



CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS

de

**l'agence régionale de santé
d'Ile-de-France**

2010-2013

Février 2011

Sommaire

- **Préambule**
- **Article 1 - Objectifs et indicateurs pluriannuels métier retenus au contrat**
- **Article 2 - Objectifs de mise en place et de management retenus au contrat**
- **Article 3 - Moyens de l'ARS**
- **Article 4 - Modalités d'élaboration, de suivi et d'évaluation du contrat**
- **Article 5 - Dispositions relatives à l'amélioration continue du contrat**
- **Article 6 - Annexes au contrat**

Préambule

La mise en place d'un acteur régional unique chargé du pilotage du système de santé est un élément déterminant de la profonde réforme engagée par le législateur. Les agences régionales de santé, au cœur du nouveau dispositif, sont chargées par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, de « *définir et de mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant à la réalisation, à l'échelon régional et infrarégional des objectifs de la politique nationale de santé, des principes de l'action sociale et médico-sociale, et des principes fondamentaux de la sécurité sociale* ».

Dans ce cadre, les agences doivent s'engager sur trois priorités nationales :

- améliorer l'espérance de vie en bonne santé,
- promouvoir l'égalité devant la santé,
- développer un système de santé de qualité, accessible et efficient.

Pour cela, deux orientations guideront l'action des ARS :

1. L'évolution des conditions de vie et de travail a provoqué l'apparition de nouveaux risques pour la santé des populations. Les ARS devront prendre en compte cette évolution et développer une vision globale de la santé qui doit constituer le fondement de leur action.

Notre système de santé a longtemps réservé une place prédominante aux soins, au détriment de la prévention. Celle-ci a fait l'objet d'efforts renouvelés ces dernières années, comme l'illustre, notamment, le déploiement des plans nationaux de santé. Les ARS contribueront au rééquilibrage de notre système de santé en développant davantage la prévention individuelle et collective. A cet égard, la promotion de la santé, l'action sur ses principaux déterminants (environnement, nutrition et pratiques addictives), le renforcement du dépistage, la lutte contre les risques infectieux, notamment par l'amélioration de la couverture vaccinale, et plus largement la mise en œuvre d'une politique régionale de gestion du risque, constituent des objectifs fondamentaux.

Les ARS participeront au développement de nouvelles approches pour promouvoir l'égalité devant la santé et réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Dans ce cadre, un travail sera engagé avec la direction générale de la santé pour élaborer une méthode de suivi des écarts intra régionaux. Elles veilleront à répondre aux besoins spécifiques des populations les plus vulnérables, en assurant à tous l'accès à la prévention, aux soins et aux dispositifs médico-sociaux.

La coordination des acteurs de la santé et de la prise en charge médico-sociale est aujourd'hui insuffisante. Elle constitue pourtant un levier essentiel pour améliorer l'accès aux soins et organiser des parcours mieux adaptés aux besoins des patients et à la spécialisation croissante des soins. Le regroupement au sein de l'agence de compétences jusque-là exercées par de multiples acteurs constitue une première réponse. Elle ne saurait être la seule. Dans une logique de décloisonnement, les ARS rechercheront la meilleure coordination des interventions en faisant évoluer l'organisation des secteurs hospitalier, ambulatoire et médico-social dans le sens d'une prise en charge globale des patients.

Compte tenu du rôle des agences dans la centralisation des signalements sanitaires, dans la qualification et la gestion régionale des alertes, elles devront manifester une grande vigilance à l'égard des enjeux de sécurité sanitaire, en assurant notamment une coordination étroite avec les services préfectoraux.

2. La pérennité de notre système de santé, fondé sur la solidarité, passe impérativement par une amélioration de son efficience, qui doit allier qualité, accessibilité et performance économique.

Si des progrès sensibles ont déjà été obtenus, il importe de poursuivre l'effort en matière de qualité et de sécurité des soins, en particulier dans la prise en charge de la douleur, la lutte contre les infections associées aux soins, ou encore la maltraitance des personnes âgées. A cet effet, les ARS stimuleront le développement des démarches d'amélioration de la qualité des soins et de la prise en charge.

Par ailleurs, la soutenabilité financière de notre système suppose une action déterminée pour améliorer la

CPOM 2010 - 2013 – ARS Ile-de-France – Février 2011

performance de gestion de tous les acteurs, en particulier dans le domaine hospitalier et dans le secteur médico-social. La recherche d'une meilleure efficacité doit sous-tendre les relations et les actions engagées avec tous les acteurs concernés. Les agences s'attacheront à rétablir l'équilibre financier des établissements hospitaliers, conformément à l'objectif fixé par le Président de la République. Elles favoriseront également la diversification des modes de prise en charge par les systèmes sanitaires et médico-sociaux.

Le succès de ces missions suppose la réunion de plusieurs conditions :

D'abord, les ARS doivent s'affirmer comme pilotes de la politique de santé dans leur région. Il leur faut pour cela développer des relations contractuelles ou partenariales avec les offreurs de soins, les acteurs de la prévention, mais aussi les collectivités locales et les organismes d'assurance maladie. Elles travailleront en étroite relation avec les services préfectoraux, et veilleront à associer également les services chargés des questions environnementales, de santé au travail, ou encore d'éducation.

L'ancrage territorial de la politique conduite par les ARS constitue un second facteur de réussite :

- Il doit être fondé sur la qualité de la démocratie sanitaire régionale. Les agences devront rechercher une adhésion accrue des citoyens et des acteurs du système de santé à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet régional de santé, notamment à travers le bon fonctionnement de la conférence régionale de santé et de l'autonomie, et veiller à ce que les droits des usagers du système de santé soient reconnus et respectés,
- les agences doivent développer leur capacité de diagnostic et de prospective : elles devront se doter des outils et des compétences nécessaires, en s'appuyant sur les ressources d'observation et d'analyse disponibles dans leur région, pour poser des constats pertinents, condition nécessaire pour bâtir une stratégie adaptée aux besoins,
- l'adaptation de la politique nationale de santé aux spécificités régionales suppose un dialogue réel entre le niveau national et chaque ARS, fondé sur des données objectives, une priorisation des objectifs, un réel pragmatisme, et la juste appréciation de la capacité à agir des agences en fonction de moyens dont elles disposent.

Enfin, les ARS devront relever le défi majeur de l'adaptation de leurs ressources humaines. La réunion des forces de l'Etat et de l'assurance maladie doit permettre l'alliance des cultures professionnelles et la construction d'un socle fédérateur de valeurs. Plus largement, la capacité à agir et à piloter ainsi que la crédibilité des agences dépendront des compétences qu'elles pourront mobiliser. Elles peuvent d'ores et déjà s'appuyer sur le professionnalisme et la diversité des qualifications des agents qui les composent. Les agences devront néanmoins adapter rapidement leurs compétences aux exigences nouvelles de leurs missions, de leurs objectifs et de leurs modes d'intervention.

Bien entendu, les ARS s'attacheront à prendre en compte les objectifs de développement durable (en termes de réduction des émissions de gaz à effet de serre et aussi d'intégration sociale), à la fois pour leur gestion interne et pour celle des établissements sanitaires et médico-sociaux de leur ressort territorial.

Le présent contrat couvre la période 2010-2013. Il sera révisé fin 2011, afin d'y intégrer les objectifs issus de la révision de la loi Santé publique de 2004, et des plans régionaux de santé.

ENTRE :

l'Etat, représenté par le ministre du travail, de l'emploi et de la santé et la ministre des solidarités et de la cohésion sociale

et

le directeur général de l'agence régionale de santé d'Ile-de-France

IL EST CONVENU CE QUI SUIVIT :

Article 1 - Objectifs et indicateurs pluriannuels métier retenus au contrat

Les 3 priorités nationales présentées dans le préambule du présent contrat se déclinent en 9 objectifs et en 31 indicateurs métier communs à toutes les ARS, auxquels s'ajoutent quelques indicateurs spécifiques régionaux proposés à l'initiative de l'ARS eu égard à son contexte régional.

1.1 Présentation des objectifs et des indicateurs métier prioritaires nationaux et régionaux

Priorité nationale 1 : Améliorer l'espérance de vie en bonne santé

Si l'espérance de vie en France est parmi les meilleures en Europe, l'amélioration de l'espérance de vie en bonne santé, c'est-à-dire sans limitations d'activités ou sans incapacités majeures, est un enjeu majeur et par conséquent une priorité de la politique de santé.

Trois objectifs sont ainsi poursuivis :

- Réduire la mortalité prématurée évitable
- Développer la promotion de la santé et la prévention des maladies
- Renforcer l'efficacité du dispositif de veille et de sécurité sanitaire

Dans ce cadre, 2 thèmes sont mis en avant au niveau national :

a. Le dépistage du cancer :

Le dépistage précoce est l'un des moyens de lutte les plus efficaces contre les cancers, qui représentent la seconde cause de mortalité en France. Le dépistage du cancer colorectal et du cancer du sein sont les deux dépistages organisés des cancers mis en place au niveau national sur la base des cahiers des charges annexés à l'arrêté du 29 septembre 2009.

Deux indicateurs sont ainsi retenus :

- **Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal chez les 50 à 74 ans**
- **Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans**

La cible nationale pour 2013 correspond à un taux de participation au dépistage organisé de 50% pour le cancer colorectal et de 65% pour le cancer du sein.

b. La vaccination :

La lutte contre certaines maladies et la réduction de leur incidence passe par l'amélioration de la couverture vaccinale chez les populations cible. **L'indicateur retenu concerne la couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole.** La cible nationale pour 2013 est de 95%, correspondant à la cible définie par l'OMS.

Compte tenu du contexte régional, l'ARS a décidé de

- Porter une attention particulière aux dépistages organisés des cancers colorectal (*priorité régionale 1*) et du sein (*priorité régionale 2*), au travers des indicateurs évoqués plus haut.
- Suivre aussi de manière prioritaire 2 thèmes supplémentaires que sont la mortalité infantile et l'obésité et le surpoids chez les enfants en grande section maternelle, au travers des 3 indicateurs suivants :
 - **Taux de mortalité infantile**
 - **Prévalence de l'obésité parmi les enfants en grande section de maternelle**
 - **Prévalence de l'obésité et du surpoids parmi les enfants en grande section de maternelle**

Priorité nationale 2 : Promouvoir l'égalité devant la santé

Le constat des inégalités de santé entre les groupes sociaux et les territoires se traduit par des écarts d'espérance de vie. Ils résultent à la fois de déterminants sociaux et territoriaux et de différences d'accès au système de santé. D'où l'objectif affiché de réduction des inégalités territoriales et sociales de santé.

Dans ce cadre, 2 thèmes sont mis en avant au niveau national :

a. La densité médicale

Le système de santé doit garantir l'égal accès aux soins à toute la population, notamment l'accès aux soins de premier recours. L'amélioration de la répartition de l'offre de soins ambulatoire à la fois au niveau national et au niveau infrarégional est l'un des principaux défis actuels des agences régionales de santé. Le développement des modes d'exercice collectif en milieu ambulatoire et en général des différentes formes de coopération entre professionnels de santé constitue sans doute l'une des réponses à apporter à ce défi.

L'indicateur suivant a été retenu :

- ***Part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité médicale de médecins généralistes est inférieure de 30% à la moyenne nationale***

La cible nationale pour 2013 est de réduire, ou à défaut de maintenir, la part de la population vivant dans des bassins de vie dans lesquels la couverture en médecins est faible, et de réduire les inégalités infrarégionales.

Cet indicateur est à corrélérer avec l'indicateur 6.7 sur les structures d'exercice collectif évoqué plus loin.

b. L'équipement en établissements et services médico-sociaux

Les ARS œuvreront aussi à l'organisation d'une offre médico-sociale équitable en faveur des personnes en situation de dépendance, notamment à travers la réduction des inégalités régionales et infrarégionales d'équipement en établissements et services médico-sociaux.

L'indicateur suivant a été retenu, avec un objectif de réduction dont la valeur est fixée en fonction du contexte de chaque région :

- ***Ecarts intrarégionaux d'équipements en ESMS mesurés à partir de la dépense d'assurance maladie rapportée à la population cible (personnes handicapées de 0 à 59 ans et personnes âgées de 75 ans et +)***

Compte tenu du contexte régional, l'ARS a décidé de :

- Porter une attention particulière à ces 2 thèmes prioritaires, au travers des 2 indicateurs présentés.
- Suivre aussi de manière prioritaire 1 thème supplémentaire (*priorité régionale 1*) qu'est l'animation territoriale des politiques de santé, sur les territoires jugés prioritaires, à travers la mise en œuvre des contrats locaux de santé, introduits par la loi HPST. L'indicateur associé mesure le nombre de contrats locaux de santé signés :
 - ***Nombre de contrats locaux de santé signés au titre l'Art. L.1434-17 (CSP) sur des territoires prioritaires urbains (CUCS, ZEP) ou ruraux (isolés)***

Priorité nationale 3 : Développer un système de santé de qualité, accessible et efficient

La pérennité de notre système de santé, fondé sur la solidarité, passe impérativement par une amélioration de son efficacité, qui doit allier qualité, accessibilité et performance économique.

Cinq objectifs seront à cet égard poursuivis par les ARS :

- Améliorer la qualité et l'efficacité des soins et des services médico-sociaux
- Adapter l'offre de soins et des services médico-sociaux aux besoins
- Optimiser l'organisation de la permanence des soins ambulatoire
- Maîtriser les dépenses de santé et rétablir durablement l'équilibre financier des établissements publics de santé
- Développer les parcours de soins et de vie des personnes âgées et personnes handicapées

Dans ce cadre, 4 thèmes sont mis en avant au niveau national :

a. La qualité du système de santé

Les ARS mettront l'accent sur la promotion d'un système de santé de qualité, garantissant la qualité des soins et la sécurité des patients. Cela passe notamment par une démarche de sécurité et de qualité des soins des établissements de santé, mesurée par la certification des établissements de santé. L'indicateur retenu est le % ***d'établissements de santé certifiés avec réserves (majeures ou non)***.

b. L'efficacité de l'offre

La pérennisation du haut niveau de protection de la santé en France passe inexorablement par la garantie de la soutenabilité financière du système de santé. A cet égard, les ARS veilleront particulièrement à la maîtrise et la réduction des déficits des établissements publics de santé.

Un indicateur est ainsi suivi en priorité :

- **Montant du déficit cumulé brut des établissements publics de santé (K€)**

c. La gestion du risque

La gestion du risque s'inscrit dans la démarche de maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Les ARS se chargeront, avec les services de l'assurance maladie, de la mise en œuvre des actions (nationales et régionales) de gestion du risque, notamment la promotion du recours à la chirurgie ambulatoire :

Deux indicateurs sont ainsi suivis en priorité :

- **Taux de réalisation du programme pluriannuel régional de gestion du risque**
- **Taux de pratique de la chirurgie ambulatoire (17 gestes marqueurs)**, avec une cible nationale de 85% en 2013

d. L'adaptation de l'offre de santé

Afin de répondre aux mutations des enjeux sanitaires, il est nécessaire d'améliorer l'organisation de l'offre en l'adaptant mieux aux besoins de la population.

Dans ce cadre, trois thèmes sont identifiés comme prioritaires au niveau national :

- Le développement des modes d'exercice collectif en milieu ambulatoire (indicateur associé : **Nombre de structures d'exercice collectif en milieu ambulatoire (maisons de santé, centres de santé)**)
- La diversification de l'offre médico-sociale (indicateur associé : **Part des services dans l'offre globale médico-sociale**)
- Le développement de l'offre en faveur des malades Alzheimer (indicateur associé : **Taux de réalisation en unités spécifiques pour malades Alzheimer (UHR-PASA) au regard de l'objectif régional**)

e. Le recours aux urgences

Les ARS accorderont une attention particulière à la question des urgences et à l'articulation des différents modes de prise en charge pour éviter une inadaptation du recours aux urgences. Un indicateur complémentaire ou se substituant à l'indicateur 7.1 actuel sera introduit en 2011, en fonction de la disponibilité et de la fiabilité des données.

Compte tenu du contexte régional, l'ARS a décidé de :

- Mettre l'accent en particulier sur la qualité des établissements de santé, la réalisation du programme pluriannuel régional de gestion du risque, le développement de la chirurgie ambulatoire, la création de structures d'exercice collectif en milieu ambulatoire, l'évolution des déficits des établissements publics de santé et la réalisation d'unités spécifiques pour malades Alzheimer, au travers des 6 indicateurs cités plus haut
- Suivre aussi de manière prioritaire :
 - En priorité 1, 3 thèmes supplémentaires que sont la qualité des prestations en établissements et services médico-sociaux (ESMS), le taux de recours à la chirurgie et l'installation des places financées en ESMS, au travers des 3 indicateurs suivants :
 - **% d'ESMS ayant fait l'objet d'une évaluation externe**
 - **Taux de recours à la chirurgie (20 actes marqueurs) de la population domiciliée**
 - **Taux de places installées sur places financées en ESMS par public**
 - En priorité 2, 3 thèmes supplémentaires que sont le recours inadapté aux urgences, la capacité d'investissement des établissements publics de santé et l'installation de places pour enfants et adultes avec autisme et autres troubles envahissants du développement (TED), au travers des 3 indicateurs suivants :
 - **Part des patients relevant du niveau 1 de la CCMU (classification clinique des malades des urgences) dans les passages aux urgences pendant la PDS**
 - **Nombre d'établissements dont la marge brute d'exploitation est supérieure à 6%**
 - **Taux d'évolution des places installées pour enfants et adultes avec autisme et autres troubles envahissants du développement (TED)**

1.2 Indicateurs complémentaires à l'initiative de la région

Tenant compte des spécificités de sa région, l'ARS a demandé à intégrer au présent contrat les indicateurs complémentaires suivants :

- **Taux de mortalité infantile**
- **Dépistage et suivi des sujets contacts vivant sous le même toit que le cas index : 100% (Tuberculose)**
- **Coopérations hospitalières**

1.3 Récapitulatif de l'ensemble des objectifs et indicateurs métier retenus au contrat

PRIORITES NATIONALES	OBJECTIFS	N°	INDICATEURS DE RESULTAT	CIBLE REGIONALE			
				VAL INIT	2010	2011	2012
Améliorer l'espérance de vie en bonne santé	Réduire la mortalité prématurée évitable	1.1	Taux de mortalité prématurée évitable	H : 74,6 F : 23,9		H : 61,5 F : 21,9	
		1.2	Taux de décès par suicide pour 100 000 hab. standardisé par âge	H : 11,3 F : 4,9		H : 11,3 F : 4,9	
		2.1	Prévalence de l'obésité parmi les enfants en grande section de maternelle	3,7%	3,7%	3,7%	3,7%
		2.2	Prévalence de l'obésité et du surpoids parmi les enfants en grande section de maternelle				
		2.3	Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal chez les 50 à 74 ans	13,4%	13,4%	13,4%	13,4%
		2.4	Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans	38,2%			
		2.5	Taux de couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole				
Promouvoir l'égalité devant la santé		2.6	Taux de mortalité infantile	4‰			
		2.7	Dépistage et suivi des sujets contacts vivant sous le même toit que le cas index : 100% (Tuberculose)				
	Renforcer l'efficacité du dispositif de veille et de sécurité sanitaires	3.1	% des plans nationaux de veille et sécurité sanitaire déclinés au niveau régional et ayant fait l'objet d'une révision dans l'année	NA			
		3.2	% d'unités de distribution d'eau alimentant en eau potable plus de 5000 hab., présentant de manière récurrente des dépassements des limites de qualité	5%	5%	4%	3%
		4.1	Part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité médicale de médecins généralistes est inférieure à 30% de la moyenne nationale	3%			
		4.2	Nombre de logements ayant fait l'objet d'une évaluation sanitaire ayant conduit à une procédure d'insalubrité au titre du CSP	2376			
		4.3	Nombre de contrats locaux de santé signés au titre l'Art. L.1434-17 (CSP) sur des territoires prioritaires urbains (CUCS, ZEP) ou ruraux (isolés) (en cumulé)	0	80		
Développer un système de santé de qualité, accessible et efficient		4.4	Ecart intra-régionaux d'équipements en ESMS mesurés à partir de la dépense d'assurance maladie rapportée à la population cible (personnes handicapées de 0 à 59 ans et personnes âgées de 75 ans et +)	PA : 21,6% PH : 27,3%	PA : 21,5% PH : 27,2%	PA : 21,4% PH : 27,1%	PA : 21,3% PH : 26,9%
	Améliorer la qualité et l'efficacité des soins et des services médico-sociaux	5.1	% d'établissements de santé certifiés avec réserves (majeures ou non)	16%	16%	15%	10%
		5.2	% d'ESMS ayant fait l'objet d'une évaluation externe	PA : 0% PH : 0%	PA : 2% PH : 2%	PA : 16% PH : 16%	PA : 44% PH : 44%
		5.3	Taux de réalisation du programme pluriannuel régional de gestion du risque				
		6.1	Taux de recours à la chirurgie (20 actes marqueurs) de la population domiciliée	90,9	90,9	90,9	90,9
		6.2	Taux de places installées sur places financées en ESMS par public	PA : 36% PH : 23%	PA : 45% PH : 40%	PA : 55% PH : 55%	PA : 75% PH : 75%
	Adapter l'offre de soins et des services médico-sociaux aux besoins	6.3	Part des services dans l'offre globale médico-sociale	PA : 23,8% PH : 23,3%	PA : 24,6% PH : 23,5%	PA : 24,4% PH : 23,7%	PA : 24,3% PH : 23,6%
Indicateurs prioritaires nationaux surignés en gris / Indicateurs prioritaires pour l'ARS en gras (priorité 1) ou sous-ignés (priorité 2) / Indicateurs spécifiques régionaux en italique		6.4	Taux de pratique de la chirurgie ambulatoire (17 gestes marqueurs)	77,9%	79%	81%	83%
		6.5	Part des patients traités par dialyse péritonéale / part des patients dialysés	5,4 %	6 %	7 %	8 %
		6.6	Nombre de journées de HAD / 10 000 hab.				
		6.7	Nombre de structures d'exercice collectif en milieu ambulatoire / 100 000 hab. (maisons de santé, centres de santé)	3	7	15	23
		6.8	Coopérations hospitalières				
	Optimiser l'organisation de la permanence des soins ambulatoire	7.1	Part des patients relevant du niveau 1 de la CCMU (classification clinique des malades des urgences) dans les passages aux urgences pendant la PDS				
		7.2	Taux de satisfaction des usagers de la permanence des soins (sondage à définir basé sur des critères nationaux et décliné régionalement)				
		8.1	Montant du déficit cumulé brut des établissements publics de santé (K€)	- 69 M€ AP-HP AP - HP	- 60 M€		
	Maîtriser les dépenses de santé et rétablir durablement l'équilibre financier des établissements publics de santé	8.2	Volume d'activité des établissements hospitaliers en MCO en nombre de séjours				
		8.3	Taux d'établissements publics dont le ratio ICR (indice de coût relatif) de chirurgie par salle d'interventions chirurgicales est supérieur à la médiane nationale 2008				
		8.4	Nombre d'établissements dont la marge brute d'exploitation est supérieure à 6%	48	45	45	55
	Développer les parcours de soins et de vie des personnes âgées et personnes handicapées	9.1	Taux de réalisation en unités spécifiques pour malades Alzheimer (UHR-PASA) au regard de l'objectif régional	0	10%	30%	70%
		9.2	Taux d'évolution des places installées pour enfants et adultes avec autisme et autres troubles envahissants du développement (TED)	+ 33,1%	+117%	+127%	+135%
							+140%

Article 2 - Objectifs de mise en place et de management retenus au contrat

2.1 Objectifs de mise en place

Pour ce premier contrat, des objectifs et des indicateurs de mise en place des réformes ont été retenus, sous réserve d'adaptations des échéances décidées ultérieurement par le niveau national :

2.1.1 Objectifs de mise en place métiers

MISSIONS	OBJECTIFS	ACTIONS	ECHEANCE
Définir la stratégie de santé	Définir le projet régional de santé (PRS)	Arrêter : <ul style="list-style-type: none"> les territoires de santé le plan stratégique régional de santé le schéma régional de prévention le schéma régional d'organisation des soins le schéma régional d'organisation médico-sociale le programme régional d'accès à la prévention et aux soins le programme pluriannuel régional de gestion du risque le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) le programme relatif au développement de la télémédecine les programmes territoriaux de santé 	31 décembre 2010 30 avril 2011 30 septembre 2011 30 septembre 2011 30 septembre 2011 31 décembre 2011 A déterminer début 2011 Actualisation 2010-2013 : 30 juin 2010 Actualisation 2011-2014 : 30 avril 2011 Actualisation 2012-2016 : 30 avril 2012 31 décembre 2011 31 mars 2012
		Mettre en place les instances de démocratie sanitaire	31 juillet 2010
		Mettre en place les conférences de territoire	31 janvier 2011
Améliorer l'espérance de vie en bonne santé	Assurer la veille et contribuer à la sécurité sanitaire	Installer les unions régionales des professionnels de santé (URPS) Signer le protocole opérationnel Préfet / ARS définitif Mise en place de la plateforme régionale de veille et de gestion sanitaire	28 février 2011 31 octobre 2010 1 ^{er} juillet 2010
Développer un système de santé de qualité, accessible et efficient	Assurer une meilleure utilisation des ressources et la maîtrise des dépenses Assurer une meilleure répartition de l'offre sur le territoire Améliorer l'organisation des parcours de soins et de vie	Signer les contrats avec les organismes d'assurance maladie Installer la commission d'appels à projet médico-sociaux Lancer le premier appel à projet médico-social	A déterminer début 2011 31 décembre 2010 Bilan à faire fin 2011

2.1.2 Objectifs de mise en place fonctions support

MISSIONS	OBJECTIFS	ACTIONS	ECHEANCE
Mettre en place une fonction SI performante	Formaliser les objectifs SI dans le cadre du PRS	Formalisation effective d'objectifs SI	30 septembre 2011
	Garantir le bon fonctionnement du SI interne de l'ARS	Mettre en place un tableau de bord de mesure de la performance de la fonction SI interne	2012

2.2 Objectifs de management

Les objectifs et les indicateurs pluriannuels de management suivants ont été retenus :

2.2.1 Objectifs en matière de ressources humaines

FONCTION	OBJECTIFS	INDICATEURS	EVALUATION	VALEUR INITIALE	CIBLE 2013
Ressources humaines	Veiller à un équilibre de la représentation des personnels Etat / assurance maladie	Part respective des viviers	Annuelle	A la notification des plafonds d'emplois de l'année de mise en place 2010 (décision modificative n°2 de 2010)	Maintien de l'équilibre initial
	Adapter la structure d'emploi et professionnaliser les ressources au regard des besoins en compétences sur les champs d'expertise de l'ARS	Mise en place d'un plan de GPEEC et de son suivi : suivi du % d'agents dotés d'une fiche de poste adossée au répertoire des métiers ARS Mise en place d'un plan de formation 2010 – 2013 : élaboration de plans annuels de formation	Annuelle Mesure annuelle (au 31 décembre de l'année N)	NA NA	100%, à fin 2012 100% chaque année, dès 2011
	Assurer la cohésion et garantir la qualité de vie au travail des collaborateurs	Taux d'absentéisme maladie et grève (nombre de jours non travaillés/nombre de jours travaillés théoriques)	Annuelle	Valeur au 31/12/2010	<ul style="list-style-type: none"> • Cible 2011 : retour à la médiane ARS constatée en 2010, pour les ARS au dessus de celle-ci • Cible à partir de 2012 : fixation d'une cible chiffrée pour chaque ARS à horizon 2013
		Nombre d'absences de courte durée rapporté au nombre total d'absences	Annuelle au 31 décembre de l'année	NA	100% à horizon 2013
		Part des encadrants formés au management Part des personnels ayant effectivement bénéficié d'une visite de médecine du travail au cours des 2 dernières années à l'initiative de l'employeur Taux de réalisation des entretiens individuels et professionnels : taux de retour à la DRH des supports d'entretiens co-signés	Annuelle Annuelle au 31 décembre de l'année	NA NA NA	<ul style="list-style-type: none"> • Croissante de 2010 à 2012 • 100% des effectifs chaque année à partir du 31/12/2012 • 100% pour chaque année à partir de 2011

2.2.2 Objectifs en matière de systèmes d'information

FONCTION	OBJECTIFS	INDICATEURS	VAL INIT	CIBLES REGIONALES		
			2010	2011	2012	2013
Systemes d'information	Piloter les projets mutualisés décrits dans les conventions de mise à disposition des ressources	Taux d'avancement des projets mutualisés par rapport à la planification initiale (<i>Indicateur à construire d'ici fin 2011</i>)	Bilan effectué tous les ans en fin d'année			

2.2.3 Objectifs de gestion interne de l'ARS

FONCTION	OBJECTIFS	INDICATEURS	VAL INIT 2010	2011	2012	2013
Gestion interne de l'ARS	Accroître l'efficacité de gestion des fonctions d'appui	Efficience bureautique	Cible globale de réduction			
		Indice d'évolution des dépenses de fonctionnement courant	100	Cible globale de réduction de 10% sur 3 ans		
		Taux d'occupation des locaux	NA	12m ²	12m ²	12m ²
	Assurer la montée en puissance des fonctions budgétaires et comptables	Taux de réalisation des outils du contrôle interne comptable	NA	90%	95%	100%

Article 3 – Moyens de l'ARS

Le présent article présente les ressources de l'ARS en 2011 pour son fonctionnement général (personnel et fonctionnement) et pour la mise en œuvre territoriale des politiques de prévention, veille et sécurité sanitaire, ainsi que les plafonds d'emploi relatifs à 2011, 2012 et 2013.

L'ARS est par ailleurs chargée de répartir des fonds et crédits d'intervention dont les montants lui seront communiqués par instructions validées par le conseil national de pilotage des ARS.

3.1 Ressources notifiées à l'ARS

Pour son fonctionnement général (personnel et fonctionnement), pour la mise en œuvre territoriale des politiques de prévention, veille et sécurité sanitaire et pour sa contribution au financement de la formation médicale continue, des ressources provenant de l'Etat (programmes 124 et 204) et des régimes obligatoires d'assurance maladie sont fixés annuellement à l'ARS lors de son dialogue de gestion annuel.

Au titre de l'année 2011, les moyens suivants sont alloués à l'ARS d'Ile-de-France :

Plafond d'emplois (en ETP)		1 282,90
Crédits délégués du programme 124 : Conduite et soutien des politiques sanitaires et sociales		73 937 904
Crédits délégués du programme 204 : Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins	Au titre de la formation médicale*	12 521 216
	Au titre du fonctionnement général	973 000
	Au titre de la mise en œuvre territoriale des politiques de prévention, veille et sécurité sanitaire	30 263 533
Contribution des régimes d'assurance maladie	Au titre du fonctionnement général	26 218 668
	Au titre de la prévention**	5 582 421

* Sur la base de l'attribution de 70% de l'enveloppe nationale globale

** Contribution FNPEIS uniquement

3.2 Plafond d'emplois 2011, 2012 et 2013

Plafond d'emploi de l'ARS (en ETP)	2011	2012	2013
	1 282,90	1 260,70	1 236,30

Le plafond d'emploi pour 2011 est définitivement arrêté. Les plafonds d'emploi pour 2012 et 2013 s'inscrivent dans la tendance générale ; des ajustements pourront être envisagés au cours de la période du présent contrat.

Article 4 – Modalités d'élaboration, de suivi et d'évaluation du contrat

La fixation des objectifs et des cibles a été effectuée au cours d'une réunion d'orientation stratégique entre l'ARS représentée par son directeur général et les membres du conseil national de pilotage des ARS, présidée par la secrétaire générale des ministères chargés des affaires sociales.

Le projet de contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens a été soumis à l'avis du conseil de surveillance de l'ARS le 14 décembre 2010. Il a reçu un avis favorable. Il a été validé par le conseil national de pilotage des ARS le 14 janvier 2011.

Le présent contrat est suivi annuellement et évalué tous les 4 ans.

Les modalités précises de suivi et d'évaluation de l'ensemble des contrats seront fixées dans le courant du premier semestre 2011. Elles feront l'objet d'un document à part.

Article 5 - Dispositions relatives à l'amélioration continue du contrat

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'agence « *est conclu pour une durée de quatre ans. Il est révisable chaque année* »¹. Les propositions d'évolution sont soumises au conseil national de pilotage qui, après examen, décidera de faire évoluer ou non la structure du CPOM.

Le présent contrat est le premier contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu entre l'Etat et l'ARS depuis sa création le 1^{er} avril 2010. Il porte sur la période 2010 – 2013. Afin de prendre en compte les orientations régionales arrêtées dans le cadre des projets régionaux de santé, il est prévu de réviser ce contrat après leur adoption.

A l'issue de la phase de dialogue technique avec les ARS, des améliorations à apporter à certains indicateurs ont déjà été identifiées. Elles concernent notamment l'indicateur 3.2 relatif aux unités de distribution d'eau, l'indicateur 4.1 sur la densité médicale, l'indicateur 4.2 sur l'insalubrité du logement, l'indicateur 6.1 relatif au recours à la chirurgie, l'indicateur 6.5 relatif à la dialyse péritonéale, ainsi que les indicateurs 7.1 et 7.2 relatifs à l'organisation de la permanence des soins ambulatoire et aux urgences. Ces évolutions seront prises en compte lors de la révision du contrat et donneront lieu à un avenant.

Par ailleurs, compte tenu des évolutions intervenues en 2010 sur certaines politiques nationales, le conseil national de pilotage des ARS a décidé, le 8 octobre 2010, la neutralisation des indicateurs 6.6 (« *Nombre de journées de HAD / 10 000 hab.* »), 7.2 (« *Taux de satisfaction des usagers de la permanence des soins (sondage à définir basé sur des critères nationaux et décliné régionalement)* ») et 8.2 (« *Volume d'activité des établissements hospitaliers en MCO en nombre de séjours* »). Ces indicateurs sont maintenus parmi les indicateurs de l'article 1 du contrat mais ne feront pas l'objet d'un suivi chiffré. Ils donneront lieu à des évolutions au cours du contrat.

Fait à Paris, en double exemplaire, le 08 FEV. 2011

Le directeur général de l'agence
régionale de santé d'Ile-de-France

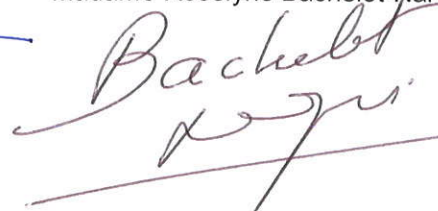
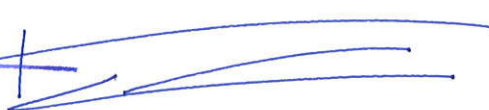
Le ministre du travail, de l'emploi et
de la santé

La ministre des solidarités et de la
cohésion sociale

Monsieur Claude Evin

Monsieur Xavier Bertrand

Madame Roselyne Bachelot-Narquin



¹ Loi HPST

Article 6 : Annexes au contrat

6.1 Modes de calcul et sources des indicateurs retenus au contrat

A. Les indicateurs de l'article 1 (métier)

N°	INDICATEUR	MODE DE CALCUL	SOURCE	DIRECTION RESPONSABLE
1.1	Taux de mortalité prématurée évitable	Décès avant 65 ans qui auraient pu être "évités" en réduisant les comportements à risques (SIDA, cancer des voies aéro-digestives supérieures, cancer du poumon, psychose alcoolique, cirrhose alcoolique, accidents de la circulation, chutes accidentelles, suicides) / population âgée de moins de 65 ans (lissé sur 3 années consécutives compte tenu des effectifs et standardisé sur la population Européenne--Eurostat - population Europe IARC 1976--pour les estimations nationales)	Inserm CépiDc	DGS
1.2	Taux de décès par suicide pour 100 000 hab. standardisé par âge	Nombre de décès par suicide * 100 000 / population totale (lissé sur 3 années consécutives compte tenu des effectifs et standardisé sur la population Européenne--Eurostat - population Europe IARC 1976--pour les estimations nationales)	Inserm CépiDc/retraitement des données par la FNORS	DGS
2.1	Prévalence de l'obésité parmi les enfants en grande section maternelle	Rapport, parmi les enfants en grande section maternelle, du nombre d'enfants souffrant d'obésité, à la population totale servant de base au recueil (nombre d'enfants en grande section maternelle pour lesquels les mesures ont été prises)	Cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire	DGS
2.2	Prévalence de l'obésité et du surpoids parmi les enfants en grande section maternelle	Rapport, parmi les enfants en grande section maternelle, du nombre d'enfants en surpoids, y compris les enfants obèses, à la population totale servant de base au recueil (nombre d'enfants en grande section maternelle pour lesquels les mesures ont été prises)	Cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire	DGS
2.3	Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal chez les 50 à 74 ans	Nombre d'hommes et de femmes de 50 à 74 ans participant à la campagne de dépistage du cancer colorectal / (nombre d'hommes et de femmes de 50 à 74 ans - nombre de personnes exclues pour raisons médicales) ; (retraitement des données et calcul effectués par l'InVS)	INVS - Rapport des centres de gestion (dépistages organisés)	DGS
2.4	Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans	Nombre de femmes de 50 à 74 ans dépistées dans le cadre du programme de dépistage organisé / Nombre de femmes de 50 à 74 ans éligibles (calcul sur 2 années glissantes)	INVS - Rapport des centres de gestion (dépistages organisés)	DGS
2.5	Taux de couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole	Nombre d'enfants de 24 mois vaccinés contre le ROR (première injection) / nombre total d'enfants de 24 mois	Rapports des centres de vaccination/certificats de vaccination au 24 ^{ème} mois/ données INSEE. (traitement des données national par la DREES et l'InVS)	DGS en lien avec la DREES et l'InVS
3.1	% des plans nationaux de veille et sécurité sanitaire déclinés au niveau régional et ayant fait l'objet d'une révision dans l'année	Rapport du nombre de plans nationaux VSS ayant fait l'objet d'une mise à jour annuelle / le nombre de plans VSS pilotés par l'ARS selon une liste définie au niveau national	Enquêtes ad hoc alimentées par les ARS/SI Alertes	DGS
3.2	% d'unités de distribution d'eau alimentant en eau potable plus de 5000 habitants présentant de manière récurrente des dépassements des limites de qualité	Nombre d'unités de distribution d'eau alimentant en eau potable plus de 5000 hab., non-conformes au cours de l'année N / Nombre total d'unités de distribution d'eau alimentant en eau potable plus de 5000 hab. (Annexe de la note de service DGS/EA4/2009/385 du 23 décembre 2009 relative à la diffusion de consignes pour la mise en conformité des unités de distribution d'eau destinée à la consommation humaine) <u>Evolution identifiée</u> : évolution vers un indicateur prenant en compte l'ensemble des unités de distribution d'eau (suppression du seuil)	SISE-EAUX	DGS

N°	INDICATEUR	MODE DE CALCUL	SOURCE	DIRECTION RESPONSABLE
4.1	Part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité médicale de médecins généralistes est inférieure à 30% de la moyenne nationale	<ul style="list-style-type: none"> - Dénominateur : population totale régionale - Numérateur : population de la région vivant dans les bassins de vie où la couverture en MG (nombre de MG hors MEP pour 100 000 habitants) est inférieure de 30% à la moyenne nationale. En 2008, 92,3 MG pour 100 000 hab. sur la France entière. Seuil retenu = $92,3 \times (1 - 30\%) = (92,3 \times 0,7) = 64,6$ MG/100 000 hab. <u>Evolution actée</u> : évolution vers un indicateur mesurant les écarts infrarégionaux	CNAMTS – SNIRPS	DGOS
4.2	Nombre de logements ayant fait l'objet d'une évaluation sanitaire ayant conduit à une procédure d'insalubrité au titre du CSP	Les logements et locaux visés sont ceux faisant l'objet d'une procédure insalubrité ou d'urgence plomb au titre du CSP (1311-4, 1331-22 à 1331-26-1, 1334-1 à 2) Sont comptabilisés les logements, les parties communes ayant fait l'objet, suite à la visite d'évaluation des risques sanitaires, d'une procédure au titre du CSP pour l'habitat insalubre et le plomb. <u>Evolution envisagée</u> : évolution vers un indicateur de résultat final prenant en compte l'évolution de la part de la population concernée	Services, enquêtes, systèmes d'information : @riane-BPH pour 16 régions, saturnins, autres base de données locales de suivi de dossiers	DGS
4.3	Nombre de contrats locaux de santé signés au titre l'Art. L.1434 (CSP) sur des territoires prioritaires urbains (CUCS, ZEP) ou ruraux (isolés)	Nombre total de CLS signés par chaque région, au titre de l'article L 1434-17 du CSP sur des territoires prioritaires urbains (CUCS, ZEP) ou ruraux (isolés)	Recensement par l'ARS	DGS
4.4	Écarts intrarégionaux d'équipements en ESMS mesurés à partir de la dépense d'assurance maladie rapportée à la population cible (personnes handicapées de 0 à 59 ans et personnes âgées de 75 ans et +)	Ecart type de la distribution de la dépense d'assurance maladie en €/habitant en faveur des personnes handicapées de 0 à 59 ans (resp. personnes âgées de 75 ans et plus) entre départements /territoires de santé de la région, rapporté à la moyenne de la région	Données comptables de la CNAMTS	CNSA / DGCS
5.1	% d'établissements certifiés avec réserves (majeures ou non)	Numérateur : Nombre d'établissement non certifiés ou certifiés avec réserve au 1er mai Dénominateur : Nombre d'établissements éligibles à la certification au 1er mai de l'année NB: La comptabilisation se fait en nombre de démarche, au numérateur comme au dénominateur	Haute Autorité de Santé, Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins	DGOS
5.2	Proportion d'ESMS ayant fait l'objet d'une évaluation externe	Nombre d'ESMS ayant fait l'objet d'une évaluation externe / nombre total d'ESMS	ANESM	CNSA / DGCS
5.3	Taux de réalisation du programme pluriannuel régional de gestion du risque	<i>Cf. fiche indicateur 5.3 pour 2010</i>	ARS	DSS
6.1	Taux de recours à la chirurgie (20 actes marqueurs) de la population domiciliée	I.C.H. 100 (Indice de Comparaison Hospitalière Base 100) Il s'agit d'un rapport en base 100 du nombre de séjours observés dans la zone géographique étudiée au nombre de séjours qui serait obtenu si les taux de séjours pour chaque tranche d'âge quinquennale étaient identiques aux taux France entière L'ICH national étant égal à 100, un ICH de 110 signifie une fréquence de séjours hospitaliers supérieure de 10 % à la moyenne nationale. Par contre, un ICH de 90 signifie une fréquence de séjours hospitaliers inférieure de 10 % <u>Evolution identifiée</u> : orientation de l'indicateur vers l'analyse par acte permettant le ciblage des actes les plus / moins consommés	PMSI – MCO 2008	CNAMTS / DGOS
6.2	Taux de places installées sur places financées en ESMS par public	Nombre de places installées / nombre de mesures notifiées par la CNSA	SELIA	CNSA / DGCS
6.3	Part des services dans l'offre globale médico-sociale	Nombre de places en services médico-sociaux / Nombre total de places en ESMS (ESMS relevant de la compétence propre ARS et conjointe ARS-CG)	FINESS	CNSA / DGCS
6.4	Taux de pratique de la chirurgie ambulatoire (17 gestes marqueurs)	Nombre de séjours ensemble des gestes marqueurs en ambulatoire / Nombre de séjours ensemble des gestes marqueurs en ambulatoire et en hospitalisation complète	PMSI	CNAMTS / DGOS
6.5	Part des patients traités par dialyse péritonéale / part des patients dialysés	Nombre de patients traités par dialyse péritonéale x 100 / Nombre de patients dialysés <u>Evolution actée</u> : évolution vers la prise en compte des flux de nouveaux patients et non pas le stock	Registre REIN	CNAMTS / DGOS

N°	INDICATEUR	MODE DE CALCUL	SOURCE	DIRECTION RESPONSABLE
6.6	Nombre de journées en HAD / 10 000 habitants	Nombre de journées HAD par région (variable nombre de journées par sous séquence), rapporté pour 10 000 habitants	PMSI HAD	DGOS
6.7	Nombre de structures d'exercice collectif en milieu ambulatoire (maisons de santé, centres de santé...)	Nombre de structures d'exercice collectif en milieu ambulatoire par région (maisons de santé, centres de santé...)	DGOS / ARS	DGOS
7.1	Part des patients relevant du niveau 1 de la CCMU (classification clinique des malades des urgences) dans les passages aux urgences pendant la PDS	Les données seront établies sur la base des RPU, résumé de passages aux urgences, qui comportent une classification CCMU et aux horaires de passage. Ces données sont pour l'instant recueillies par l'INVS. Une saisine permettant de récupérer ces données leur a été transmise <u>Evolution identifiée</u> : évolution de cet indicateur et / ou ajout d'un nouvel indicateur pour mieux prendre en compte la problématique de l'inadaptation des recours aux urgences	Résumés de passage aux urgences (RPU). Base à consolider	DGOS
7.2	Taux de satisfaction des usagers de la permanence des soins	A définir		DGOS
8.1	Montant du déficit cumulé brut des établissements publics de santé	Total des produits de l'activité principale (CRP) des EPS déficitaires MOINS Total des charges de l'activité principale (CRP) des EPS déficitaires	Données comptabilité publique (DGFIP)	DGOS
8.2	Volume d'activité des établissements hospitaliers en MCO en nombre de séjours	Nb Séjours hors séances (CMD 28) et erreurs (CMD 90) pour les établissements publics de santé de chaque région	PMSI MCO 2007 à 2009	DGOS
8.3	Taux d'établissements publics dont le ratio ICR (indice de coût relatif) de chirurgie par salle d'interventions chirurgicales est supérieur à la médiane nationale 2008	<u>Calcul du ratio par établissement</u> : Somme des actes opératoires classant de l'établissement valorisés à l'ICR / Nb de salles d'intervention <u>Calcul de l'indicateur par région</u> : Nombre d'établissements publics de la région dont le ratio ICR par salle est supérieur à 126 100 (=médiane nationale 2008) / Nb d'établissements publics ayant renseigné la SAE	PMSI pour les actes et SAE pour les salles d'intervention chirurgicale	DGOS
8.4	Nombre d'établissements dont la marge brute d'exploitation est supérieure à 6%	<u>Numérateur</u> : crédits des comptes 70 à 75 sauf 7087 "remboursements de frais par les budgets annexes" MOINS débits des comptes (retraités des remboursements des budgets annexes) 60 à 65 <u>Dénominateur</u> : crédits des comptes 70 à 75 sauf 7087 "remboursements de frais par les budgets annexes"	DGFIP, données de comptabilité publique, Direction Générale des Finances Publiques : données définitives pour 2007 et 2008, données provisoires (arrêtées au 31/12/2009) pour 2009	DGOS
9.1	Taux de réalisation en unités spécifiques pour malades Alzheimer (UHR-PASA) au regard de l'objectif régional	Nombre d'unités spécifiques pour malades Alzheimer (UHR-PASA) réalisées / nombre d'unités spécifiques pour malades Alzheimer (UHR-PASA) prévues par l'objectif régional	FINESS	CNSA / DGCS
9.2	Taux d'évolution des places installées pour les enfants et adultes atteints d'autisme et autres troubles envahissants du développement (TED)	Nombre de places nouvelles pour enfants et adultes avec autisme et autres TED installées sur la période 2008-2012 cumulées / total du nombre de places pour ce public installées dans la région à la fin 2007	SELIA / FINESS	CNSA / DGCS

B. Les indicateurs de l'article 2 (sous-article 2.2 – management)

N°	INDICATEUR	MODE DE CALCUL	SOURCE	DIRECTION RESPONSABLE
RH	Part respective des viviers	ETP prévisionnels pour le 31/12 de l'année sur la base d'une simulation réalisée au moment de la remontée de l'indicateur <ul style="list-style-type: none"> Numérateur 1 : tous les ETP de droit public sous plafond d'emplois Numérateur 2 : tous les ETP sous convention collective sous plafond d'emploi, tous régimes confondus Dénominateur : total des effectifs sous plafond d'emploi Nb : sont exclus les emplois vacants, sauf cas de recrutement en cours, avec une arrivée effective avant le 31/12 Formule de calcul : <ul style="list-style-type: none"> (Numérateur 1 / Dénominateur) x100 (Numérateur 2 / Dénominateur) x100 	ARS	DRH
	Mise en place d'un plan de GPEEC et de son suivi : suivi du % d'agents dotés d'une fiche de poste adossée au répertoire des métiers ARS	Numérateur : nombre de fiches de poste à jour au 31/12 de l'année N qui déclinent individuellement le répertoire métiers ARS et respectent la fiche de poste type Dénominateur : nombre des effectifs physiques au 31/12 Formule de calcul : Numérateur / dénominateur * 100	ARS	DRH
	Mise en place d'un plan de formation 2010 – 2013 : élaboration de plans annuels de formation	Evaluation : Indicateur de 0 à 100%, selon que les différentes étapes ont été réalisées ou non. Données disponibles : livrables associés aux étapes <ul style="list-style-type: none"> Note d'orientation du DG (attention, souvent sur 3 ans) Fichier Excel de recensement des besoins Plan de formation PV du CA PV du CA 	ARS	DRH
	Taux d'absentéisme maladie et grève (nombre de jours non travaillés/nombre de jours travaillés théoriques)	Nature précise des données de base : <ul style="list-style-type: none"> Numérateur : nombre de jours non travaillés par les agents de l'ARS (issus des réseaux de l'AM et de la fonction publique) du fait d'arrêts maladie de courte ou longue durée et de grèves pour l'année N Dénominateur : ensemble des effectifs de l'ARS au 31/12 de l'année N Unité de mesure : % Formule de calcul : <ul style="list-style-type: none"> Pour une meilleure interprétation des chiffres, il est convenu de calculer d'une part et séparément le taux d'absentéisme selon l'origine des personnels (AM ou Etat) et d'autre part le taux pour l'ensemble des effectifs de l'agence <ul style="list-style-type: none"> Agents de l'assurance maladie : nombre de jours non travaillés/nombre de jours travaillés théoriques)*100. Agents Etat : nombre de jours non travaillés/nombre de jours travaillés théoriques)*100. Ensemble de l'ARS : Nombre de jours total non travaillés/nombre de jours total théoriques travaillés)*100 	ARS	DRH
	Nombre d'absences de courte durée rapporté au nombre total d'absences	Nature précise des données de base : <ul style="list-style-type: none"> Numérateur : nombre d'absences des agents d'ARS correspondant aux absences de moins de 3 jours du fait d'arrêts maladie de courte durée et de grèves au 31/12 de l'année N Dénominateur : nombre total d'absences au sein des ARS correspondant aux absences du fait d'arrêts maladie de courte ou longue durée et / ou de grèves au 31/12 de l'année N Formule de calcul : nombre d'absences de moins de 3 jours suite à des arrêts maladie et de grèves en ARS) * 100 / nombre total d'absences en ARS du fait d'arrêts maladie de courte ou longue durée et de grèves	ARS	DRH
	Part des encadrants formés au management	Précisions sur les données de base : <ul style="list-style-type: none"> Est un encadrant (manager) : une personne faisant passer des entretiens professionnels, et donc avec une équipe d'au moins 1 personne Formation au management : toute formation qui permette à un cadre de se positionner dans la ligne hiérarchique, d'acquérir des compétences d'animation d'équipe, de devenir « porteur de sens », d'être en capacité de prendre des décisions, de mener un projet, de fixer des objectifs, de mener une évaluation, etc. Unité de mesure : % Formule de calcul : (nombre de managers ayant suivi au moins 1 formation au management depuis la création des ARS / nombre total de managers sur l'année N) x 100	ARS	DRH
	Part des personnels ayant effectivement bénéficié d'une visite de médecine du travail au cours des 2 dernières années à l'initiative de l'employeur	Nature précise des données de base : <ul style="list-style-type: none"> Numérateur : nombre de personnels au sein de l'ARS (hors contractuels de droit public de courte durée - moins de 6 mois) ayant effectivement bénéficié d'une visite de médecine du travail au cours des 2 dernières années à l'initiative de l'employeur Dénominateur : effectifs de l'ARS au 31/12 de l'année N, hors contractuels de droit public de courte durée (moins de 6 mois) Unité de mesure : % Formule de calcul : <ul style="list-style-type: none"> Nombre de personnels au sein de l'ARS ayant bénéficié d'une visite de médecine du travail au cours des 2 dernières années) * 100 / deux fois les effectifs de l'ARS au 31/12 de l'année N, hors contractuels de droit public de courte durée 	ARS	DRH

N°	INDICATEUR	MODE DE CALCUL	SOURCE	DIRECTION RESPONSABLE
	Taux de réalisation des entretiens individuels et professionnels : taux de retour à la DRH des supports d'entretiens co-signés	Unité de mesure : % Formule de calcul : nombre de supports co-signés / nombre d'agents éligibles aux entretiens) x 100 Numérateur : nombre de supports d'entretiens effectivement co-signés par les 2 parties au 30/04 (suivi manuel) Dénominateur : nombre de personnes éligibles à l'entretien annuel Est éligible à l'entretien annuel : <ul style="list-style-type: none"> Dans la fonction publique : agents présents au moins 6 mois en N-1 (à différencier de l'ancienneté). Il n'existe pas de délais minimum pour l'AM (obligation conventionnelle d'un entretien annuel). Préconisation de reprendre le même critère que dans la fonction publique 	ARS	DRH
Gestion	Efficiency bureautique	C'est le coût annuel moyen du poste de travail bureautique en K€/Poste, pour un parc donné de postes de travail : <u>Au numérateur</u> : la somme obtenue en additionnant les dépenses payées dans l'année, intégrant : les achats de PC fixes, portables, PDA (organiseurs de poche) et imprimantes personnelles ou en pool, les licences des systèmes d'exploitation, des suites bureautiques, des antivirus, la formation bureautique des utilisateurs, les serveurs bureautiques, les coûts internes et externes de support et de soutien aux utilisateurs de la bureautique, les coûts de la maintenance des matériels et du logiciel, le renouvellement des équipements, le cas échéant les locations d'équipements afférentes à la bureautique <u>Au dénominateur</u> : le nombre de postes fonctionnels équipés de l'ARS	ARS	DAFJS
	Indice d'évolution des dépenses de fonctionnement courant	Montant total des dépenses suivantes : <ul style="list-style-type: none"> Achats & locations de véhicules Affranchissement Autres dépenses de fonctionnement Autres services Dépenses liées aux véhicules Documentation Fournitures de bureau Fournitures, services & matériel informatique Frais de mission et de commission Location de salles, de matériel et de mobilier Matériel et mobilier Télécommunications NB: l'indicateur concerne les dépenses de fonctionnement hors informatique, hors immobilier et hors personnels	ARS	DAFJS
	Taux d'occupation des locaux	Surface calculée en m² SUB de l'ensemble des bâtiments utilisés par l'ARS / ETPT (unité de mesure m² SUB / ETPT)	ARS	DAFJS
	Taux de réalisation des outils du contrôle interne comptable	<ul style="list-style-type: none"> Une enquête est réalisée trois fois par an pour les ministères sociaux (DAFJS et CBCM) auprès des référents "contrôle interne comptable et financier" dans les ARS sur l'avancée des travaux en matière de contrôle interne comptable dans leur structure. Le schéma d'enquête est axé sur l'évaluation de la maturité de la gestion des risques comptables et financiers sur les trois leviers du CICF et sur le pilotage de la démarche selon le barème "Trajectoire" 2010 et "Référence" 2011. Le barème "Trajectoire" survalorise les premiers travaux de mise en place des dispositifs de contrôle interne comptable (levier "organisation") alors que le barème "Référence" reflète plus fidèlement la maturité de la démarche globale de déploiement du CICF. Le barème "Référence" est utilisé pour les exercices 2012 et 2013. Les points sont distribués selon les barèmes suivants en fonction des réponses aux questions concernant les outils structurants du CICF : levier "organisation" (organigrammes fonctionnels nominatifs), levier "documentation" (diagnostics de processus), levier "traçabilité" (contrôles de supervision) et pilotage de la démarche de déploiement (présentation des OFN et plans d'action). Barème « Trajectoire » 2010 : Problématique OFN (1) : 35% / Présentation des OFN : 5% / Désignation des responsables de supervision : 10% / Exercice de la supervision : 10% / Diagnostic de processus : 10% / Plans d'action : 30% Barème « Référence » 2011 : Problématique OFN (1) : 20% / Présentation des OFN : 5% / Désignation des responsables de supervision : 5% / Exercice de la supervision : 20% / Diagnostic de processus : 15% Plans d'action : 35% (1) Sauf supervision 	ARS	DAFJS

6.2 Fiches indicateur régionales

Cf. dossier annexé.