'adapter... Une espèce de boîte de Pandore<sup>64</sup> s'est subitement ouverte dans le cadre de la régionalisation du financement<sup>65</sup> du fonctionnement des formations sanitaires. La performance des instituts est au centre des différentes préoccupations et points de vue exprimés. Mon premier stage, circonstance d'entretiens avec de nombreux décideurs impliqués dans cette problématique, m'a encouragé à poursuivre dans cette voie, la pertinence et l'actualité du sujet n'ayant jamais été démenties.

Apprécier la performance d'une organisation en charge de former des professionnels de santé n'est pas chose aisée. Afin d'aller plus loin dans ma compréhension du problème, j'ai éclairé mes choix de nombreuses lectures. Je me suis dirigé vers deux modèles distincts d'analyse et d'évaluation de la performance. Aller au-delà de la simple mesure de l'atteinte d'un objectif me semblait indispensable pour prendre la mesure d'un environnement complexe. Le modèle de PARSONS, utilisé par le Commissaire à la santé et au bien être Canadien, pour évaluer les performances de son système de santé et de ses services sociaux, est, par son approche systémique et dynamique, celui qui m'a le mieux permis d'intégrer l'équilibre à développer entre les différentes dimensions de la performance. Cependant, son utilisation managériale me semble plus complexe. À ce titre, le modèle de la LOLF a l'avantage d'une méthode et d'une lisibilité plus aisées. Fortement promue par le gouvernement actuel, l'expérience des structures

---

<sup>64</sup> Mythologie Grecque.

<sup>65</sup> Op ;Cite.

d'enseignement supérieur pourrait être assez rapidement réinvestie dans les instituts de formation sanitaire.

Chargé de mes deux hypothèses et de mon guide d'entretien, je me suis entretenu avec 17<sup>66</sup> personnes impliquées dans la performance des formations sanitaires, dont 4 DSDIF. La performance, bien que présente dans la vie des instituts, reste un concept aux contours variables. La performance est pourtant quotidiennement utilisée dans le management par les DSDIF : des projets déterminent des axes de développement, des objectifs sont fixés, des indicateurs sont chargés de les évaluer et des actions correctives sont mises en oeuvre. Les outils de pilotage existent, mais sont très hétérogènes. Les indicateurs économiques développés par les CR sont les plus élaborés. La réaction des DSDIF s'est matérialisée par l'évaluation de l'activité des formateurs. Effectivement le coût salarial des formateurs représente 80% du coût de fonctionnement des instituts de formation. L'attention portée à la satisfaction des étudiants est réelle. L'évaluation la moins développée concerne l'adéquation des compétences aux besoins des recruteurs. Les DSG se plaignent pourtant d'un écart grandissant entre les capacités réelles des jeunes diplômés et les exigences des services de soins. Les structures qui ont une longue expérience de la démarche qualité, type ISO 9001<sup>67</sup>, sont les plus actives pour mesurer et réduire ce décalage. Le rapprochement et le partenariat entre les professionnels de terrain et les instituts est perçu comme une voie d'amélioration prometteuse. Des partenariats construits entre les établissements de soins et les instituts de formation permettent d'élaborer des référentiels de compétences, utilisés autant pour l'encadrement des étudiants en stage, que pour l'intégration des nouveaux diplômés.

Quelques constantes permettent d'orienter les pistes à suivre :

- La performance d'une organisation est collective et suppose que les valeurs et les finalités qui animent les personnes impliquées soient comprises et partagées de tous. La conduite de projets communs est un élément fédérateur fort, les échanges menés au cours de sa construction sont source d'une meilleure compréhension réciproque, et d'un cheminement vers l'autre qui participe à lever les résistances inhérentes aux différences culturelles,
- Les instruments de la performance, indicateurs et tableaux de bord, sollicitent des compétences de contrôleur de gestion pour dépasser la simple évaluation et atteindre le niveau requis pour piloter un institut de formation. Les instituts, malgré des initiatives individuelles, ne disposent pas des moyens des CR. La

---

<sup>66</sup> Annexe I.

<sup>67</sup> Organisation internationale de normalisation, 2000, Systèmes de gestion de la qualité : exigences organisationnelles.

performance pédagogique ne bénéficie pas des moyens d'analyse mis en œuvre pour la performance économique,

- Après trois années d'observations et d'acculturation, les différents protagonistes revendiquent une volonté de partenariats constructifs. Le service rendu aux citoyens prend progressivement le pas sur les tensions et les méfiances prévisibles dans cette recomposition des relations sociales,
- Les énergies mobilisées ont déplacé le rôle du DSDIF vers des fonctions de stratégie et de gestion. Ce changement, perçu et assumé, se traduit par de nouveaux organigrammes, où le DSDIF assure des fonctions de coordination d'instituts. Les DRF, CPRI et DSG interviewés y voient l'opportunité d'une plus grande cohérence du dispositif de formation sanitaire et d'une simplification des relations de travail.

La matière offerte par toutes ces rencontres, constitue aujourd'hui le terreau des pistes provisoires qui forment l'architecture de mon projet professionnel. Tourné vers l'avenir et promoteur de la performance des instituts de formation sanitaire, il s'appuie sur cinq axes qui sont : le projet politique de l'institut, le management systémique, la culture du partenariat , le contrôle de gestion et la stratégie prospective.

Sa mise en œuvre procédera par étapes négociées dans un esprit d'ouverture, sera portée par une volonté affirmée de progrès et éclairée par la mesure et la communication de ses résultats.

La performance dans la gestion publique, donc dans celle des instituts de formation sanitaire, répond à un impératif démocratique reconnu par les articles 14 et 15 de la Déclaration des Droits de l'homme et du citoyen, qui établissent, d'une part, que « *tous les citoyens ont le droit de constater,....,la nécessité de la contribution publique* » et, d'autre part, que « *la société a le droit de demander compte à tout agent public de son administration* ».

C'est donc guidé par les règles fondamentales du service public ; continuité, égalité, neutralité et adaptabilité, que je souhaite participer à la reconnaissance de la valeur ajoutée des directions d'institut de formation sanitaire.

N'est-ce pas « la légitimité même de l'Etat, et de son encadrement, qui est interpellée par l'exigence de performance des services publics ? »<sup>68</sup>

---

<sup>68</sup> DIZAMBOURG.B, 2006, « Le management public en formation », Op.Cite.

---

# Bibliographie

---

## **TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES :**

Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, Journal officiel de la République Française, 25 avril 1996, p 6320.

Loi organique n°2001-692 du 1er août 2001 relative aux lois de finances, Journal Officiel de la République Française n°177 du 2 août 2001, p12480, Version consolidée au 13 juillet 2005.

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, Journal Officiel de la République Française du 5 mars 2002, p4118.

Loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 (articles 22 à 34), Journal Officiel de la République Française n°293 du 19 décembre 2003, p21641.

Loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux responsabilités et aux libertés locales, Journal officiel de la République Française, 17 août 2004, p14545.

Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé, Journal Officiel de la République Française n°102 du 3 mai 2005, p7626

Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière, Journal officiel de la République Française, 23 avril 2002, p7187.

Décret n° 2005-1474 du 30 novembre 2005 relatif à l'état des prévisions de recettes et de dépenses des établissements de santé et modifiant le code de la santé publique le code de la sécurité sociale et le code de l'action sociale et des familles, Journal Officiel de la République Française n°279 du 1<sup>er</sup> décembre 2005, p18593.

Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, Journal Officiel n°108 du 10 mai 2007, p 8324.

## **OUVRAGES :**

BLANCHET.A, GOTMAN.A, DE SINGLY.F,2005, « L'enquête et ses méthodes : l'entretien », Paris : Armand Colin, 127p.

COTE.M, MALO.MC, 2003, « La gestion stratégique, une approche fondamentale », Gaétan Morin, 370p.

CREMANDEZ.M, 1997, « Le management stratégique hospitalier », InterEdition, 2<sup>e</sup> édition, 448p.

GODET.M, 1997, « Manuel de prospective stratégique. Volume 1 : Une indiscipline intellectuelle. » Dunod, 260p.

GUSTIN A., 2001, « Management des établissements scolaires. De l'évaluation institutionnelle à la gestion stratégique », Editions DEBOECK Université, 179p.

HELFER JP., KALIKA M., ORSONI J., 2006, « Management : stratégie et organisation », Paris : Vuibert, 428p.

MEIGNANT A., 2003, « Manager la formation », Paris : Liaisons, 6<sup>ème</sup> édition, 425p.

MINTZBERG H., 2006, « Le manager au quotidien – Les 10 rôles du cadre », Paris, Edition d'organisation, 2<sup>ème</sup> édition, 283p

RAYNAL S., 1996, « Le management par projet – Approche stratégique du changement », Les Editions d'organisation, 263 p.

SIMON.Y, JOFFRE.P, 1997, « Encyclopédie de gestion », MARMUZE C., « Performance », Edition Economica, Chapitre 118 p 2194 à 2207.

## **PERIODIQUES :**

ANHOURY.P., COINTEMENT.S, 1998, « Le contrôle de gestion. D'une logique budgétaire à la gestion des performances », Gestion Hospitalière, n°377, p 402-404.

AUTES.M. 2006, « La régionalisation des formations sanitaires et sociales. Les risques d'un déséquilibre. », Informations sociales, p 141.



BESOMBES B., all, « Evaluation de la performance. Élaboration d'un tableau de bord d'aide au pilotage du plateau médico-technique », p262

DRESS, 2001, « Éléments pour évaluer les performances des établissements hospitaliers », Dossiers Solidarité et Santé, n° 2, 111p.

FOUCHET R., 1999, « Performance, service public et nouvelles approches managériales », Politiques et management public, Volume 17, N°2, Tome 1 – A la recherche de la performance publique, p35-49.

NOBRE T., 2002, « Le tableau de bord prospectif. Un outil de gestion pour l'hôpital ? », Gestions Hospitalières, n°414, pp. 171-179.

SERRE O., SIGNAC F., 2007, « Elaboration de tableaux de bord. Une ardente obligation », Gestions Hospitalières, n°470, pp.638-643.

SICOTTE.C, CHAMAPAGNE.F et CONTANDRIOPOULOS.A.P., 1999, « La performance organisationnelle des organismes publics de santé », Rupture, revue transdisciplinaire de santé, vol 6, n°1, p34 à 46.

SINE.A, VEILLET.I, 2007, « La performance. Un outil et une démarche indispensables au pilotage des politiques publiques », in « LOLF : le bilan », Regards sur l'actualité, La documentation Française, n°335, pp 21-35.

## **RAPPORTS :**

ANAES, 2002, « Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé, principes généraux », 39p.

Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, DHOS, 2003, « Fonction publique hospitalière, Données démographiques, Horizons 2015, Les perspectives », 24p.

BERLAND Y., 2003, « Coopération des professions de santé : le transfert de tâche et de compétences », Rapport d'étape pour le Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, 58p.

Guide méthodologique pour l'application de la loi organique relative aux lois de finances du 1er août 2001, 2004, « La démarche de performance : stratégie, objectifs, indicateurs », 52p.

Haute Autorité de Santé, 2005, « Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé », Direction de l'accréditation et de l'évaluation en santé, 40p.

ÉTIENNE.J et WICKER.B, 2005, « L'usage des outils de pilotage élaborés par les Académies ou mis à leur disposition - Synthèse des notes académiques », Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, rapport n° 2005-082

ARKWRIGHT.E, DE BOISSIEU.C, LORENZI.JH et SAMSON.J, 2007, « Économie politique de la LOLF », Rapport du Conseil d'Analyse Économique, La Documentation française. Paris, 372 p.

BILLON.A, GILLE.B, DIZAMBOURG.B, VEDRINE.L, 2007, « La mesure de la performance dans le cadre de la mise en oeuvre de la LOLF dans l'enseignement supérieur », Rapport - n° 2007-070, Inspection générale de l'administration de l'Éducation nationale et de la Recherche, 48p.

HAS, 2008, « Délégation, transferts, nouveaux métiers...Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé Recommandation HAS en collaboration avec l'Observatoire National Des Professions de Santé, 61p.

### **THESES ET MEMOIRES :**

TEIL A., 2002, « Défi de la performance et vision partagée des acteurs. Application à la gestion hospitalière. », Thèse de Doctorat es science de gestion, IFROSS, Lyon 3, 414 p.

LOMBARDO P., 2005, « Le projet d'école en Institut de Formation en Soins Infirmiers », Rennes, Ecole nationale de la santé publique (E.N.S.P.), 85p.

CHACORNAC F., 2006, « Le projet d'école d'infirmier anesthésiste : un instrument de pilotage du directeur de soins », Rennes, Ecole nationale de la santé publique (E.N.S.P.), 77p.

DAGORET C., 2006, « L'adéquation entre les attentes des clients et la stratégie managériale : place de la démarche qualité dans la formation professionnelle », Rennes, Ecole nationale de la santé publique (E.N.S.P.), Mémoire de Directeur des Soins, 57p.

DOURTHOUS.MC, 2002, « De la performance de l'évaluation médicale à l'évaluation de la performance hospitalière », Directeur d'hôpital, Mémoire ENSP, 96p.

SIFFERLEN B., 2006, « Indicateurs d'activité : Quelles utilisations pour le Directeur des soins en Institut de Formation en Soins Infirmiers ? », Rennes, Ecole nationale de la santé publique (E.N.S.P.), Mémoire de Directeur des Soins, 83p.

PAQUET PY., 2007, « Quelle stratégie pour le directeur des soins en IFSI, dans le cadre du transfert des formations sanitaires et sociales aux régions ? », Rennes, Ecole nationale de la santé publique (E.N.S.P.), Mémoire de Directeur des Soins, 62p.

BREST G., 2007, « Stratégie : actualité et futur de la direction d'institut de formation en soins infirmiers dans le cadre de la régionalisation », Rennes, Ecole nationale de la santé publique (E.N.S.P.), Mémoire de Directeur des Soins 64p.

### **DOCUMENTS ELECTRONIQUES :**

ELLUL F., 2003, « un tableau de bord : pourquoi, pour qui et comment ? », Lettre du CEDIP n°25, LE CEDIP (visité le 18 août 2008), Disponible sur Internet : <http://www.3ct.com/ridf/index.htm>

Premières assises de la décentralisation des formations sanitaires et sociales, Supplément info flash, 1<sup>er</sup> au 15 avril 2006, n°677, p.1 (consulté le 18 août 2008), Disponible sur Internet : <http://arf.asso.fr>

Vie publique, 2007, « La gestion de la dette : objectifs et moyens (1985-2007) - La stabilisation progressive des dépenses de l'État à l'épreuve » (visité le 18 août 2008), Disponible sur Internet : <http://www.vie-publique.fr-politiques-publiques/dette-publique/index/>

Ministère de la santé, DHOS, 2007, Répertoires des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière, Fiche 1A405, Directeur d'institut de formation en soins, management et pédagogie et activités paramédicales (visité le 18 août 2008), Disponible sur Internet :

[http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/repert\\_metierfph/fiches\\_metier/domaine1/fiches1.htm](http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/repert_metierfph/fiches_metier/domaine1/fiches1.htm)

Ministère de la santé, DHOS, 2007, « Répertoire des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière », Fiche 1A406-1, Directeur des soins et activités paramédicales, (visité le 18 août 2008), Disponible sur Internet :

[http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/repert\\_metierfph/fiches\\_metier/domaine1/fiches1.htm](http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/repert_metierfph/fiches_metier/domaine1/fiches1.htm)

Société KPMG, 2008, « Page d'accueil », (visitée le 18 août 2008), Disponible sur Internet : <http://www.kpmg.fr/fr/>

Société GESTE, 2008, « Page d'accueil », (visité le 18 août 2008), Disponible sur Internet : <http://www.geste.com/old/index.htm>

### **CONFERENCES :**

DE PERETTI A., 1999, « L'évaluation a-t-elle un sens ? », Apprendre autrement aujourd'hui, 10<sup>ème</sup> Entretiens de la Villette, 6p.

DARTOIS C., 2006, « Evaluation et tableaux de bord ou comment faire parler les chiffres », Synthèse pour la journée professionnelle, Service Etudes et recherche, 8.

LAMOUREUX R., 2006, « La performance à l'hôpital public : entre ardente obligation et application adaptée », Conférence de l'Association des Directeurs d'Hôpitaux, Lyon.

---

## Liste des annexes

---

**Annexe I** : Distribution des personnes rencontrées.

**Annexe II** : Guide d'entretien.

## Annexe I

### Distribution des personnes rencontrées

Qui	Fonction	Structure	Région	Identification	De visu
Mme	Directeur	IFSI + IFAS	1	DSF1	X
M.	Directeur	CH	1	DSG1	X
Mme	CPRI	DRASS	1	CPRI1	0
M.	DRFSC	CR	1	DRF1	X
<i>M.</i>	<i>Directeur</i>	<i>IFAS</i>	<i>2</i>	<i>DSF2</i>	<i>X</i>
<i>Mme</i>	<i>Coordinatrice</i>	<i>CHU</i>	<i>2</i>	<i>DSG2</i>	<i>0</i>
<i>M.</i>	<i>CPRI</i>	<i>DRASS</i>	<i>2</i>	<i>CPRI2</i>	<i>0</i>
<i>Mme</i>	<i>DRFSC</i>	<i>CR</i>	<i>2</i>	<i>DRF2</i>	<i>0</i>
<i>Mme</i>	<i>RQ</i>	<i>CR</i>	<i>2</i>	<i>RQ2</i>	<i>X</i>
M.	Directeur	IFCS	3	DSF3	X
Mme	Coordinatrice	CHU	3	DSG3	0
Mme	CPRI	DRASS	3	CPRI3	0
Mme	DRFSC	CR	3	DRF3	X
<i>M.</i>	<i>Coordonnateur</i>	<i>EIA + EIBO + EP + IFMEM</i>	<i>4</i>	<i>DSF4</i>	<i>X</i>
<i>Mme</i>	<i>CPRI</i>	<i>DRASS</i>	<i>4</i>	<i>CPRI4</i>	<i>X</i>
<i>Mme</i>	<i>DRFSC</i>	<i>CR</i>	<i>4</i>	<i>DRF4</i>	<i>0</i>
<i>Mme</i>	<i>RQ</i>	<i>IFMK</i>	<i>4</i>	<i>RQ4</i>	<i>X</i>

## Annexe 2

### Guide d'entretien

#### Présentation de l'entretien

Directeur des soins en formation à l'EHESP, je réalise mon mémoire professionnel sur la performance des instituts de formation sanitaire.

Cet entretien a pour finalité d'apprécier la manière dont le management par la performance contribue au pilotage des instituts de formation sanitaire.

L'entretien est d'une durée de 45 à 60 minutes.

Je vous propose d'enregistrer cet entretien afin de le rapporter avec plus de rigueur, et je m'engage à rendre anonyme la retranscription de notre échange.

Je vous remercie de votre collaboration à mon travail.

#### À votre propos

En quelques mots, pouvez-vous me rappeler, les éléments qui caractérisent :

- Votre itinéraire professionnel ;
- Et vos responsabilités actuelles.

#### À propos de la performance des instituts de formation sanitaire

- Comment définiriez-vous un institut performant ?
- Avez-vous des objectifs de performance ? Lesquels ?
- Connaissez-vous ceux des acteurs, des bénéficiaires et des partenaires de l'institut ? Quels sont-ils ?

#### À propos de votre prise en compte de la performance dans votre institut de formation

##### ➤ Management :

- Votre management est-il influencé par la recherche de performance ?
- De quelle manière ?

##### ➤ Pilotage :

- Quelles sont les informations qui vous permettent de piloter votre institut ?
- Comment recueillez vous ces informations ?
- Comment exploitez-vous ces informations ?

##### ➤ Perspectives :

- Avez-vous des projets de développement de la performance pour votre institut ?
- Quels projets ? Quelle performance ? Comment ? Pourquoi ?