

BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE AUTONOMA VALLE D'AOSTA

BULLETIN OFFICIEL DE LA RÉGION AUTONOME VALLÉE D'AOSTE

Aosta, 30 gennaio 2007



Aoste, le 30 janvier 2007

DIREZIONE, REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE:

Presidenza della Regione
Servizio legislativo

Bollettino Ufficiale, Piazza Deffeyes, 1 - 11100 Aosta

Tel. (0165) 273305 - Fax 273869

E-mail: bur@Regione.vda.it

Direttore responsabile: Dr.ssa Stefania Fanizzi.

Autorizzazione del Tribunale di Aosta n. 5/77 del 19.04.1977

DIRECTION, RÉDACTION ET ADMINISTRATION:

Présidence de la Région
Service législatif

Bulletin Officiel, 1, place Deffeyes - 11100 Aoste

Tél. (0165) 273305 - Fax 273869

E-mail: bur@Regione.vda.it

Directeur responsable: Mme Stefania Fanizzi.

Autorisation du Tribunal d'Aoste n°5/77 du 19.04.1977

AVVISO AGLI ABBONATI

Le informazioni e le modalità di abbonamento per l'anno 2007 al Bollettino Ufficiale sono riportati nell'ultima pagina.

AVIS AUX ABONNÉS

Les informations et les conditions d'abonnement pour l'année 2007 au Bulletin Officiel sont indiquées à la dernière page.

SOMMAIRE

INDEX CHRONOLOGIQUE de la page 2 à la page 2
INDEX SYSTÉMATIQUE de la page 2 à la page 2

PREMIÈRE PARTIE

LOIS ET RÈGLEMENTS

Annexe à la loi régionale n° 13 du 20 juin 2006,

portant le plan régional de la santé et du bien-être social 2006 -2008 page 3

INDICE CRONOLOGICO

PARTE PRIMA

LEGGI E REGOLAMENTI

Allegato alla Legge regionale 20 giugno 2006, n. 13.

Piano regionale per la salute ed il benessere sociale 2006-2008. pag. 3

INDICE SISTEMATICO

ASSISTENZA SANITARIA E OSPEDALIERA

Allegato alla Legge regionale 20 giugno 2006, n. 13.

Piano regionale per la salute ed il benessere sociale 2006-2008. pag. 3

ASSISTENZA SOCIALE

Allegato alla Legge regionale 20 giugno 2006, n. 13.

Piano regionale per la salute ed il benessere sociale 2006-2008. pag. 3

INDEX CHRONOLOGIQUE

PREMIÈRE PARTIE

LOIS ET RÈGLEMENTS

Annexe à la loi régionale n° 13 du 20 juin 2006,

portant le plan régional de la santé et du bien-être social 2006 -2008 page 3

INDEX SYSTÉMATIQUE

ASSISTENCE MEDICALE ET HOSPITALIERE

Annexe à la loi régionale n° 13 du 20 juin 2006,

portant le plan régional de la santé et du bien-être social 2006 -2008 page 3

AIDE SOCIALE

Annexe à la loi régionale n° 13 du 20 juin 2006,

portant le plan régional de la santé et du bien-être social 2006 -2008 page 3



Région autonome Vallée d'Aoste
Assessorat de la santé, du bien-être et des politiques sociales

PLAN RÉGIONAL DE
LA SANTÉ ET
DU BIEN-ÊTRE SOCIAL
2006-2008

Éléments et principes généraux de référence		Page 10
Le scénario		Page 10
La méthodologie		Page 12
Planifier sur la base des nouveaux besoins et des nouvelles conditions de vie		Page 14
Planifier pour une population de montagne		Page 15
Le développement de la territorialité et l'orientation pour l'évolution du district		Page 16
Les niveaux essentiels des prestations sociales (LEP)		Page 17
Le rapport entre les ressources et les activités ou prestations		Page 18
La population et le contexte de référence		Page 20
	Structure démographique et sociale	Page 20
	Le bien-être social	Page 22
	L'état de santé	Page 24
Valeurs et stratégies de développement et de qualification pour la promotion de la santé et du bien-être social		Page 28
1.	Développer le rôle de gouvernement de la Région dans la définition des objectifs de santé et de bien-être social, ainsi que dans la détermination du système de l'offre de prestations.	Page 28
2.	Activer les systèmes de connaissance des différences de santé et de bien-être social dans la population.	Page 28
3.	Lutter contre les différences en matière de santé par des actions explicites, nécessaires et réalisables selon les critères de financement du système	Page 28
4.	Garantir à tous les citoyens l'égalité et l'universalité de l'accès aux soins et aux actions les plus appropriées et efficaces compte tenu des besoins, avec une attention particulière à l'adéquation des délais et aux modalités de réponse.	Page 29
5.	Renforcer le rôle stratégique de la prévention.	Page 29
6.	Prendre des décisions de planification en fonction des besoins de santé et de bien-être social de la population, documentés par l'analyse épidémiologique et sociale.	Page 29
7.	Établir les niveaux essentiels d'assistance sanitaire (LEA) et des prestations sociales (LEP) garantis par la Région.	Page 30
8.	Considérer le territoire comme référence fondamentale pour le développement et la qualification du service socio-sanitaire régional et pour la promotion d'un système de services prenant en charge, de manière unitaire, les besoins sanitaires, socio-éducatifs et d'assistance de la population.	Page 31
9.	Assurer l'autonomie de la personne et le droit de celle-ci à une vie autodéterminée.	Page 31
10.	Valoriser et soutenir les familles et en reconnaître le rôle dans la formation et les soins de la personne, dans la promotion du bien-être et dans la poursuite de la cohésion sociale.	Page 31
11.	Assurer la soutenabilité des décisions prises en fonction de la disponibilité des ressources financières, technologiques et humaines nécessaires à la réalisation des objectifs de la planification.	Page 32
12.	Partager un plan qui est également un projet.	Page 33
Objectifs visant à la satisfaction des besoins de santé et de bien-être social		Page 35
n. 1	Garantir le développement de la connaissance des besoins de santé et de bien-être social, eu égard notamment à l'analyse des inégalités de santé et des facteurs qui les influencent.	Page 36
A	<i>Consolidation de l'observation épidémiologique</i>	Page 36
B	<i>Développement de l'observation sociale</i>	Page 38
n. 2	Étendre l'observation épidémiologique aux déterminants environnementaux	Page 42

	<i>Institutionnalisation de l'observation épidémiologique environnementale</i>	
n. 3	Rationaliser l'organisation des activités de prévention et de promotion de la santé	Page 44
	<i>Développement de l'organisation des activités par districts et révision des tâches du Département de prévention</i>	
n. 4	Élaboration de plans de prévention primaire pour la promotion de la santé et pour la protection contre les risques	Page 47
	<i>Promotion d'un style de vie correct</i>	
n. 5	Promouvoir la santé et la sécurité sur les lieux de travail, ainsi que la prévention des accidents domestiques	Page 51
	A <i>Prévention des accidents sur les lieux de travail</i>	Page 51
	B <i>Prévention des accidents domestiques</i>	Page 52
n. 6	Garantir la sécurité des aliments, conformément aux indications de la réglementation communautaire, et encourager l'amélioration qualitative des productions traditionnelles	Page 55
	A <i>Responsabilisation des producteurs alimentaires</i>	Page 55
	B <i>Développement du système d'analyse du risque</i>	Page 56
n. 7	Lutter contre les principales causes de décès pour maladie dans la population, eu égard notamment aux pathologies cardiovasculaires et cérébrovasculaires et aux cancers	Page 58
	A <i>Réalisation de plans de prévention primaire et secondaire</i>	Page 58
	B <i>Développement et mise en œuvre de programmes de dépistage</i>	Page 60
n. 8	Renforcer les relations hôpital-territoire et concrétiser la continuité de l'assistance et le développement de l'organisation unitaire des services de district	Page 62
	A <i>Développement de la synergie hôpital-territoire</i>	Page 62
	B <i>Renforcement des activités dans l'aire de la santé maternelle et infantile</i>	Page 63
	C <i>Réduction des listes d'attente et renforcement des parcours de soins</i>	Page 64
n. 9	Développer l'assistance de base, la médecine spécialisée territoriale et les soins palliatifs et assurer le suivi de l'assistance pharmaceutique	Page 67
	A <i>Actualisation du modèle d'assistance de base et de la médecine spécialisée ambulatoire</i>	Page 67
	B <i>Suivi de l'assistance pharmaceutique et de son adéquation</i>	Page 68
	C <i>Poursuite des pratiques relevant des médecines non conventionnelles</i>	Page 69
	D <i>Développement des soins palliatifs, de la thérapie de la douleur et des soins en phase terminale</i>	Page 70
n. 10	Maintenir et contrôler la qualité et la spécificité du système des urgences sanitaires	Page 71
	<i>Suivi de l'activité du système des urgences sanitaires aux fins de l'amélioration de l'adéquation des prestations</i>	
n. 11	Renforcer les activités d'assistance à domicile, d'assistance de jour et d'hébergement alternatives à l'hospitalisation par des processus d'intégration des services sanitaires et des services d'aide sociale	Page 73
	A <i>Développement des services à domicile, de jour et d'hébergement dans le cadre d'un réseau de services sanitaires et d'aide sociale</i>	Page 73
	B <i>Développement des services à domicile, de jour et d'hébergement dans le cadre d'un réseau de services sanitaires et d'aide sociale</i>	Page 76
	C <i>Développement du réseau des services pour les dépendances pathologiques</i>	Page 77
	D <i>Amélioration du réseau des services pour la protection de la santé des détenus</i>	Page 80

n. 12	Développer l'activité relative à l'assistance de longue durée et à la rééducation intensive, suivant la logique du réseau intégré de services à la personne <i>Amélioration de l'offre d'assistance dans les secteurs de la rééducation et de l'hospitalisation de longue durée</i>	Page 82
n. 13	Promouvoir une nouvelle organisation des centres hospitaliers suivant des critères d'excellence <i>Développement de l'organisation hospitalière suivant des logiques orientées vers les processus et les différents degrés d'intensité des soins</i>	Page 84
n. 14	Limitier les flux sortants de malades Contrôle de la demande de prestations sanitaires et développement de l'offre compte tenu des causes de fuite et de l'essor des activités d'excellence	Page 87
n. 15	Renforcer l'attention de la planification sanitaire pour les activités visant à assurer aux touristes les services nécessaires <i>Renforcement et développement des prestations d'assistance sanitaire les plus requises pendant les périodes d'affluence touristique</i>	Page 90
n. 16	Séparer la définition des politiques sociales de la réalisation des activités qui en découlent et promouvoir la coordination des politiques sociales avec les autres politiques d'attention envers les personnes	Page 92
A	<i>Identification des sujets chargés de réaliser les politiques sociales à l'échelon régional</i>	Page 92
B	<i>Promotion et développement, dans le cadre de l'offre de services d'aide sociale, de l'interdisciplinarité et de la coordination avec les politiques pour la santé, l'éducation, la formation, l'emploi, le logement, les transports et la protection des droits</i>	Page 93
n. 17	Considérer les niveaux régionaux essentiels des prestations (LEP) comme un instrument servant à assurer l'uniformité des services et des prestations dans le domaine socio-éducatif et de l'assistance et donner une destination obligatoire au fonds régional pour les politiques sociales, même pour la partie relative aux finances locales	Page 95
A	<i>Définition des prestations qui constituent les niveaux essentiels</i>	Page 95
B	<i>Destination obligatoire du fonds régional pour les politiques sociales, même pour la partie relative aux finances locales</i>	Page 96
n. 18	Considérer le territoire du district en tant que domaine de lecture, d'analyse et de satisfaction des besoins et aire privilégiée pour la planification du réseau des services <i>Démarrage des actions visant à l'établissement des plans de zone</i>	Page 97
n. 19	Élaborer un plan régional de communication sociale afin de réduire les obstacles qui entravent l'accès aux services <i>Élaboration d'un plan régional de communication sociale afin de réduire les obstacles qui entravent l'accès aux services, par la mise en place d'une stratégie d'information dans une logique de réseau</i>	Page 99
n. 20	Achever la définition des standards des prestations sociales et consolider et étendre l'utilisation des instruments susceptibles de garantir l'équité d'accès aux prestations et aux services	Page 101
A	<i>Achèvement de la définition des standards des prestations sociales</i>	Page 101
B	<i>Consolidation et extension de l'utilisation des instruments susceptibles de garantir l'équité d'accès aux prestations et aux services</i>	Page 101
n. 21	Développer la solidarité et la responsabilité sociale suivant le principe de la subsidiarité verticale et horizontale	Page 103

A	<i>Promotion d'un centre régional de coordination pour les politiques de la jeunesse</i>	Page 103
B	<i>Mesures de soutien pour la famille en tant que ressource de cohésion et de solidarité sociale</i>	Page 104
C	<i>Mesures de soutien, à l'échelon régional, national et international, du bénévolat social</i>	Page 105
n. 22	Activer des politiques de prévention du malaise des mineurs et des jeunes et d'action en faveur des mineurs et des jeunes en situation de difficulté	Page 107
A	<i>Prévention du malaise des mineurs et des jeunes</i>	Page 107
B	<i>Actions en faveur des jeunes majeurs en situation de difficulté</i>	Page 107
C	<i>Aménagement d'une structure d'accueil d'urgence pour les mineurs étrangers non accompagnés, complémentaire par rapport aux foyers régionaux pour mineurs</i>	Page 108
n. 23	Développer les initiatives visant à lutter contre les situations de besoin social, eu égard notamment aux handicaps et aux états de dépendance	Page 110
A	<i>Actions de soutien destinées aux personnes handicapées et à leurs familles et de renforcement du travail en réseau</i>	Page 110
B	<i>Aide à l'intégration sociale des personnes handicapées et insertion de celles-ci dans le monde du travail</i>	Page 111
C	<i>Démarrage d'une expérimentation de secours social d'urgence</i>	Page 112
n. 24	Assurer la formation continue des professionnels sanitaires et sociaux en fonction de la demande de prestations et de la satisfaction des besoins de la population régionale <i>Suivi des besoins de ressources humaines et définition d'outils homogènes de planification et de formation continue des professionnels sanitaires et sociaux</i>	Page 114
n. 25	Soumettre à autorisation toutes les structures et les activités sanitaires et sociales afin de garantir le niveau qualitatif de leurs prestations, ainsi qu'appliquer et développer le régime d'accréditation des structures, des activités et des professionnels du secteur sanitaire et social	Page 117
A	<i>Autorisation d'ouvrir des structures et d'exercer des activités dans les secteurs sanitaire, socio-sanitaire, socio-éducatif et de l'aide sociale</i>	Page 117
B	<i>Accréditation des structures, des activités et des professionnels du secteur sanitaire pour que les processus de croissance de la qualité du Service sanitaire régional visent à l'excellence</i>	Page 119
n. 26	Élargir le réseau des systèmes d'information sanitaires et sociaux régionaux afin de favoriser l'accès aux services de la part des citoyens et de faciliter les processus de planification et de contrôle des ressources humaines, économiques et technologiques dans le secteur sanitaire et social	Page 122
A	<i>Extension du réseau des systèmes d'information sanitaires et sociaux régionaux afin de favoriser l'accès aux services de la part des citoyens et l'activité de communication</i>	Page 122
B	<i>Développement du réseau des systèmes d'information sanitaires et sociaux régionaux afin d'encourager les processus de planification et de contrôle des ressources humaines, économiques et technologiques dans les secteurs sanitaire et social</i>	Page 124
n. 27	Concentrer les structures hospitalières dans un centre unique aux fins de l'organisation de l'assistance aux patients aigus en fonction du meilleur rapport entre les typologies des prestations fournies et les ressources utilisées <i>Concentration des structures hospitalières en un centre unique</i>	Page 128
n. 28	Soutenir le processus de renouvellement structurel et technologique des structures et des activités sanitaires et socio-sanitaires régionales, qui doit être proportionnel au degré d'innovation technologique et organisationnelle dans le	Page 129

	domaine sanitaire	
	<i>Achèvement des travaux de rénovation et d'entretien extraordinaire du centre hospitalier de l'avenue de Genève, à Aoste, et réalisation de projets ciblés de développement du réseau de l'assistance sanitaire territoriale</i>	
n. 29	Doter le réseau des services d'aide sociale de structures logistiques appropriées aux fins du soutien du processus de décentralisation de l'assistance sociale	Page 134
	<i>Adapter le réseau des infrastructures des services d'aide sociale aux nouveaux besoins de la population régionale, eu égard notamment à la réalisation de projets spécifiques dans le domaine de l'assistance aux personnes âgées et handicapées</i>	
n. 30	Soutenir les actions du présent plan par des ressources financières adéquates	Page 137
	<i>Détermination des critères de financement des actions nécessaires aux fins de la satisfaction des besoins de santé et de bien-être social</i>	
Liens entre la planification socio-sanitaire et la planification économique régionale et suivi des activités du présent plan		Page 145
	Liens entre la planification socio-sanitaire et la planification économique et financière régionale	Page 145
	Suivi des activités du plan	Page 145
Annexe de l'objectif n° 18		Page 147
	Lignes directrices des plans de zone	Page 147
	Les acteurs	Page 150
	La planification concertée	Page 152
	Les contenus des plans de zone	Page 153
	Les phases de préparation du plan	Page 157
	Les niveaux essentiels des prestations	Page 158
	Les actions de soutien	Page 159
Annexe de l'objectif n° 25		Page 161
	Les besoins en termes de soins résidentiels	Page 161
	Les paramètres de l'assistance	
	L'offre de soins résidentiels fournis dans les centres hospitaliers et dans les structures territoriales de la région	
	Les soins résidentiels fournis dans les centres hospitaliers et les structures territoriales situés hors de la Vallée d'Aoste	Page 164
Plan chronologique des objectifs du plan		Page 167

ÉLÉMENTS ET PRINCIPES GÉNÉRAUX DE RÉFÉRENCE

Le scénario.

Le passage à un nouveau document régional de planification sanitaire et sociale s'effectue grâce à un processus de mise à jour des stratégies appliquées jusqu'à présent et d'adaptation de celles-ci aux nouvelles exigences, aux nouveaux facteurs et aux études des évolutions prévisibles.

Ce processus tient compte tant des résultats déjà obtenus par la planification réalisée que des nouvelles évidences qu'a fait ressortir l'analyse des besoins épidémiologiques et sociaux.

La phase d'élaboration de la nouvelle planification régionale se situe dans un contexte national caractérisé par une importante évolution institutionnelle, normative et culturelle, à savoir :

- le processus de réforme du Titre V de la Constitution engagé par la loi constitutionnelle n° 3/2001, qui a sanctionné la fédéralisation des composantes sanitaires et sociales du *welfare*, a posé les conditions du passage du *welfare state* (État-providence) au *welfare community* (communauté providence), en renforçant ainsi le fédéralisme fiscal introduit par la loi n° 133/1999 et rendu opérationnel par le décret législatif n° 56/2000 ;
- la loi n° 328/2000, loi-cadre longuement attendue aux fins de la réalisation du système intégré des actions et des services sociaux ;
- le décret du président du Conseil des ministres du 14 février 2001, concernant l'acte d'orientation et de coordination en matière de prestations socio-sanitaires ;
- le décret du président du Conseil des ministres du 29 novembre 2001 relatif à la définition des niveaux essentiels d'assistance ;
- la prévision d'une phase ultérieure de dévolution et de répartition des compétences en matière de santé et d'assistance sanitaire entre l'État et les Régions ;
- la définition des niveaux des besoins dans le secteur des services d'aide sociale, en analogie avec les niveaux d'assistance fixés en matière de santé, dans le but d'établir des paramètres équitables et uniformes de prestations en réponse aux besoins de la population.

Du point de vue culturel, la nécessité de développer des solutions de gestion pour la gouvernance des services à la personne s'impose de manière de plus en plus évidente, dans le but de considérer de façon unitaire les secteurs sanitaire, socio-sanitaire et de l'aide sociale, selon les principes de la communauté providence. Il en découle ce qui suit :

1. *Le service sanitaire peut contribuer à l'augmentation de l'espérance de vie de la population, mais n'est pas en mesure, même à son plus haut niveau d'adéquation, de résoudre des problèmes d'organisation sociale, de système économique et de production, d'aménagement du territoire et de dynamique démographique qui ont un impact profond sur les conditions de vie, sur la distribution des risques, sur la disponibilité des ressources, c'est-à-dire sur la santé et le bien-être en général ;*

2. *Le service sanitaire doit être considéré dans le cadre d'un système sanitaire plus ample – et non pas comme une superposition de ce dernier –nécessitant la liaison entre toutes les composantes du service sanitaire régional engagées, à différents titres, dans la promotion, le maintien et le rétablissement de l'état de santé physique et psychique d'un individu, ainsi que la coordination desdites composantes ;*
3. *Il s'avère nécessaire de favoriser la multiplication et la qualification des actions et des services sociaux, ce qui permettrait au service socio-sanitaire régional de se développer non pas comme une organisation d'éléments groupés aux fins de la réalisation d'objectifs préétablis, mais comme un ensemble d'éléments qui interagissent et qui œuvrent pour réaliser lesdits objectifs, indépendamment de l'organisme administratif d'appartenance ;*
4. *Le développement en termes de système des services pour la santé et le bien-être social entraîne la réalisation des actions suivantes :*
 - l'établissement, dans le cadre de l'intégration de toutes les composantes sociales, de la méthodologie de travail idéale afin que l'organisation du service sanitaire sorte des logiques uniquement socio-sanitaires, pour s'ouvrir à des logiques de santé et de bien-être dans un sens plus vaste ;
 - l'ouverture d'un dialogue interdisciplinaire et interinstitutionnel qui souligne la nécessité d'établir une connexion entre les différentes typologies de services destinés à la population (services dans les secteurs de la santé, de l'aide sociale, du logement, de l'école, des transports et de l'environnement, qui peuvent tous avoir des retombées sur l'état de santé et le bien-être des citoyens), afin que lesdits services se complètent les uns les autres, selon une conception unitaire de « services à la personne » ;
 - l'établissement sur le territoire et ses articulations – communauté de montagne ou district – du domaine privilégié dans le cadre duquel rétablir l'homogénéité des services à la personne ;
 - la mise en évidence de la nécessité de rôles institutionnels permettant de distinguer qui gère, qui organise et qui produit, indépendamment des coïncidences dérivant des dimensions du territoire ;
 - le recours à toutes les potentialités de l'associationnisme et du bénévolat et la mobilisation des citoyens et de leurs associations dans les choix qui concernent la santé et le bien-être social, selon une logique de planification concertée ;
 - la valorisation du rôle des familles dans l'éducation à la santé et au bien-être et dans l'assistance à leurs membres, la mobilisation et le soutien desdites familles en tant que sujets d'une irremplaçable valeur humaine et sociale pour la communauté valdôtaine.

Les considérations susdites font ressortir :

- que l'attention de la planification sanitaire ne peut se limiter au rapport santé/maladie ;
- que les politiques de la santé ne peuvent être mises en œuvre uniquement avec les instruments du service sanitaire, mais doivent être insérées dans le cadre plus vaste du système du bien-être social (soit du système de garanties qui permet le bien-être social et sanitaire maximal à la population, dans les limites des ressources disponibles) ;
- que, lors de la solution de tout problème relatif à la santé et au bien-être social, la personne doit toujours être au centre de l'attention, tout comme la qualité de la vie, qu'il convient d'améliorer par des dynamiques d'auto-développement des individus, des familles et des communautés locales ;
- qu'un système nouveau comme celui qu'exige la communauté providence ne peut être régi avec les instruments de la planification précédente. Il nécessite un nouvel agencement et de nouvelles modalités de liaison entre la planification régionale, la planification locale et la planification territoriale ;
- que le besoin d'intersectorialité est fort, tant dans le cadre de la planification des actions pour la santé et le bien-être social que dans celui de l'organisation des services sanitaires et d'aide sociale, compte tenu à cet effet des exigences énumérées ci-après :
 - liaison entre la planification sanitaire et la planification territoriale plus vaste ;
 - définition d'instruments de raccordement entre les compétences propres du service socio-sanitaire régional et celles des collectivités locales ;
 - subsidiarité horizontale, avec la présence des associations du secteur privé social et des bénévoles ;
 - organisation du système des services selon un modèle de réseaux intégrés.

La méthodologie.

Par rapport à ce scénario, d'un côté, les principes qui inspiraient le Plan socio-sanitaire régional 2002-2004 sont encore valables et il leur est donc fait référence en termes de continuité, de l'autre, de nouveaux besoins ayant surgi, il y a lieu de :

- *mettre au centre de l'attention la personne*, en tant que sujet ayant des droits et des besoins et en tant que protagoniste de l'organisation des services, en valorisant toutefois sa conscience des limites. La conscience des limites, en termes de connaissance et d'efficacité, qui sont à l'heure actuelle insurmontables même pour la science médicale la plus avancée, aide les personnes malades et les familles qui les assistent à mieux faire face à des situations parfois très difficiles ;
- *garantir le caractère éthique du système*, pour ce qui est des professionnels, invités à respecter les règles de la bonne pratique professionnelle, pour ce qui

est des citoyens, invités à s'informer correctement et exhaustivement afin que leur conscience et leur liberté de choix soient valorisées au maximum, et pour ce qui est du rapport entre les professionnels et les citoyens, qui doit être axé sur l'écoute réciproque et le respect des personnes, de leurs besoins et des différents rôles ;

- *assurer la gestion de l'offre*, telle qu'elle est définie par les niveaux essentiels d'assistance sanitaire (LEA) et par les futurs niveaux des prestations sociales (LEP) et établir ce qui doit être mis à disposition, où et avec quelles caractéristiques, afin de répondre aux besoins et à la demande conséquente de prestations ;
- *distinguer l'offre*, dont le responsable est le Gouvernement de la Région, de l'organisation productive, dont répondent l'Agence USL, pour ce qui est des prestations sanitaires, et de plus en plus souvent les collectivités locales, pour ce qui est des prestations d'aide sociale ;
- *promouvoir la santé*, ce par quoi l'on entend non pas l'absence de maladie, mais le processus permettant aux personnes d'exercer un meilleur contrôle de leurs conditions de bien-être psychique et physique et donc de les améliorer ;
- *assurer le processus d'intégration* des services sanitaires et des services d'aide sociale et orienter l'organisation des prestations vers une logique systémique garantissant la coordination de parcours adéquats de soins et d'assistance à la personne ;
- *guider le processus de modification* et de décentralisation aux collectivités locales de l'organisation et de la gestion des services d'aide sociale ;
- *améliorer* l'efficacité des prestations et l'efficience des gestions.

Par cette méthodologie l'on entend passer de la planification socio-sanitaire proprement dite à la planification pour la santé et le bien-être social ou, pour mieux dire, d'un Plan socio-sanitaire régional à un Plan pour la santé et le bien-être social du peuple valdôtain.

Par conséquent, le plan se développe dans le rapport entre les objectifs, les activités et le suivi des processus et des résultats ; à cet effet il a lieu de remarquer ce qui suit :

- *les valeurs et les orientations stratégiques* sont les lignes directrices fondamentales que suit le processus de planification et dont découlent les objectifs et les activités ;
- *lesdits objectifs* concrétisent les valeurs stratégiques que le plan fixe comme lignes d'orientation pour la planification ;
- *lesdites activités* sont les actions, les initiatives et les processus par lesquels l'on entend rendre plus efficace et efficiente l'offre de services et de prestations à la personne aux fins de la réalisation des objectifs fixés ;

- *la période de validité* de certaines activités peut aller au-delà de celle du présent plan ; en l'occurrence, il y a lieu d'établir de concert un processus décisionnel relatif aux aménagements organisationnels y afférents et à leur évolution.

Par ailleurs, l'activité d'observation des besoins de santé et de bien-être social, effectuée à l'échelon institutionnel, revêt le rôle de vérification et d'actualisation de l'action de planification engagée.

Planifier sur la base des nouveaux besoins et des nouvelles conditions de vie.

La tâche fondamentale que doit remplir un système pour la santé et le bien-être social est de sauvegarder et de promouvoir la santé physique, psychique et sociale de tous les citoyens. Toutefois, ce but ne peut être atteint que si le service sanitaire et le service de l'aide sociale sont en mesure de satisfaire aux besoins de la population de référence, après les avoir mesurés et évalués.

La lecture des besoins tient compte des caractéristiques du contexte dans lequel ils surgissent et se manifestent, qu'elles soient généralisées au niveau national ou présentes uniquement à l'échelon régional.

La Vallée d'Aoste vit, tout comme le reste de l'Italie, une période caractérisée par des changements considérables du contexte social, scientifique et technologique qui modifient les besoins de la population et font naître de nouvelles exigences de soins et d'assistance liées notamment à la chronicité.

L'augmentation de l'âge moyen de la population, due entre autres à la diminution de la mortalité pour les pathologies aiguës, a entraîné une augmentation des maladies chroniques et dégénératives liées à l'âge et souvent associées au handicap. Il y a lieu de se préparer à faire face à une demande d'assistance différente de celle traditionnelle caractérisée par de nouvelles modalités de fourniture, basées sur le principe de la continuité des soins pendant des périodes de longue durée, ainsi que par l'intégration des prestations sanitaires et des prestations d'aide sociale.

De plus, l'évolution des professions a modifié le marché du travail en le rendant plus conscient et plus professionnel, mais également plus dynamique, au point que pendant quelques années encore nous serons conditionnés par des carences dues à une planification de la formation variable. Le rôle de l'Université de la Vallée d'Aoste dans la création des figures professionnelles s'avérera en ce sens stratégique, surtout en collaboration avec la réalité du marché du travail.

L'évolution des technologies sanitaires et génétiques permet aujourd'hui d'atteindre des résultats qualitatifs et quantitatifs impensables par le passé, mais pose le problème de la nécessité de ressources économiques toujours plus élevées pour que l'équité et l'universalité des prestations soient garanties.

Nous avons par ailleurs assisté à un changement culturel plus vaste ayant engendré une augmentation extraordinaire de la demande de santé de la part des citoyens, qui se sentent enfin au centre du « système santé » et exigent des prestations de qualité garantissant la continuité de l'assistance, l'évaluation multidimensionnelle

et pluriprofessionnelle. Toutefois, ce changement culturel n'a pas toujours orienté les demandes vers l'adéquation, vu que l'augmentation des informations aisément disponibles sur l'accès aux soins et aux prestations n'a pas toujours favorisé la finalité éducative et abouti à un avantage pour la santé, mais a souvent créé des situations de libre marché, où les règles éthiques n'ont pas encore été écrites et où les personnes n'ont pas encore acquis les instruments de connaissance leur permettant de bénéficier de la multiplicité d'offres hyper-spécialisées, sans être dominées et conditionnées par celles-ci.

Par rapport au passé, le système santé, et l'offre publique en particulier, se trouvent à devoir protéger les citoyens d'un excès de prestations, ainsi qu'à gérer et à corriger une demande parfois inappropriée, ce qui entraîne l'insatisfaction des usagers qui estiment ne pas avoir obtenu de réponse à leurs besoins.

Planifier pour une population de montagne.

La promotion de la santé dans les différentes réalités nationales est l'un des engagements et des garanties qui découlent de notre Constitution. Cette dernière affirme que la sauvegarde et la valorisation des zones de montagne revêtent un caractère d'intérêt national majeur (art. 44), *d'où l'engagement et le devoir, de la part de l'État, de garantir sur tout le territoire national des niveaux essentiels et uniformes d'assistance sanitaire et sociale.*

Le fait d'organiser et de gérer les services sanitaires et d'aide sociale dans les zones de montagne comporte sans doute des difficultés plus grandes et impose des choix différenciés (paramètres différents en termes, par exemple, de lits par habitant, taux d'hospitalisation plus élevés par rapport aux zones de plaine, système des urgences plus complexe, etc.). Les désavantages naturels, climatiques et orographiques, ainsi que les déséquilibres de la structure démographique, et parfois de la structure sociale, rendent plus compliquée l'application en montagne des modèles utilisés dans d'autres zones. Difficultés à desservir chaque petit village par des services de qualité et coûts de construction des structures sanitaires et d'aide sociale plus élevés : voilà les problèmes qu'il faut résoudre de manière stable dans les zones alpines où, par ailleurs, la vie associative est plus difficile et la distance de l'hôpital plus grande.

Force est donc de souligner notre problème fondamental : la santé en montagne comporte des coûts structurels supérieurs à la moyenne nationale. Selon la commission chargée des problèmes de la santé en montagne, créée au mois de juillet 2000 par décret du ministre de la santé, l'incidence de ce « surplus » atteint 20 p. 100.

Compte tenu de cette situation de départ, peu favorable, il faut toutefois, lors de la rédaction du nouveau plan régional pour la santé et le bien-être social, utiliser au mieux toutes les « spécificités » de notre territoire et toutes les ressources disponibles et prévoir des modèles organisationnels plus efficaces.

En effet, les montagnes sont également des territoires de qualité. Cette qualité se réfère à des valeurs réelles et objectives de santé et de salubrité de l'air et de l'eau, à la présence des forêts, au panorama, à l'incidence moins élevée des bruits et des taux de pollution, à des styles de vie prévoyant une activité physique plus intense, à des

produits alimentaires locaux sûrement naturels. Une autre ressource importante de notre réalité de montagne réside dans le bénévolat, qui est le fruit de cette solidarité alpine si importante par le passé et qui doit aujourd'hui être valorisé, car il représente un important soutien des services publics.

Pour cette réalité, porteuse de difficultés mais également riche d'éléments positifs, il y a lieu d'étudier et de mettre en œuvre des modèles organisationnels sanitaires et sociaux plus adaptés à notre spécificité. La mise en place de ces modèles peut devenir un laboratoire de qualité, et pas seulement pour notre réalité. Notre territoire se prête en effet tout particulièrement à la prévention primaire et secondaire des maladies : la Vallée d'Aoste, qui dépense déjà plus que les autres Régions dans ce secteur, renforcera la recherche épidémiologique aux fins d'une prévention encore plus efficace.

Enfin, nous sommes conscients du fait que fournir un service sanitaire et d'aide sociale efficace dans nos vallées et dans nos villages représente une condition essentielle pour le maintien de la population dans les zones alpines, ce qui permet le contrôle et la sauvegarde du territoire, indispensables à sa survie.

Le développement de la territorialité et l'orientation pour l'évolution du district.

Le développement des services dans une perspective de système et l'intégration conséquente des services sanitaires et des services d'aide sociale pour la santé et le bien-être social attribuent au territoire et aux collectivités locales qui y sont institutionnellement représentées un rôle central tant du point de vue organisationnel que du point de vue des outils de planification.

Un développement supplémentaire du district s'avère donc nécessaire. Le district doit adapter l'organisation de ses services et activités aux besoins exprimés par la population, en suivant non pas les modalités découlant de l'organisation des services, mais les modalités communément prévues par les parcours de soins. Sur la base de ces derniers, le concours de chaque opérateur sanitaire ou d'aide sociale, qui prévoit une approche multifonctionnelle du besoin en matière de santé et d'assistance, et surtout une meilleure intégration organisationnelle, va au-delà des limites physiques et disciplinaires du service auquel l'opérateur appartient.

Il s'agit certainement d'un processus lent et graduel, tout comme le processus culturel et formatif qui doit l'accompagner afin que la nouvelle organisation des services soit perçue comme la solution optimale – non imposée – pour répondre de manière fonctionnelle et intégrée à des besoins de santé et de bien-être social de plus en plus complexes.

Il s'agit d'un parcours nécessaire qui fonctionne déjà efficacement dans certains secteurs de l'offre sanitaire, comme les structures hospitalières et, depuis longtemps déjà, dans le secteur des politiques sociales, où la prise en charge des usagers relève d'équipes multiprofessionnelles œuvrant habituellement en dehors des limites physiques des structures d'appartenance. Pour affronter et résoudre les besoins de la personne, lesdites équipes collaborent avec d'autres figures professionnelles et établissent des protocoles d'intervention communs.

Tout ceci entraînera, progressivement :

- *la révision des mécanismes organisationnels*, consistant dans la simplification et dans l'optimisation des activités réalisées ;
- *une nouvelle conception des processus*, consistant dans l'intégration de chaque action dans le cadre de parcours ou de processus orientés vers la personne, ce qui aura entre autres pour conséquence la réduction des fonctions de coordination entre les composantes organisationnelles, productives et de gestion du service socio-sanitaire régional ;
- *l'introduction de systèmes de contrôle* des activités réalisées, ainsi que d'évaluation et de rémunération du personnel en fonction des résultats obtenus, tant en termes d'objectifs réalisés que de satisfaction des usagers.

Les niveaux essentiels des prestations sociales (LEP).

L'orientation vers la santé, dans son sens général, et, par conséquent, l'exigence d'intégration des services sanitaires et des services d'aide sociale entraîne la nécessité d'établir, en sus des niveaux essentiels d'assistance sanitaire (LEA), les niveaux essentiels des prestations sociales (LEP).

Pour ce qui est des politiques sociales, l'État est appelé, au sens de la lettre m) du deuxième alinéa de l'art. 117 de la Constitution, à établir les niveaux essentiels des prestations, sur la base des dispositions de la loi n° 328/2000, soit à garantir l'ensemble des prestations qui représentent le facteur unifiant de la citoyenneté sociale et ce, surtout contre le risque de diversification sur le territoire national.

De plus, à l'échelon national, la réforme de la II^e Partie du Titre V de la Constitution a eu des retombées considérables sur la répartition des compétences législatives et administratives entre l'État et les Régions et a revu globalement les rapports entre les différents niveaux de gouvernement. Ainsi, il revient à l'État de définir par des normes propres et de manière uniforme sur tout le territoire national les niveaux minima ou inaliénables des prestations relatives aux droits civils et sociaux, alors que les Régions sont chargées de la détermination de toute autre action dans le secteur.

Dans le secteur des services d'aide sociale, le « noyau essentiel » des droits sociaux coïncide avec le niveau minimum de prestations au-dessous duquel la garantie reconnue à tous les citoyens italiens par la Constitution fait défaut, garantie qui représente donc le niveau inaliénable à prendre en compte au moment de la définition des niveaux essentiels des prestations. *En d'autres termes, pour définir les LEP il faut partir de cette base commune de prestations garanties à tous les citoyens italiens.*

Par conséquent, dans le cadre des politiques sociales, l'on définit « niveau essentiel » le niveau complémentaire au niveau minimum ou inaliénable déjà prévu par le droit constitutionnel.

Voici quelques exemples de droits reconnus par la Constitution et dont le respect peut donc être immédiatement et directement exigé :

- le droit au travail prévu par l'art. 4 de la Constitution, au sens duquel doivent être garanties les conditions qui rendent ce droit effectif pour tous les citoyens, compte tenu de leurs capacités et de leurs choix ;
- le droit – prévu par l'art. 38 de la Constitution – à la subsistance et à l'assistance sociale pour les inaptes au travail dépourvus des moyens de subsistance, qui se concrétise par des prestations économiques prévues à cet effet (pensions d'assistance, rentes INAIL, etc.) ;
- le droit prévu par l'art. 30 de la Constitution en matière de protection des mineurs ;
- le droit prévu par l'art. 32 de la Constitution en matière de protection de la santé, notamment pour ce qui est des soins gratuits aux nécessiteux.

La loi n° 328/2000, de son côté, a défini les niveaux essentiels des prestations sociales en établissant simplement des domaines d'intervention (deuxième alinéa de l'art. 22) qui doivent être remplis de contenus spécifiques pour donner aux modalités et aux conditions d'accès clarté et transparence de garantie des prestations offertes en fonction du territoire.

Il existe donc à l'heure actuelle uniquement de grandes lignes directrices sur la base desquelles orienter le système intégré d'actions et de services d'aide sociale régionaux et établir progressivement les prestations devant être garanties en raison des spécificités liées à la contingence temporelle et aux différents domaines territoriaux.

Lors de la définition régionale des *LEP*, il faudra donc distinguer, d'une part, les prestations, fournies à l'échelon régional, qui représentent le niveau minimum des prestations sociales pouvant être immédiatement exigées car elles sont garanties par la Constitution (et, en tant que telles, représentent des droits subjectifs) et, d'autre part, les prestations complémentaires qui peuvent être garanties dans le cadre de la planification régionale des services, selon des critères de priorité, en fonction des besoins et des ressources disponibles.

Le rapport entre les ressources et les activités ou prestations.

L'orientation des services vers la santé et le bien-être social, l'intégration des services sanitaires et des services d'aide sociale, l'introduction des niveaux essentiels des prestations sociales et, enfin, le développement supplémentaire prévu pour l'organisation du territoire exigent qu'une grande attention soit accordée au rapport entre activités ou prestations garanties et ressources utilisées et, notamment, à la certitude des sources de financement.

L'examen des données relatives à la dépense sanitaire et sociale découlant des actes comptables prévisionnels relatifs à la période 2001/2007 – données qui sont traitées dans la partie du présent plan consacrée aux ressources financières – met en

évidence le fait que l'incidence de ladite dépense sur le budget régional devient de plus en plus élevée.

D'où le problème, lors de la définition des niveaux essentiels en matière de santé et d'aide sociale (*LEA* et *LEP*), d'une éventuelle sélection des prestations sanitaires et sociales à garantir à la population régionale.

L'équilibre entre l'universalité de l'accès aux prestations et l'équité et la qualité de ces dernières a été interprété de manière différente ; il va de soi qu'étant donné les limites des ressources économiques disponibles, il est impossible de garantir « tout à tous » et il faut donc, inévitablement, sacrifier quelque chose.

Les niveaux d'assistance sanitaire et sociale ont souvent été interprétés comme un instrument pour réduire le contenu des prestations et donc réussir à mettre en œuvre de manière équitable et efficiente une politique de sélection ou de choix.

Étant donné qu'il est difficile, d'une part, de réduire les niveaux de garantie sanitaire et sociale et, d'autre part, de définir en un sens absolu les prestations essentielles, il est fréquent que l'on entende en fait par niveaux essentiels les niveaux pouvant être assurés compte tenu des ressources disponibles.

Pour cette raison, il serait peut-être préférable d'utiliser l'expression « niveaux garantis » au lieu de « niveaux essentiels », car il est possible de garantir uniquement les prestations qui peuvent être couvertes financièrement et non pas toutes les prestations reconnues comme essentielles.

Pour tenter de définir les niveaux essentiels d'assistance ou, mieux, les niveaux garantis, il faudrait appliquer les concepts d'utilité, d'efficacité et d'économicité, déjà énoncés, par ailleurs, pour ce qui est de la partie sanitaire, dans le décret législatif n° 229/1999.

Le système sanitaire et social devrait en somme pouvoir répondre aux besoins de la population de manière efficace et efficiente et poursuivre le but de la réduction des inégalités de résultats et d'accès.

La prise en charge de la tâche d'augmenter l'équité globale du système peut toutefois mettre en crise la logique d'une évaluation effectuée uniquement sur les principes économiques et financiers, lors de la définition des priorités dans le secteur de la santé ; par conséquent, ce n'est qu'en garantissant une interaction profitable entre l'analyse des besoins, les critères du décideur politique, la réalité des opérateurs sanitaires et sociaux et le consentement de l'utilisateur que l'on peut penser parvenir à une solution acceptable du problème de la définition des niveaux essentiels (garantis) d'assistance ou de prestations.

À ce propos, le présent plan réalisera ce processus complexe de définition, compte tenu de la nécessité de l'intégration des différentes compétences.

D'un côté, en effet, il est nécessaire de disposer d'informations d'ordre épidémiologique et social pour la définition du besoin, pour l'établissement de la dimension quantitative du problème et pour la mise au point d'un parcours de résolution ; de l'autre, il y a lieu de résumer les connaissances de nature économique et sociale compte tenu de limites budgétaires connues et préétablies par les organismes mobilisés dans les processus de fourniture des prestations sanitaires et

sociales. Ce processus de définition comprend également le privé social et tous les témoins privilégiés qui sont en mesure de permettre une lecture du besoin la plus proche possible de la personne concernée.

La population et le contexte de référence.

Les principes généraux énoncés dans les points précédents, qui représentent une référence pour le présent plan régional pour la santé et le bien-être social 2006/2008, doivent être lus compte tenu d'une population ayant les caractéristiques indiquées ci-après :

Structure démographique et sociale.

À la date du 1^{er} janvier 2002, le nombre d'habitants de la Vallée d'Aoste s'élevait à 120 909, dont 2 630 étrangers résidants, soit 2,2 p. 100 du total, en majorité des femmes. Le taux d'immigration est en ligne avec la moyenne nationale et est légèrement inférieur par rapport au nord-ouest de l'Italie.

Les immigrés en Vallée d'Aoste proviennent pour la plupart de l'Afrique du Nord et de l'Europe du Centre-Est. La majorité des étrangers résidants sont mariés et la tranche d'âge la plus représentée est celle des 30 à 39 ans. Les immigrés âgés jusqu'à 44 ans proviennent essentiellement de l'Afrique du Nord, alors que les immigrés de plus de 45 ans sont surtout des Européens. En sus d'Aoste, qui accueille la plupart des immigrés, un nombre considérable de ces derniers réside dans les communes de Courmayeur, de Valtournenche et de Saint-Vincent.

Le district qui comprend le chef-lieu et le district n° 3 (Moyenne Vallée) sont ceux qui comptent le plus grand nombre d'habitants. La population est installée surtout dans le fond des vallées et le long de la Doire Baltée. Aoste accueille 28,3 p. 100 de la population ; si l'on y ajoute les communes limitrophes, ledit pourcentage approche 50 p. 100 de la population régionale. Parmi les autres communes de la région, les plus peuplées sont les suivantes : Saint-Pierre, Sarre, Villeneuve, Saint-Christophe, Gressan, Saint-Vincent, Châtillon, Pont-Saint-Martin et Verrès.

Le nombre moyen d'enfants par femme est de 1,33 – à peine plus élevé que celui de l'Italie du Nord-Ouest et que celui de l'Italie tout entière ; 9,2 enfants naissent tous les 1 000 résidants et, dans ce cas, le nombre est légèrement supérieur à celui de l'Italie du Nord-Ouest, mais inférieur à la moyenne nationale. Exception faite du district n° 1 (Haute Vallée), *la différence entre le nombre de nouveaux-nés et le nombre de personnes décédées en une année est négative ; la croissance de la population régionale est en tout état de cause due aux nouveaux citoyens – étrangers pour la plupart – inscrits sur les listes des résidants, qui ont davantage d'enfants que la population locale : en effet, si en 2000 sur 1 153 nouveaux-nés en Vallée d'Aoste 56, soit 4,8 p. 100, étaient enfants d'étrangers, ledit pourcentage dépasse aujourd'hui 11 p. 100.*

Comme dans le reste de l'Italie, l'on enregistre plus d'hommes que de femmes et cette supériorité en nombre dure jusqu'à l'âge de 60 ans, lorsque le rapport s'inverse et augmente en faveur des femmes, du fait de leur longévité naturelle plus

élevée, mais également d'une mortalité masculine qui en Vallée d'Aoste dépasse la moyenne nationale et des autres zones du Nord et est, par ailleurs, plus précoce.

Le district où l'on enregistre la population la plus jeune est le n° 1 (Haute Vallée), alors que le district n° 4 (Basse Vallée) compte le plus grand nombre de personnes âgées par rapport à la moyenne régionale. Cette différence démographique se traduit bien évidemment dans des profils de santé et des besoins sanitaires et d'aide sociale différents dans les deux zones opposées de la région.

Les enfants âgés de 0 à 10 ans représentent 9,7 p. 100 de la population totale, alors que les personnes âgées de 65 à 74 ans 10,3 p. 100, un pourcentage à peine inférieur à celui de l'Italie du Nord-Ouest et de la moyenne nationale. Le pourcentage des personnes d'un grand âge, soit les personnes âgées de plus de 74 ans, s'élève à 7,9 p. 100 et est inférieur tant à la moyenne du Nord-Ouest qu'à la moyenne nationale.

La société valdôtaine a accordé une attention particulière à ces catégories (personnes âgées et enfants) en termes d'offres de services et a poursuivi des objectifs de promotion et de soutien de leurs droits individuels, ainsi que d'aide aux familles dans leur activité de soins et dans la conciliation de cette dernière avec la vie professionnelle, notamment des femmes. Il est notoire en effet qu'au nombre des moyens les plus efficaces pour contrecarrer et limiter le risque de pauvreté des familles figure la possibilité de disposer d'un deuxième salaire (même réduit).

Pour ce qui est de la petite enfance (de 0 à 3 ans), une intensification de la variété de réponses institutionnelles organisées est en cours, avec, à l'heure actuelle, un rapport de 2 places tous les 10 enfants. L'extension de l'offre vise à donner des réponses à toutes les familles qui comptent parmi leurs membres des enfants de moins de 3 ans et qui, du fait d'un choix éducatif ou d'exigences familiales, doivent faire appel à des services favorisant ou facilitant la conciliation entre les responsabilités familiales et les engagements professionnels, la nécessité de garantir et de promouvoir les droits des enfants à l'éducation et à la socialisation extra-familiale étant toujours considérée comme capitale.

Pour ce qui est des personnes âgées, la moyenne régionale est de 9 places dans des structures d'hébergement toutes les 100 personnes de plus de soixante-cinq ans, indépendamment de leur état de santé et de leur niveau d'autonomie fonctionnelle et psychique. L'analyse des besoins de santé et d'assistance des personnes âgées permettra dans un proche avenir d'opérer des choix plus adaptés et conformes aux types de structure.

Pour ce qui est des familles, à la date du dernier recensement de l'ISTAT (2001), elles étaient au nombre de 53 333, dont 34,8 p. 100 composées d'un seul membre ; ce type de famille représente la catégorie la plus diffuse dans notre région, avec un pourcentage qui dépasse tant celui de l'Italie du Nord-Ouest que celui de l'Italie tout entière. Lors de l'élaboration des politiques sociales, et notamment des politiques familiales, il faudra tenir compte de cette particularité régionale.

En ce qui concerne les foyers (2 personnes au moins), la Vallée d'Aoste compte moins de couples mariés que les autres zones de l'Italie du Nord ; les foyers composés d'un couple avec enfants représentent le pourcentage le plus élevé (50,6 p. 100) ;

toutefois, ce pourcentage est inférieur tant à celui de l'Italie du Nord-Ouest qu'à la moyenne nationale.

Les couples sans enfant sont proportionnellement plus nombreux qu'ailleurs et représentent 35,1 p. 100 des foyers.

Les familles monoparentales, c'est-à-dire un seul parent avec des enfants, représentent 14,4 p. 100 du total, un pourcentage qui dépasse celui de l'Italie du Nord-Ouest et la moyenne nationale. Le nombre de mères seules avec enfants s'avère particulièrement élevé.

La croissance de la population régionale est fortement liée aux comportements reproductifs des citoyens étrangers qui, d'après les données du dernier recensement, représentent un peu plus de 2 p. 100 de la population résidant en Vallée d'Aoste et sont en priorité des adultes. Au cours des dix dernières années, le nombre de citoyens étrangers régulièrement présents dans notre région a presque doublé et il est à remarquer une progressive féminisation des flux migratoires. D'après les données du « Deuxième rapport sur la vulnérabilité et la pauvreté en Vallée d'Aoste », le taux de femmes immigrées est passé de 42,8 p. 100 en 1997 à 51,2 p. 100 en 2003. Les raisons de ce phénomène s'expliquent par le rapprochement familial, même si le travail, et notamment le travail salarié, demeure le motif principal de la présence de ces femmes dans notre région.

Le bien-être social

Le concept de bien-être social est souvent associé à celui de richesse économique, même si cette association s'avère trop simpliste pour pouvoir expliquer les déterminants réels de la condition de pauvreté et de marginalisation.

Sur la base des estimations régionales diffusées par l'ISTAT au titre de 2002/2003, le taux de pauvreté relative – concept selon lequel est considéré comme pauvre celui qui a accès à une consommation égale ou inférieure à la consommation moyenne par personne – est inférieur en Vallée d'Aoste (7 p. 100) non seulement à la moyenne nationale, mais également à la moyenne calculée dans des régions telles que le Trentin – Haut-Adige et le Frioul – Vénétie-Julienne (11 p. 100 et 9 p. 100 respectivement). Les dimensions réduites de la Vallée d'Aoste et des deux autres régions prises en considération influent toutefois de manière significative sur les résultats du calcul de ces estimations ; il s'avère donc nécessaire de lire ces données avec prudence et de les considérer essentiellement du point de vue de la tendance qui, dans notre région, ne présente aucun écart significatif entre 2002 et 2003. De plus, ces estimations se basent sur un seuil de pauvreté relative calculée sur la base des consommations moyennes nationales et ne tiennent donc pas compte du coût de la vie plus élevé dans notre région. En raison de ce coût plus élevé, il pourrait y avoir des individus et des familles qui ne sont pas pauvres par rapport aux standards nationaux, mais qui le sont par rapport aux standards régionaux.

Les données font état d'une situation qui n'est certainement pas dramatique, mais tendue, suite aux processus de désindustrialisation et de transformation du marché du travail, de vieillissement de la population et de crise du modèle traditionnel de famille : il s'agit là de phénomènes qui peuvent mettre en difficulté tant les budgets des familles que le système de Région-providence tel qu'il a été traditionnellement conçu jusqu'à présent.

Afin d'aider les individus et les familles en situation de difficulté sociale et économique et d'éviter que leur condition devienne chronique, de nombreuses stratégies sociales ont été mises en œuvre à l'échelon régional. La possibilité de bénéficier d'aides économiques est sans aucun doute essentielle, mais ne suffit pas, à elle seule, aux personnes qui vivent dans des conditions de pauvreté.

Une première enquête régionale par échantillon¹, effectuée sur les personnes qui, à compter de 1999, ont bénéficié pour la première fois de l'aide économique « minimum vital » et d'aides extraordinaires (art. 3 et 5 de la LR n° 19/1994) et publiée au mois de juillet 2005 dans le « Deuxième rapport sur la vulnérabilité et la pauvreté en Vallée d'Aoste », par les soins de la commission régionale chargée de l'état de pauvreté et d'exclusion sociale en Vallée d'Aoste, a fait ressortir des éléments utiles en vue de la planification des politiques dans ce domaine d'intervention. Ces éléments ne peuvent être généralisés aux fins de la description des caractéristiques des besoins de l'ensemble de la population régionale, mais brossent certainement un tableau intéressant des citoyens que les services savent se trouver dans une condition particulière de difficulté.

Sur la base des résultats de la recherche – dans le cadre de laquelle les bénéficiaires ont été répartis en « personnes capables » et « personnes incapables » (personnes âgées et/ou infirmes) – presque les trois quarts de la cohorte examinée sont des « personnes capables » (69 p. 100) appartenant à des familles monoparentales (40,6 p. 100), à des foyers unipersonnels (33,1 p. 100), à des couples avec enfants dont les deux parents sont au chômage ou sans pension de retraite (63 p. 100), mais également à des familles dont un seul conjoint est occupé.

La moitié des bénéficiaires sont des jeunes adultes âgés de 30 à 40 ans, alors qu'un tiers sont des personnes d'âge moyen (35 p. 100 sont âgés de 45 à 64 ans).

Les mineurs assistés font essentiellement partie de familles monoparentales, dans lesquelles l'adulte est représenté par la mère.

Les bénéficiaires incapables sont surtout des personnes seules (70 p. 100). La majorité des bénéficiaires sont des femmes (68 p. 100) et un cinquième est représenté par des immigrés.

Cette dernière donnée s'avère particulièrement intéressante si l'on considère que les immigrés réguliers correspondent à environ 2 p. 100 de la population résidant en Vallée d'Aoste.

Le chômage n'est que l'une des causes de vulnérabilité et les bénéficiaires qui appartiennent à des foyers où les deux conjoints travaillent ou sont à la retraite sont peu nombreux : l'accès au marché du travail – et surtout à un emploi suffisamment stable et dûment rémunéré – représente un facteur important dans la prévention du risque de vulnérabilité sociale et de pauvreté.

En sus du problème du travail, un autre élément de vulnérabilité économique et sociale réside dans la difficulté d'accès au logement ; ce n'est pas par hasard si la majorité des personnes ayant bénéficié d'aides économiques (68 p. 100) a un logement en location et non pas en propriété.

¹ Globalement le groupe (cohorte) des bénéficiaires était composé de 195 personnes et la période au cours de laquelle l'histoire de ces personnes a été observée (fenêtre d'observation) s'étendait à toute l'année 2003.

Pour promouvoir le bien-être social de ceux qui se trouvent dans une situation de vulnérabilité et de pauvreté en raison de faits biographiques particuliers, il y a lieu d'accorder une attention particulière au développement de politiques transversales d'intégration sociale ; un effort constant s'avère donc nécessaire afin de favoriser et d'améliorer les processus basés sur le travail en réseau et sur la collaboration non seulement des différents niveaux de gouvernement et des différents secteurs de l'action publique, mais également du privé social et des communautés locales. Seules la promotion d'une culture partagée et une sensibilisation de grande envergure sur ces thèmes peuvent mener à la mise en œuvre de stratégies de plus en plus efficaces pour lutter contre le malaise social et la marginalisation et aider les personnes qui se trouvent dans ces situations.

L'état de santé

D'après les données de la dernière analyse ISTAT sur l'état de santé et l'accès aux services en 2000, les Valdôtains en général estiment être en bonne santé, bien que leur jugement devienne moins positif avec les années : seulement 7,3 p. 100 des hommes et 13 p. 100 des femmes ont déclaré se sentir « mal ou très mal » en parlant de leurs conditions psychiques et physiques. Les femmes ont plus de problèmes que les hommes, surtout à un âge avancé.

Jusqu'à 14 ans, ce sont les garçons qui tombent le plus souvent malades et les maladies principales sont les allergies et l'asthme bronchique.

Les résidants âgés de plus de 15 ans qui déclarent avoir eu au moins une maladie chronique diagnostiquée représentent 21,1 p. 100 des hommes et 29,4 p. 100 des femmes. Les femmes souffrent plus souvent que les hommes de cataracte, de maladies de la thyroïde, de lombosciatalgies, d'ostéoporose, de calculs hépatiques et des voies biliaires, de céphalées et de migraines récurrentes, de varices, d'arthroses et d'arthrites, alors que chez les hommes sont plus fréquents l'infarctus du myocarde, les hernies abdominales, les ulcères gastriques et duodénaux et les troubles cardiologiques.

Entre 16 et 64 ans, les femmes souffrent plus fréquemment que les hommes de maladies chroniques et notamment de varices, de maladies de la thyroïde, de calculs hépatiques et des voies biliaires, de céphalées, de migraines et d'ostéoporose.

Les maladies qui influent le plus sur la santé des femmes âgées de plus de soixante-cinq ans sont l'hypertension, les varices, les maladies de la thyroïde, les arthroses, les arthrites, les lombosciatalgies et l'ostéoporose. En revanche les hommes de cet âge-là souffrent davantage de bronchites chroniques, d'ulcères gastriques et duodénaux et d'hypertrophies de la prostate.

Pour ce qui est des étrangers, les seules données disponibles au sujet de leurs besoins de santé concernent le nombre d'hospitalisations qui, entre 1993 et 2003, a augmenté (+76,6 p. 100), alors qu'il a diminué (-24,3 p. 100) en ce qui concerne le reste de la population assistée.

Parmi les étrangers, ce sont les femmes qui sont hospitalisées le plus souvent, du fait, entre autres, des grossesses et des accouchements.

Lesdites données mettent en évidence un taux d'hospitalisation plus élevé par rapport au reste de la population chez les enfants âgés de 0 à 4 ans et les adultes âgés de 20 à 44 ans (pour lesquels il y a lieu de tenir compte des grossesses et des accouchements) et, par contre, un taux très bas chez les personnes âgées, vraisemblablement encore peu nombreuses.

La raison la plus fréquente des hospitalisations est représentée par la grossesse et/ou l'accouchement normal ; dans les dix ans qui ont été pris en considération, les causes d'hospitalisation les plus fréquentes sont les suivantes : avortements provoqués, traumatismes intracrâniens, appendicites ou autres maladies de l'appendice. Avant 1998, en revanche, les causes principales étaient les fractures – notamment des membres inférieurs – et les amygdalites aiguës et chroniques.

Lors de l'analyse effectuée afin de détecter les éventuelles particularités du recours à l'hospitalisation de la part des citoyens étrangers et donc de définir les besoins de santé qui caractérisent ces derniers par rapport à la population locale, il est ressorti que le nombre d'hospitalisations dues aux complications de l'avortement est particulièrement élevé, notamment pendant les périodes 1996/1997 et 1998/1999. Ce qui signifie que les femmes immigrées n'ont pas toujours les informations, les compétences, les ressources (cognitives et relationnelles) ou la liberté personnelle nécessaires pour faire appel aux services territoriaux de base, afin d'être suivies pendant leur grossesse ou pour obtenir des renseignements ou des dispositifs de contraception adéquats.

Pour ce qui est de l'analyse de la mortalité, l'Atlas régional de la mortalité en Vallée d'Aoste de 1980 à 2003 a mis en évidence certains points critiques. Afin de lutter contre les excès de mortalité pour causes spécifiques, il y a lieu d'intervenir, par des actions ciblées, sur des groupes sélectionnés de population ou dans des zones correspondant aux ressorts administratifs des communautés de montagne ou des districts. L'objectif principal de la planification est en effet celui de réduire les inégalités et de porter l'ensemble du territoire de la région au même niveau que les zones qui font enregistrer les meilleurs résultats en matière de santé.

À ce propos, l'Atlas prouve que les résidents dans les communes classées comme « déprivées » sur la base de l'indice de déprivation socio-économique de l'ISTAT ont un risque de mort – indépendamment de la cause et de l'âge – qui dépasse de plus de 11 p. 100 le risque moyen régional et que l'association entre désavantage social et mortalité est évidente, surtout chez les hommes.

Dans l'ensemble, la Vallée d'Aoste présente une mortalité typique des zones de montagne, où les indicateurs sont souvent défavorables par rapport à ceux enregistrés dans les autres zones du territoire national. Par rapport à la moyenne nationale, la mortalité régionale est plus élevée chez les hommes, bien qu'elle ait fait l'objet d'une réduction considérable entre 1980 et 2003 ; ladite réduction est toutefois inférieure à celle enregistrée dans le reste de l'Italie. Le taux de mortalité féminine, qui, au cours des années 90, était inférieur à la moyenne nationale, depuis 2000 est de plus en plus en ligne avec celle-ci. Cette caractéristique défavorable dans les valeurs de la mortalité, typique des zones de montagne, est le résultat de différents facteurs, dont certains sont liés à des styles de vie particuliers, d'autres aux caractéristiques du territoire, d'autres encore aux modalités d'accès aux services et aux actions pour la santé.

La planification régionale a donc pour objectif de faire en sorte que les caractéristiques typiques des zones de montagne n'engendrent pas de différences de santé chez les populations qui y vivent et de développer tout ce qui en montagne peut représenter une valeur ajoutée pour la santé et le bien-être de la population.

Par rapport à la période 1980-1991, à la fin de 2003, la mortalité était réduite de 21,1 p. 100 chez les hommes et de 26,5 p. 100 chez les femmes. Les meilleurs résultats ont été obtenus pour ce qui est de la mortalité précoce, soit avant 75 ans, avec une diminution de 18,9 p. 100 chez les hommes et de 25 p. 100 chez les femmes, et de la mortalité infantile, soit avant la fin de la première année de vie, qui a diminué de 41 p. 100 entre 1980 et 2003.

Comme partout en Italie, les principales causes de décès en Vallée d'Aoste sont représentées par les maladies de l'appareil circulatoire et par les cancers, qui influent sur la mortalité totale à hauteur de 61,9 p. 100 chez les hommes et de 70,25 p. 100 chez les femmes.

Pour ce qui est des cancers notamment, la planification socio-sanitaire régionale met en place des actions visant à gagner plus de santé en coordonnant entre eux des secteurs d'activités différents, tels que celui de la prévention, du diagnostic, des traitements et, en général, du milieu et des styles de vie. Et c'est surtout le milieu de vie, avec sa spécificité, qui doit devenir le laboratoire privilégié dans le cadre duquel concevoir et rendre opérationnels les plans de prévention, de traitement et de rééducation à l'intention des populations de montagne.

Même si la réduction des inégalités en matière de santé dépend de multiples facteurs, dont une partie seulement peut être directement contrôlée par les politiques sanitaires, seule une action conjointe, comportant la coopération systématique des différents secteurs concernés (environnement, éducation, activités productives) est en mesure d'aboutir aux meilleurs résultats.

Après les maladies de l'appareil respiratoire (troisième cause de décès), la Vallée d'Aoste enregistre au quatrième rang, du fait de leur fréquence, les accidents, qui montent au deuxième rang chez les hommes pour ce qui est du nombre d'années de vie perdues avant 74 ans. Comme dans le reste de l'Italie, les hommes ont un risque de mort trois fois plus élevé que les femmes, essentiellement à cause des accidents du travail et des accidents liés à l'abus d'alcool et à des styles de vie à risque. Entre 1980 et 2003, la mortalité due aux accidents a diminué de 20 p. 100 ; toutefois, cette réduction n'a pas concerné les personnes âgées, dont la mortalité a, bien au contraire, augmenté de 30 p. 100, et demeure élevée chez les enfants jusqu'à 14 ans.

Lors de la planification des actions visant à prévenir ce type de phénomène, une attention particulière doit être accordée aux très jeunes, aux travailleurs et aux personnes de plus de 75 ans, surtout si elles vivent seules.

La Communauté de montagne Évançon est le ressort régional dans lequel l'on a enregistré le risque de mortalité pour accident le plus élevé.

Pour les deux sexes, la mortalité la plus élevée, à tous les âges, a été enregistrée sur le territoire de la Communauté de montagne Grand-Combin, relevant du district n° 2, notamment pour ce qui est des deux principales causes de décès : les maladies de

l'appareil circulatoire (et notamment les maladies cérébrovasculaires) et les cancers. L'Atlas signale par ailleurs une mortalité plus élevée chez les hommes dans le district n° 4 (Basse Vallée) et en particulier dans le cadre des Communautés de montagne Évançon et Mont-Rose. Chez les femmes, en revanche, la mortalité est légèrement plus élevée dans le district n° 3 (Moyenne Vallée).

Un système sanitaire et social régional, universel et équitable, doit avoir pour but substantiel de protéger tous les sous-groupes qui composent la population de référence contre les différences en matière de santé dues à des diversités culturelles, linguistiques, sociales, économiques et religieuses et de faire en sorte que lesdites différences ne deviennent pas des inégalités, c'est-à-dire des différences injustes et non voulues.

VALEURS ET STRATÉGIES DE DÉVELOPPEMENT ET DE QUALIFICATION POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET DU BIEN- ÊTRE SOCIAL

Les principes généraux de référence indiqués dans la première partie du présent plan font ressortir les lignes directrices fondamentales que l'action de la Région doit suivre aux fins de la planification. Lesdites lignes sont les suivantes :

1. Développer le rôle de gouvernement de la Région dans la définition des objectifs de santé et de bien-être social, ainsi que dans la détermination du système de l'offre de prestations.

L'élaboration d'une planification qui propose les lignes directrices fondamentales déjà énoncées dans la section méthodologique nécessite une nouvelle définition du rôle stratégique de la Région, car la perspective de promotion d'un système de santé et de bien-être social comporte la responsabilité globale dudit système et non pas de ses différents segments, car il y a lieu de garantir autant de santé et de bien-être social que possible, non seulement par le biais des acteurs de l'organisation publique, mais également des acteurs non publics et des secteurs non sanitaires.

2. Activer les systèmes de connaissance des différences de santé et de bien-être social dans la population.

Le système valdôtain dispose d'un riche patrimoine de données et de connaissances qui dérive d'exigences différentes et s'avère donc fragmentaire et non parfaitement adéquat pour réaliser les buts cognitifs spécifiques de la santé, du besoin social et du recours aux services. D'où la nécessité d'évaluer de manière adéquate, en vue de la continuité, de l'exhaustivité et de la qualité dudit système, les caractéristiques sociales de la population et des personnes qui font appel à l'assistance sanitaire et sociale. L'objectif stratégique du plan est représenté par la conception et la mise en œuvre des actions minimales de correction des systèmes d'information qui s'avèrent nécessaires pour augmenter la capacité du service régional d'étudier, de suivre et d'évaluer les problèmes et les actions qui ont des retombées sur l'équité en matière de santé et de bien-être social.

3. Lutter contre les différences en matière de santé par des actions explicites, nécessaires et réalisables selon les critères de financement du système.

Les inégalités de santé découlent tant de la manière dans laquelle la société valdôtaine produit et distribue les ressources et soutient les capacités d'en bénéficier par le biais des politiques générales et sectorielles, que de mécanismes de proximité, liés à une distribution inégale des facteurs de risque pour la santé. L'objectif stratégique du présent plan est d'identifier, dans la littérature et dans l'expérience d'autres Pays et d'autres Régions, les politiques et les actions (revenu, emploi, environnement, *welfare*) susceptibles, d'une part, de mieux influencer la distribution des ressources et des capacités d'utiliser celles-ci et, de l'autre, d'assurer une plus grande efficacité dans la réduction, au sein des groupes socialement les plus vulnérables, de l'exposition aux facteurs de risque pour la santé (styles de vie, facteurs psychiques et sociaux, facteurs de risque environnemental).

4. Garantir à tous les citoyens l'égalité et l'universalité de l'accès aux soins et aux actions les plus appropriées et efficaces compte tenu des besoins, avec une attention particulière à l'adéquation des délais et aux modalités de réponse.

Les inégalités dans le système et dans l'assistance sanitaire surgissent lorsque les caractéristiques sociales de la personne, de la famille ou du contexte représentent un obstacle à l'accès aux prestations efficaces et sûres par lesquelles la médecine prend soin de la santé et du bien-être des personnes. Le présent plan poursuit l'objectif stratégique de faire en sorte que le fait de résider dans une zone de montagne ne représente pas une inégalité dans l'accès immédiat aux services et de soumettre les parcours d'assistance qui ont le plus grand impact en termes d'espérance et de qualité de vie à une vérification rigoureuse – tant pour ce qui est des processus que des résultats – afin d'évaluer s'il existe, dans les phases critiques de chaque parcours d'assistance, des discriminations actives ou des omissions non intentionnelles pouvant être attribuées aux comportements professionnels ou aux choix organisationnels du système sanitaire.

5. Renforcer le rôle stratégique de la prévention.

La planification sanitaire accorde une attention particulière au secteur de la prévention, qui est considéré comme stratégique du point de vue organisationnel et essentiel du point de vue éthique, et ce, aux fins de la protection et de la promotion de la santé des personnes.

L'objectif stratégique du présent plan peut être réalisé grâce à la mobilisation non seulement de l'Agence USL, mais également des différentes organisations de la société civile et sociale de la région, y compris l'école.

En ce qui concerne l'Agence USL, une révision des activités du Département de prévention s'impose, afin que les services tiennent compte davantage des besoins de santé de la population. L'action de renouvellement devra respecter les valeurs et les principes de la promotion de la santé, de l'amélioration continue de la qualité et de la prévention basée sur des tests d'efficacité.

6. Prendre des décisions de planification en fonction des besoins de santé et de bien-être social de la population, documentés par l'analyse épidémiologique et sociale.

Les profondes transformations institutionnelles et organisationnelles qui caractérisent le système sanitaire national, le système sanitaire régional et l'ensemble du *welfare* italien – auxquelles s'ajoutent les changements sociaux, économiques et démographiques de la société – ont des retombées sur la santé, directes ou indirectes, intentionnelles ou non intentionnelles, dont il n'est pas toujours dûment tenu compte lors de la prise des décisions. Par conséquent, le concours de l'épidémiologie et de la recherche sociale dans l'analyse des besoins et dans le choix des priorités, ainsi que celui des techniques d'évaluation de la qualité, de l'adéquation et des résultats des actions et des politiques s'avèrent fort importants.

Dans le domaine social, la lecture et la détermination des besoins sont toutefois extrêmement complexes, car c'est la dimension subjective de la perception qui l'emporte. Pour cette raison, à la différence de ce qui se passe dans le secteur sanitaire, les sciences sociales ne fournissent aucun instrument universellement valable permettant de mesurer l'efficacité des réponses fournies à l'échelon institutionnel, car celles-ci sont souvent adaptées à des cas très particuliers. Cependant, la disponibilité dans la littérature de bonnes pratiques professionnelles et les résultats obtenus grâce à des méthodes de travail ayant fait leurs preuves dans d'autres contextes s'avéreront des éléments essentiels pour la prise des décisions, même dans un domaine traditionnellement qualitatif comme celui de l'assistance et de l'aide sociale.

7. Établir les niveaux essentiels d'assistance sanitaire (LEA) et des prestations sociales (LEP) garantis par la Région.

Les niveaux essentiels d'assistance sanitaire (LEA) établissent les prestations et les services que le Service sanitaire national offre, produit et finance, en application de ses principes inspirateurs, de ses finalités et de ses objectifs.

Les niveaux essentiels d'assistance représentent le point de repère fondamental des rapports entre les besoins et les ressources et entre la demande et les prestations, car les besoins sanitaires ne peuvent être satisfaits que dans les limites des ressources disponibles ; de plus, la demande de prestations et/ou de services doit être conforme aux types d'assistance, aux services et aux prestations homogènes et essentielles prévues.

Dans le domaine sanitaire, les niveaux sont définis comme essentiels, car ce caractère est un élément de garantie du caractère indispensable de l'assistance et du bénéfique que les prestations et les services produisent en termes de santé, à l'échelon individuel et/ou collectif, sur la base des évidences scientifiques.

Notamment, les niveaux d'assistance :

- concourent, par les différents types d'assistance, à identifier le service sanitaire régional en tant qu'ensemble des offres ou des fonctions d'assistance établi et organisé dans chaque région ;
- définissent l'offre d'assistance, organisée selon des modalités établies par la Région, compte tenu des besoins de santé et des attentes de la population ;
- orientent la production des prestations et des services.

Dans la perspective de rationaliser et de qualifier les actions et les services d'aide sociale, ainsi que de promouvoir le « système santé », il est évident que la planification régionale, après la définition des niveaux essentiels d'assistance en application des accords passés entre l'État, les Régions et les Provinces autonomes, doit avoir pour but de mettre en place un instrument analogue pour ce qui est desdits services.

Biens qu'ayant des caractéristiques différentes, les LEA et les LEP représentent un point stratégique fondamental de la planification régionale.

8. Considérer le territoire comme référence fondamentale pour le développement et la qualification du service socio-sanitaire régional et pour la promotion d'un système de services prenant en charge, de manière unitaire, les besoins sanitaires, socio-éducatifs et d'assistance de la population.

Bien que les niveaux essentiels d'assistance établissent et répartissent l'organisation des services et des prestations en trois aires, dont deux d'ordre territorial, le rôle du district et des collectivités locales qui sont institutionnellement représentées au sein de celui-ci doit faire l'objet d'un renforcement.

La requalification et le développement du réseau d'assistance du district représentent donc des points fondamentaux et stratégiques de la planification ; celle-ci doit miser sur le district – comme la première partie du présent plan l'a mis en évidence – et accorder son attention au rapport entre santé, bien-être, environnement et contexte socio-économique, afin de répondre aux exigences que le cadre démographique, épidémiologique et social de la région fait ressortir.

9. Assurer l'autonomie de la personne et le droit de celle-ci à une vie autodéterminée.

La vision des politiques sociales comme actions de soutien économique doit être considérée comme dépassée et les prestations (en faveur des personnes isolées et des familles) doivent être inscrites dans un cadre de services plus vaste visant au soutien, au traitement et à l'intégration sociale des personnes en difficulté et favorisant la capacité de ces dernières d'affronter les problèmes de manière autonome.

À cet effet, les éventuelles aides économiques sont établies dans le cadre d'un projet de soutien et de service plus ample, afin d'éviter la dépendance de l'assistance et les aides accordées de manière mécanique sur la base de simples vérifications formelles.

Lorsqu'ils reçoivent des demandes d'aides, les services et les opérateurs sociaux devront donc analyser d'une manière globale les besoins, identifier les problèmes à résoudre et, sur la base des priorités établies à l'échelon politique et des ressources disponibles, intervenir avec la méthode du travail par projets.

10. Valoriser et soutenir les familles et en reconnaître le rôle dans la formation et les soins de la personne, dans la promotion du bien-être et dans la poursuite de la cohésion sociale.

La famille représente le sujet social fondamental dans le cadre duquel les individus développent leurs capacités ; les politiques sociales dans leur ensemble se doivent donc de valoriser ce domaine relationnel, de reconnaître les fonctions et les responsabilités de la famille dans la croissance des mineurs et dans les soins à ses autres membres, ainsi que de l'aider dans l'accomplissement desdites fonctions et de la soutenir en tant qu'espace de solidarité entre générations.

La loi régionale n° 44 du 27 mai 1998 (Initiatives au profit de la famille) a introduit la reconnaissance explicite des responsabilités familiales et de l'importance

de la promotion et de la mise en œuvre d'initiatives visant à soutenir les familles et les autres formes de cohabitation parentale en tant que sujets sociaux, dans l'optique de garantir et de promouvoir les droits de tous les membres du foyer dans les différentes phases du cycle de la vie et dans les situations particulières de difficulté et de vulnérabilité.

Les familles et les autres formes de vie commune sont donc considérées comme des sujets unitaires et actifs dans le domaine des politiques sociales ; par ailleurs, la solidarité et les responsabilités à l'intérieur des familles et des réseaux parentaux sont valorisés et encouragés.

11. Assurer la soutenabilité des décisions prises en fonction de la disponibilité des ressources financières, technologiques et humaines nécessaires à la réalisation des objectifs de la planification.

Il est évident que, pour ce qui est des stratégies pouvant être adoptées, tout processus de planification doit tenir compte des ressources disponibles pour l'obtention des résultats.

Les objectifs fixés par le présent plan et les actions prévues pour leur réalisation ne sont donc soutenables que dans la mesure où ils tiennent compte des limites économiques et professionnelles, ainsi que des ressources humaines et technologiques disponibles.

Bien entendu, l'adoption d'un plan ne peut pas être considérée comme une simple superposition de nouvelles actions aux activités en cours, sur la base d'une coexistence passive et tacite du nouveau avec le vieux.

Les lignes essentielles des actions qui caractérisent le présent plan et le choix des objectifs doivent donc tenir compte des lignes directrices du plan – à partir de la promotion du « système santé » jusqu'à l'amélioration de l'efficacité et de l'efficience des actions –, de la révision des logiques cliniques et d'assistance dans la fourniture des prestations et des services, dans un but d'efficacité et d'adéquation, et de l'introduction de logiques économiques, productives et de gestion dans l'organisation des services, dans un but d'efficience.

Pour ce faire, les instruments jugés les plus adéquats sont les suivants :

- l'*Evidence Based Prevention (EBP* – prévention basée sur les preuves), l'*Evidence Based Medicine (EBM* – médecine basée sur les preuves) et l'*Evidence Based Nursing (EBN* – soins infirmiers basés sur les preuves), en tant que système internationalement défini, qui garantit l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse de la meilleure évidence scientifique pour la prise de décisions quant à l'assistance clinique du patient isolé ;
- l'*Evidence Based Health Care (EBHC* – soins médicaux fondés sur l'évidence) en tant qu'activité permettant aux personnes qui gèrent les services sanitaires et ont des responsabilités décisionnelles d'établir les différents services à fournir suivant des critères rigoureux du point de vue éthique et scientifique ;
- la *Technology Assessment (TA* – programme d'évaluation des choix technologiques), en tant qu'étude des implications médicales, sociales, éthiques

- et économiques des décisions dans le domaine sanitaire, aux fins du soutien des choix et des actions de politique sanitaire ;
- le *Disease Management* (*DM* – gestion de la maladie), en tant que système d'organisation et de gestion des processus cliniques et d'assistance, basé sur le groupement des assistés ou des patients en fonction de la gravité de leur cadre clinique et de l'homogénéité des profils d'assistance ;
 - les bonnes pratiques professionnelles (BPP) dans les services et dans les actions sociales, éducatives et d'assistance, en tant que standards ou valeurs de référence communément respectés et/ou établis par des études ad hoc aux fins de l'orientation des activités, des décisions et des comportements en fonction des besoins d'autres sujets, à titre de garantie de la protection des droits, de la sécurité et du bien-être des sujets concernés, ainsi que de la qualité des prestations.

Tout ceci est enfin étroitement lié aux objectifs fixés et aux politiques adoptées pour la formation et le recyclage des ressources humaines utilisées dans le secteur sanitaire et social. Selon une opinion répandue, dans toutes les organisations productives, les ressources humaines représentent un élément stratégique et un facteur critique de succès. Ceci est encore plus vrai dans les organisations qui fournissent des services sanitaires et d'aide sociale à l'intention des personnes. Dans le cadre de ces services, le rapport entre l'utilisateur et le professionnel est en effet caractérisé par un haut degré de personnalisation, d'humanisation et de fiabilité des prestations, au point que le jugement sur la qualité des services est souvent fort influencé par la perception qu'a l'utilisateur de ces aspects.

La planification socio-sanitaire régionale accorde donc son attention au rôle des personnes qui participent à la production de services sanitaires et d'aide sociale en vertu de l'importance reconnue du facteur humain tant dans la réalisation des objectifs d'efficacité, d'efficacités, de qualité et d'adéquation, que dans la mise en place des conditions optimales pour la personnalisation et l'humanisation des services et des prestations offerts.

12. Partager un plan qui est également un projet.

La poursuite des buts du présent plan nécessite la garantie de l'applicabilité des actions prévues au titre des trois années de validité de celui-ci.

Toutefois, le caractère ambitieux de certains objectifs, dont la réalisation ne sera qu'entamée au cours de la période de validité du présent plan, nécessite l'obtention des consentements et la mise en place des bases opérationnelles indispensables aux fins de leur poursuite au-delà des trois années en question, sous peine de perte de crédibilité.

Afin que la cohérence entre les actions prévues et les délais d'application nécessaires aux fins de l'obtention des résultats escomptés soit assurée, il faut que la planification réponde, pour certaines actions, à des caractéristiques de moyen/long terme, selon un cadre stratégique de prévisions qui rende compatible la réalisation des objectifs avec les conditions de réalisation des actions.

Pour toutes ces raisons, il est estimé nécessaire de suivre une logique de conception et de définir ainsi un « plan-projet » indiquant, entre autres, les conditions nécessaires pour que les actions et les délais afférents à certains des objectifs fixés soient en mesure de garantir l'obtention des résultats escomptés.

OBJECTIFS VISANT A LA SATISFACTION DES BESOINS DE SANTE ET DE BIEN-ETRE SOCIAL

Les objectifs indiqués ci-après sont présentés selon un critère de progression logique.

Les premiers ont des finalités de connaissance, utiles à orienter les choix et à évaluer l'efficacité des actions ; les suivants ont trait aux domaines de la santé et du bien-être social – parfois intégrés – et visent à donner un nouveau cours à la planification, dans une logique systémique orientée « par processus » qui entend répondre aux besoins de la population sous forme coordonnée et intégrée.

Certains objectifs enfin n'ont pas de domaine de référence spécifique dans le système régional de l'offre socio-sanitaire car, en vertu de leur nature transversale, ils qualifient cette dernière et la dotent d'instruments de connaissance et d'évaluation, ainsi que de structures physiques fonctionnelles et appropriées aux besoins connus de la population régionale.

Pour les raisons susmentionnées, l'illustration des objectifs transversaux est plus articulée et comporte plus de références aux actes normatifs et administratifs.

Pour la réalisation de certains objectifs indiqués dans le présent plan, étant donné l'importance, la nouveauté et la complexité des activités et des actions prévues, il peut s'avérer nécessaire de faire appel à des conseils et à des collaborations en dehors de l'Administration régionale, c'est-à-dire à des experts qualifiés tant dans le domaine technique que dans le domaine administratif. Les ressources nécessaires pour la couverture des coûts relatifs auxdits conseils et collaborations sont comprises dans le montant global des ressources financières prévues pour la réalisation du présent plan et sont attribuées à ce titre, dans les trois années de référence, aux structures complexe du Département régional compétent en la matière.

La collaboration et la participation de tous les acteurs concernés, institutionnels ou non, suivant les modalités prévues par la réglementation en vigueur, représentent une condition nécessaire aux fins de la réalisation correcte, efficace et partagée des objectifs énumérés ci-après.

Objectif n° 1

Garantir le développement de la connaissance des besoins de santé et de bien-être social, eu égard notamment à l'analyse des inégalités de santé et des facteurs qui les influencent.

Activité A : Consolidation de l'observation épidémiologique

Cadre de référence

La loi régionale n° 5 du 25 janvier 2000 modifiée institue, à son art. 5, l'Observatoire régional d'épidémiologie et des politiques sociales (OREPS) et lui attribue des fonctions d'étude des besoins de santé et de bien-être social, eu égard notamment aux facteurs qui les influencent ou pourraient les entraver.

Par ailleurs, ladite loi régionale prévoit une obligation d'information à la charge de l'observatoire susdit, qui consiste dans la publication d'un rapport en matière de santé et d'aide sociale (art. 4) et d'études scientifiques portant sur des thèmes spécifiques de la santé et du bien-être social.

Cette double fonction – d'étude et de communication – vise à :

- fournir des éléments utiles à la planification et à l'évaluation des processus et des résultats en matière de santé et de protection sociale ;
- orienter les choix de planification et les lignes directrices de la prévention en fonction des besoins ;
- favoriser les politiques d'accès adéquat et équitable aux services.

L'activité institutionnelle prévue par la loi régionale n° 5 du 25 janvier 2000 a pris concrètement l'essor avec la délibération du Gouvernement régional n° 5187 du 30 décembre 2002 portant institution du réseau régional des référents de l'Observatoire régional d'épidémiologie et des politiques sociales (OREPS) et approbation du plan d'activité 2002/2004.

À l'heure actuelle, l'activité institutionnelle d'observation est exercée sous forme de traitement épidémiologique des données issues de trois sources institutionnelles et d'une source régionale, à savoir :

- enquête quinquennale *ISTAT* sur la santé et sur le recours aux services sanitaires ;
- données *ISTAT* sur les causes de décès ;
- données *INAIL* ;
- données sur les causes d'hospitalisation (archives régionales des lettres de sortie de l'hôpital – *SDO*).

L'analyse des données permet, d'une part, de broser le profil de santé de la population valdôtaine par rapport à ses besoins et, d'autre part, de consacrer une attention particulière à l'évaluation de l'impact, sur la santé et sur le recours aux services, des inégalités sociales résultant des données collectées tant sous forme agrégée (indice de déprivation de la commune de résidence) qu'individuellement (niveau d'instruction, profession, état civil, type de foyer et indices d'évaluation du revenu personnel et familial).

Le rapport sanitaire et social 2001 et l'atlas de la mortalité en Vallée d'Aoste (2005) ont prouvé que, même dans cette région, les inégalités sociales et économiques produisent des différences au sein de la population tant pour ce qui est de l'accès immédiat et approprié aux services que pour ce qui est de la capacité des individus d'évaluer correctement leur propre état de santé et d'entreprendre les actions nécessaires au maintien de celui-ci, ce qui entraîne des différences dans l'utilisation du bien santé et dans les retombées finales.

Les problèmes relatifs à l'analyse des besoins de santé et d'assistance des populations qui vivent à la montagne revêtent un intérêt particulier. Grâce au développement des techniques d'observation épidémiologique distinctes selon les aires géographiques, ils peuvent être analysés et contribuer ainsi à l'amélioration des capacités de planification et de gestion des services sanitaires fournis sur le territoire régional, notamment par une meilleure affectation des ressources humaines, techniques et financières au sein du SSR.

Cependant, comme l'activité épidémiologique est d'autant plus qualifiée et efficace aux fins de la planification que les archives et les systèmes informatisés locaux sont évolués et qualifiés, il faudra, d'une part, accompagner les activités prévues au titre des trois prochaines années d'une plus efficace et rapide capacité d'isoler les données sur la région collectées dans le cadre des enquêtes statistiques nationales et, d'autre part, renforcer les synergies organisationnelles et fonctionnelles entre les détenteurs des données et des flux d'informations d'intérêt épidémiologique et social et les responsables de l'observation épidémiologique et sociale.

Le niveau des analyses de l'Observatoire sera dicté par une série d'activités étrangères à celui-ci, activités dont la réalisation pourra être supportée par l'Observatoire, dans la mesure de ses attributions. Il est notamment question des actions suivantes :

- liaison avec le bureau de la Région chargé des statistiques, en vue du transfert des données issues des enquêtes *ISTAT* et du traitement des données individuelles non nominatives ;
- consolidation d'une plate-forme informative régionale réunissant les données courantes d'ordre sanitaire ;
- mise à régime des systèmes d'information relatifs à la morbidité non aiguë (insertion des données relatives aux consultations ambulatoires, aux secours d'urgence et aux services de pharmacie) et à l'activité des médecins généralistes et des pédiatres de famille ;
- adaptation du registre régional de mortalité aux fins du traitement épidémiologique des données ;
- insertion dans les flux d'informations actuellement disponibles des données relatives aux caractéristiques sociales des usagers des services régionaux d'assistance sanitaire et sociale ;
- possible utilisation intégrée des sources d'information et prise en compte de nouveaux systèmes d'information, eu égard, entre autres, aux inégalités sociales.

À côté de ces attributions, essentiellement techniques, d'autres fonctions, également importantes pour les activités de l'Observatoire, touchent au soutien – dans les institutions et dans les autres communautés professionnelles de la santé publique – des processus culturels qui sont à la base de l'utilisation des analyses

épidémiologiques pour la réalisation et l'évaluation des mesures de politique sanitaire et non sanitaire, et ce, afin que, dans la mesure du possible, la santé publique soit bâtie sur des preuves d'efficacité. Par ailleurs, l'Observatoire se penchera, par des actions ciblées, sur deux problèmes : d'une part, le peu d'importance accordée à la pratique épidémiologique dans l'évaluation des processus et des résultats des mesures de prévention et d'assistance les plus incisives du point de vue de l'espérance et de la qualité de vie ; d'autre part, l'absence d'une efficace pratique de partage des moments institutionnels de communication des résultats de l'analyse épidémiologique et sociale aux différents niveaux décisionnels et organisationnels.

Description des actions

Au cours des trois années de référence, l'activité relative à l'accomplissement des tâches prévues par des lois régionales se poursuivra et se concrétisera essentiellement par les actions suivantes :

1. Révision du plan des activités épidémiologiques et du réseau des référents régionaux, conformément aux objectifs prévus par le présent plan de la santé et du bien-être social 2006-2008 ;
2. Développement de nouvelles compétences professionnelles en vue de l'utilisation intégrée des données et de leur prise en compte à des fins épidémiologiques, s'il y a lieu par la mise en œuvre de parcours de formation ciblés ;
3. Conception et réalisation d'actions minimales de correction des systèmes d'information sanitaire nécessaires en vue de l'analyse, du suivi et de l'évaluation du problème de l'équité dans le domaine de la santé ;
4. Sélection de politiques et de mesures portant sur le revenu, l'emploi, l'environnement et le welfare qui, dans les réalités autres que la réalité valdôtaine, se sont avérées efficaces pour réduire les inégalités concernant la santé et l'accès aux services et présentation, aux différents niveaux de responsabilité technique et politique, d'un plan d'intervention pour l'équité sanitaire ;
5. Réalisation d'analyses géographiques des données sur la santé et sur l'offre de services, eu égard notamment aux problèmes liés à la santé dans les zones de montagne ;
6. Développement, en collaboration avec le réseau des référents régionaux, d'une activité épidémiologique dans le domaine pédiatrique, eu égard notamment aux pathologies neuropsychiatriques ;
7. Planification d'initiatives de communication des résultats de l'enquête épidémiologique et développement de compétences en matière de communication des risques, eu égard notamment aux problèmes de la santé dans les zones de montagne.

Activité B : Développement de l'observation sociale

Cadre de référence

La loi régionale n° 5 du 25 janvier 2000 modifiée institue, à son art. 5, l'Observatoire régional d'épidémiologie et des politiques sociales (OREPS) et lui attribue des fonctions d'étude des besoins de santé et de bien-être social, et ce, tant en vue de la lecture du besoin de santé non seulement comme absence de maladie qu'en

vue de la réalisation d'analyses ciblées de certains phénomènes sociaux ou, plus en général, des conditions sociales et de vie de la population.

Comme cela a été souligné à propos du traitement épidémiologique des données, l'obligation d'information que la loi régionale prévoit et qui consiste dans l'établissement d'un rapport en matière de santé et d'aide sociale (art. 4), implique la publication d'études scientifiques portant sur des thèmes spécifiques du bien-être social et de l'offre de services dans ce secteur.

Pour ce qui est des politiques sociales également, l'Observatoire a la tâche de fournir des données utiles aux fins des choix stratégiques et de l'évaluation de l'efficacité des actions menées.

En ce qui concerne les compétences dans le domaine social, l'activité prévue par la loi régionale n° 5 du 25 janvier 2000 modifiée a été concrétisée par la délibération du Gouvernement régional n° 2453 du 19 juillet 2004 portant institution du réseau régional des référents de l'Observatoire des politiques sociales dans le cadre de l'Observatoire régional d'épidémiologie et des politiques sociales (OREPS) et approbation du plan d'activité 2004/2006, modifiée – en vue des objectifs prévus pour l'OREPS par le présent plan 2006/2008 – par la délibération du Gouvernement régional n° 3204 du 30 septembre 2005.

Par rapport au domaine épidémiologique, le domaine des politiques sociales subit, tant à l'échelle régionale qu'à l'échelle nationale, les conséquences du fait que l'attention des institutions pour ce secteur est plus récente et moins consolidée. C'est ainsi que tant les critères de collecte des données que les processus d'informatisation de celles-ci en vue de l'intégration des archives y afférentes n'ont pas été conçus pour la prise en compte desdites données dans le cadre d'un observatoire régional des politiques sociales.

Les raisons de cet état de choses sont pour la plupart indépendantes de la volonté des Régions et touchent à :

- l'histoire encore récente d'une loi-cadre étatique en matière de politiques sociales (loi n° 328/2000) ;
- l'absence d'obligations d'information des institutions de planification nationale en matière de protection et de bien-être social ;
- l'absence de définition, à l'échelle nationale, de niveaux essentiels de prestation (*LEP*) et d'indicateurs communs pour le suivi de ceux-ci.

Pour ces mêmes raisons, la mise au point de critères et de standards pour la planification des services dans ce secteur est particulièrement incohérente.

Cette incohérence sera partiellement réduite grâce à la graduelle prise de conscience des différents responsables techniques et administratifs régionaux de l'importance de procéder à des enquêtes institutionnelles même dans le secteur du social, traditionnellement caractérisé par des modalités de travail axées en priorité sur la vérification qualitative des processus. Une telle évolution est le fruit, entre autres, de l'adoption de lois régionales qui ont transféré aux Communes et aux autres collectivités locales les compétences en matière de gestion des services, l'Administration régionale – et notamment le Département de la santé, du bien-être et

des politiques sociales – étant chargée toujours davantage de fonctions d'orientation et de contrôle, plutôt que de fonctions de gestion.

Aux fins de l'exercice desdites fonctions d'orientation et de contrôle, des outils appropriés sont nécessaires, tels que l'Observatoire des politiques sociales avec son réseau de référents régionaux, des données et, surtout, une capacité de lecture des phénomènes sociaux utile à la prise de décisions insérées dans un processus de planification responsable et transparent.

Dans cette optique, la délibération du Gouvernement régional n° 3204 du 30 septembre 2005 a prévu l'insertion dans le Comité scientifique de l'Observatoire régional des politiques sociales de membres n'appartenant pas au Département compétent en matière de santé et de politiques sociales, en vue de prendre en considération les besoins du monde du travail, de l'école et du secteur privé social. L'importance de l'apport des associations bénévoles a récemment été sanctionné par la loi régionale n° 16/2005 qui a réglementé l'ensemble de ce secteur et a reconnu à ce dernier le rôle de témoin privilégié des besoins de la population régionale.

Comme tout processus dynamique et complexe, la reconnaissance de la valeur d'un observatoire et, par conséquent, l'essor de celui-ci exigent des investissements culturels et une activité continue de formation et d'information à tous niveaux, afin que cet outil technique soit réellement utile pour l'activité politique et décisionnelle du Gouvernement régional.

Des compétences toujours accrues devront être progressivement développées en fonction des niveaux de collaboration et des canaux d'information, en vue de rendre possible l'activité de l'Observatoire.

Le niveau de réussite de l'Observatoire des politiques sociales dépend encore de la phase de la collecte, avant même la phase du traitement, des données. Il est vrai que d'importants progrès ont été accomplis avec la publication du premier rapport de l'Observatoire des politiques sociales qui a créé une base minimale d'indicateurs partagés, en vue d'une première évaluation de qualité, et a surtout favorisé la dialogue et l'analyse sur un terrain commun d'acteurs ayant reçu une formation différente. Un apport supplémentaire à cette évolution a été offert par l'organisation des Conférences sur la famille qui a conduit à l'institution d'un groupe de travail technique, instance privilégiée d'étude et de comparaison des expériences.

Des indications intéressantes pour l'analyse des besoins pourront enfin dériver des différents forums actifs sur le territoire régional dans les domaines de la famille, des personnes âgées et des handicapés, impliqués de la manière la plus adéquate.

En revanche, il paraît encore prématuré de consolider un réseau opérationnel de référents de l'Observatoire des politiques sociales appelés à participer aux phases d'observation institutionnelle, en considération, entre autres, du fait que le dispositif administratif prévu par la loi régionale n° 54 du 7 décembre 1998 et par la loi régionale n° 1 du 8 janvier 2001 et censé accroître l'autonomie et les compétences des collectivités locales n'a pas encore fait preuve d'efficacité.

Cependant, la définition, la formalisation et la valorisation de canaux de liaison avec les tiers demeurent des objectifs prioritaires pour l'Observatoire régional des politiques sociales, aux fins de la connaissance des besoins de la population.

Description des actions

Au cours des trois années de référence, l'activité visant à l'accroissement des capacités d'enquête, d'évaluation et de communication de l'Observatoire des politiques sociales consistera dans les actions suivantes :

1. Identifier des indicateurs d'activité supplémentaires, toujours plus ciblés sur l'évaluation des processus et des résultats ;
2. Consolider l'activité éditoriale de l'Observatoire des politiques sociales par la planification d'une série de publications tant à caractère général qu'à caractère thématique, dans le sillon du projet déjà entamé sur les problèmes de la famille et du handicap, éventuellement par des outils d'enquête ad hoc ;
3. Soutenir la création et la rationalisation des flux d'informations d'ordre social et socio-sanitaire, dans une optique intégrée, s'il y a lieu ;
4. Augmenter et encourager le développement à tous niveaux d'une culture axée sur l'observation institutionnelle en tant que moment irremplaçable de la planification et de l'évaluation des politiques et des mesures dans le domaine social, s'il y a lieu par des actions formatives ciblées ;
5. Construire et mettre en œuvre un réseau régional stable de référents qui contribuent à l'identification des nouveaux besoins de données, à la conception des actions de collecte y afférentes et à l'interprétation des résultats, dans les différentes sphères de compétence ;
6. Développer les compétences en matière de communication, ainsi que la planification de cycles de présentation des résultats faisant l'objet de documents soit à caractère technique et organisationnel, soit à caractère politique et de programmation.

Objectif n° 2

Étendre l'observation épidémiologique aux déterminants environnementaux.

Activité : Institutionnalisation de l'observation épidémiologique environnementale

Cadre de référence

La loi régionale n° 5 du 25 janvier 2000, modifiée, qui institue, à son art. 5, l'Observatoire régional d'épidémiologie et des politiques sociales (OREPS), confie, entre autres, à cette structure la tâche de procéder à la détermination des facteurs de risque pour la santé dérivant d'activités humaines et productrices, compte tenu de l'état du milieu, et ce, dans le cadre d'une collaboration avec les structures compétentes en matière de protection de l'environnement, au sens de la lettre j) dudit art. 5.

L'analyse des déterminants environnementaux de l'état de santé de la population régionale est actuellement dans sa phase projet. Les motivations d'une approche graduelle des déterminants de santé reliés à l'environnement se situent dans les modalités que l'OREPS a adoptées pour développer au fil du temps ses compétences et le niveau qualitatif de ses analyses, dans le respect des limites imposées par la loi régionale n° 5 du 25 janvier 2000 modifiée, modalités qui considèrent le facteur environnemental uniquement comme l'un des divers déterminants possibles de l'état de santé de la population valdôtaine.

Toutefois, pour répondre au besoin croissant de connaître ce déterminant de l'état de santé, l'OREPS a inscrit dans son propre réseau de référents régionaux trois professionnels de l'ARPE de la Vallée d'Aoste qui, bien que dans le cadre de leur rôle, œuvrent le plus possible en collaboration avec l'Observatoire d'épidémiologie pour ce qui est de l'analyse, même intégrée, des indicateurs environnementaux et des indicateurs de la présence de maladies.

Cependant, dans les faits, plus les compétences spécifiques sont définies et attribuées, plus l'analyse épidémiologique environnementale est effectuée de manière qualifiée et efficace. Il importe notamment :

- de formaliser l'attribution des compétences spécifiques en matière d'épidémiologie environnementale en tant qu'activité permanente et continue d'intérêt régional ;
- d'adapter les systèmes d'information actuels en matière de santé et d'environnement (ARPE) aux fins d'une utilisation intégrée visant au développement des analyses spécifiques dans le secteur de l'épidémiologie environnementale ;
- de définir les indicateurs de santé sensibles aux objectifs de qualité environnementale de la région en accord avec l'ARPE de la Vallée d'Aoste ;
- de mettre en route un parcours spécifique de formation consacré aux contenus et aux méthodes des analyses spécifiques dans le secteur de l'épidémiologie environnementale ;
- d'inscrire les compétences valdôtaines en matière d'épidémiologie environnementale dans les réseaux nationaux d'observation des indicateurs de santé sensibles aux objectifs de qualité environnementale.

Dans le cadre de ses fonctions, l'Observatoire régional s'activera dans cette direction et consacrera toute son attention et ses compétences professionnelles au secteur en question. Par conséquent, il sera nécessaire d'impliquer dans cette phase de démarrage, en sus des associations

actives dans la protection de l'environnement, d'autres sujets, appartenant ou non à l'Administration régionale, à savoir : le Département du système d'information, pour l'aide en matière de données relatives à l'environnement, le Département du territoire, de l'environnement et des ouvrages publics, pour le partage des connaissances et l'étude de faisabilité des actions entreprises, l'Agence USL, et notamment son Département de prévention, pour ses compétences en la matière, et, enfin, des professionnels seniors n'appartenant pas à l'Administration régionale, pour l'acquisition de toutes les compétences nécessaires aux fins de la définition des capacités, de la formation, de la conception de la plate-forme informative et du choix des indicateurs.

Description des actions

Compte tenu du cadre de référence susdit, aux fins de la réalisation de l'objectif en question, il y a lieu :

1. de développer les formes de collaboration actuelles au sujet de la détermination des compétences dans le secteur de l'épidémiologie environnementale en Vallée d'Aoste ;
2. de formuler une proposition, partagée par les référents de l'ARPE de la Vallée d'Aoste, de l'OREPS et de l'Agence USL, en vue de la définition des compétences en matière d'épidémiologie environnementale et de l'attribution de celles-ci au niveau régional ;
3. de mettre en route un parcours de formation ciblé, en collaboration, éventuellement, avec d'autres agences pour la protection de l'environnement ;
4. d'encourager la conception d'une plate-forme informative commune aux deux secteurs concernés (santé et environnement) ;
5. de développer des systèmes d'information intégrés dans les secteurs sanitaire et environnemental, ainsi que des méthodes communes pour les analyses et l'interprétation de leurs résultats ;
6. d'appuyer la définition des indicateurs régionaux de santé sensibles aux objectifs de qualité environnementale, de concert avec l'ARPE de la Vallée d'Aoste ;
7. de favoriser l'insertion graduelle du référent régional d'épidémiologie environnementale dans les réseaux nationaux spécialisés.

Objectif n° 3

Rationaliser l'organisation des activités de prévention et de promotion de la santé.

Activité : Développement de l'organisation des activités par districts et révision des tâches du Département de prévention

Cadre de référence

La fonction du Département de prévention, telle qu'elle a été définie par les dispositions étatiques et régionales, est de garantir la protection de la santé collective et de fournir une réponse unitaire et efficace à la demande de santé, même tacite, de la population par des stratégies de promotion de la santé, de prévention des états de morbidité et d'amélioration de la qualité de la vie. À cette fin, le Département favorise les actions visant à définir et à éliminer les causes de nuisance et de maladies d'origine environnementale, humaine et animale par des initiatives réalisées de concert avec les autres aires et services de l'Agence USL.

D'un point de vue opérationnel, il y a lieu de définir des activités ordinaires consolidées et des activités innovantes. Les activités ordinaires, réalisées normalement par les services du Département, figurent au nombre des activités prévues par les niveaux essentiels d'assistance visés au décret du président du Conseil des ministres du 29 novembre 2001.

Parmi ces activités sont incluses les différentes prestations visant à satisfaire les exigences spécifiques des institutions présentes sur le territoire et entraînant, entre autres, une considérable territorialisation des activités ambulatoires.

Le Département a déjà entrepris une réflexion sur les activités ordinaires, en détectant la présence de certaines activités caractérisées par un manque d'efficacité et/ou d'efficacités par rapport aux critères d'évaluation visés aux principes de la prévention basée sur les preuves (*EBP*) ; l'élimination de ces activités a permis de récupérer des ressources qui pourront être destinées au développement de programmes de prévention.

Ce parcours ne peut cependant pas être considéré comme complété et il est nécessaire de consacrer encore des énergies à ce projet. Les ressources récupérées grâce à cette opération de rationalisation pourront être utilisées pour des activités de conception et de réalisation d'actions de prévention qui correspondent mieux aux exigences de la population.

En effet, il existe des activités qui, tout en étant reproductibles au savoir-faire des opérateurs de la prévention, ne représentent pas une constante dans le travail desdits opérateurs à cause du manque de temps de ceux-ci. En particulier, il s'agit d'activités relatives :

- à l'analyse épidémiologique ;
- au contrôle des facteurs de risque pour la santé ;
- à l'information/formation de la population sur les principaux facteurs de risque.

Par ailleurs, le Département de prévention est tenu de fournir un apport important à l'établissement du plan régional de prévention active. Par l'entente du 23 mars 2005, réf. n° 2271, entre l'État, les Régions et les Provinces autonomes – dans le cadre de laquelle la notion de prévention active a été accueillie – les Régions s'engagent à rédiger un plan régional de protection active au titre de la période 2006/2008.

Les lignes prioritaires pour la rédaction dudit plan ont été établies par la Conférence État – Régions du 24 juillet 2003 portant application du plan sanitaire national, dans lequel figurent de nombreux renvois aux thèmes de la prévention primaire et secondaire. Par rapport à la prévention traditionnelle, largement pratiquée depuis des dizaines d'années dans notre pays, souvent obligatoire et soumise à une logique de contrôle, de nos jours la prévention tend à privilégier une approche active, dans une optique de promotion de la santé et de recherche de l'adhésion consciente des citoyens aux propositions de prévention.

Dans ce contexte, en sus des activités consolidées dans le domaine de la prévention primaire et secondaire susmentionnées (vaccinations et dépistages des cancers), deux autres aires prioritaires d'intervention ont été définies par le document susdit. Le Département de prévention devra s'organiser pour participer activement à la réalisation des objectifs fixés pour lesdites aires, notamment pour ce qui est de l'aire du risque cardio-vasculaire et de l'aire des complications du diabète. Une meilleure utilisation des ressources pourra, par ailleurs, être obtenue si la réalisation des activités qui, de nos jours, a lieu dans plusieurs sièges – ce qui entraîne un manque d'efficacité au niveau de la gestion et empêche les opérateurs de se confronter de façon continue et profitable – est envisagée de manière centralisée.

Pour atteindre les objectifs visés ci-dessus, il y a lieu de réaliser les actions visant à la rationalisation de l'organisation des activités du Département de prévention par districts et à la révision des procédures et des tâches de ce dernier.

Description des actions

La planification régionale doit, directement ou par l'intermédiaire de l'Agence USL de la Vallée d'Aoste :

1. Compléter la révision des activités du Département de prévention dans le but de définir, de cataloguer et d'évaluer les activités de prévention en cours, ainsi que promouvoir l'adoption des seules pratiques dont l'efficacité a été prouvée ;
2. Revoir le modèle organisationnel du Département de prévention par la mise à jour des dispositions régionales en la matière et l'organisation des activités par districts ; à cet effet, il y a lieu de repérer des référents qui participent au plan en question par la réalisation d'actions dans les districts et qui répondent aux exigences spécifiques de la zone territoriale de référence ;
3. Augmenter, au niveau central, les capacités de conception et d'orientation des activités de prévention efficaces par la réalisation d'actions de formation, de projets pilotes tels que le « Guichet unique de la prévention » et de registres pour les causes de décès ou pour les pathologies ;

4. Concevoir la normalisation logistique des activités réalisées de manière centralisée par le Département de prévention ;
5. Développer, de concert avec l'Observatoire régional d'épidémiologie et des politiques sociales (OREPS), les activités d'observation épidémiologique clinique et environnementale.

Objectif n° 4

Élaboration de plans de prévention primaire pour la promotion de la santé et pour la protection contre les risques.

Activité : Promotion d'un style de vie correct

Cadre de référence

La vie à la montagne suit des rythmes liés à des caractéristiques tout à fait particulières : le territoire, l'environnement, le climat ; puisqu'il existe, en outre, un lien étroit et une connexion directe entre les activités économiques et la qualité de la vie, lesdites caractéristiques et les activités économiques ont créé des styles de vie qui étaient liés, par le passé, à la nécessité de survivre.

Certains de ces styles de vie sont devenus un fait culturel et ont déterminé la naissance de traditions et d'habitudes alimentaires et comportementales qui, avec les yeux d'aujourd'hui, sont en net contraste avec les styles de vie que nous définissons corrects : un type d'alimentation particulier, riche uniquement en produits de la nature et donc souvent pas tout à fait conforme aux standards actuels en matière de régime alimentaire, comme, par exemple, la consommation de boissons alcoolisées qui devient trop souvent abus et l'excès de graisses animales dans l'alimentation.

Il est impossible, et ce serait injuste, d'éliminer les faits culturels, mais il est nécessaire de les valoriser à la lumière d'une correspondance plus moderne avec les rythmes de la vie quotidienne, avec les connaissances de la médecine en matière d'effets négatifs de certains abus et avec la culture, désormais dépassée, de la seule survie.

Cependant, les problèmes de la vie à la montagne n'existent pas qu'en Vallée d'Aoste. Pour ce qui est de l'Italie, ils concernent tout l'arc alpin, où des civilisations similaires sous bien des aspects, sinon identiques, se sont développées, ainsi que des styles de vie analogues, et où il faut faire face, dans le domaine de la santé, à des problèmes semblables.

Lorsque nous parlons de santé, nous devons donc peut-être prendre en compte les implications culturelles, nous confronter avec des aires de référence congruentes, le système alpin par exemple, et établir des éléments épidémiologiques communs, pour que des interventions similaires, bien que différentes, soient ensuite possibles.

Par conséquent, la Région considère et propose son action de promotion de la santé compte tenu des perspectives indiquées par les organismes nationaux et internationaux compétents. Le document « Stili di vita salutari : educazione, informazione e comunicazione », présenté par la présidence italienne du Conseil conjointement avec la Commission européenne à Milan en septembre 2003, représente un élément de référence supplémentaire pour l'action régionale. Par ailleurs, le programme que la Région suit et propose rentre dans le cadre d'une plus large attention accordée à la population régionale pour que celle-ci prenne davantage conscience des thèmes liés à la promotion de la santé. La Région entend intensifier les collaborations et les partenariats déjà en cours avec les sujets actifs dans la société et établir des contacts et de nouvelles alliances en faveur de la santé pour qu'il soit possible de soutenir les « raisons de la santé » dans les différents secteurs économiques, sociaux et culturels de la société valdôtaine.

Le rôle que la Région exerce depuis longtemps dans le domaine de l'éducation à la santé se situe dans le plus large contexte de la promotion de la santé, définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme le processus qui met les individus en état d'agir, même socialement, pour contrôler et améliorer leur propre santé ; un processus qui associe l'éducation sanitaire, l'offre de

services (tels que par exemple le dépistage néonatal et le dépistage du cancer), les stratégies politiques et les indications normatives et réglementaires.

Au cours de ces dernières années, une impulsion importante a été donnée à ce processus par la présence et la participation active de la Région dans le réseau italien des hôpitaux pour la promotion de la santé – *HPH (Health Promoting Hospitals)* –, qui comprend tous les réseaux régionaux institués en Italie et formellement reconnus par le Bureau européen de l'OMS. L'objectif général du réseau italien est de mettre en place dans les hôpitaux et dans les districts socio-sanitaires un processus de réorientation visant à développer une nouvelle culture de la santé à côté du modèle traditionnel de santé curative, à promouvoir la santé de tous les sujets ayant un rapport avec les hôpitaux (personnels, patients et communauté concernée) et à encourager l'essor de milieux physiques et sociaux favorables à la santé, conformément aux indications de la Charte d'Ottawa de 1986, aux recommandations de Vienne (Euro-WHO 1997) et à tous les autres documents officiels de l'OMS concernant la promotion de la santé et l'assistance hospitalière.

Dans ce sens, la politique de promotion de la santé poursuivie par la Région évolue à travers un parcours qui prend en compte les aspects physiques, mentaux, sociaux et environnementaux de la santé. Étant donné la superposition substantielle d'éléments communs aux thèmes principaux objet des actions de promotion de la santé et d'éducation sanitaire, aux fins de la réalisation des objectifs en cause, la Région se doit d'adopter des programmes coordonnés comportant plusieurs niveaux.

Promotion de la santé et éducation sanitaire, dans l'acception que leur donne la Région, vont au-delà de l'information pure et simple ou de la communication en faveur de la santé : elles saisissent les aspects et les déterminants environnementaux, socio-culturels, économiques et motivationnels de la santé et tentent de solliciter la naissance et le développement d'« habiletés et de compétences » favorables à la santé non seulement du point de vue de l'individu, mais aussi de celui de la communauté. Habiletés et compétences qui se réfèrent au grand public ou à des cibles particulières de celui-ci, mais aussi à ceux qui, dans l'exercice de leurs fonctions, en premier lieu les professionnels de la santé, contribuent, directement ou indirectement, aux conditions de santé de la population.

L'éducation à la santé comprend les possibilités d'apprentissage construites intentionnellement, entre autres les formes de communication pouvant améliorer la connaissance, la motivation et les capacités qui contribuent au contrôle de la santé par l'individu et par la communauté. Les études sur les histoires naturelles des maladies et sur les déterminants de la santé ont mis en évidence le poids et l'impact des facteurs extra-sanitaires, notamment de ceux de nature environnementale et socio-économique. Parmi ceux-ci, des facteurs tels que le milieu physique, la qualité du logement, l'emploi et les conditions de travail, ainsi que le revenu, susceptibles d'être modifiés, de conditionner l'état de santé de la population et de générer des inégalités.

Le développement d'une politique publique visant à la promotion de la santé doit tenir compte, en sus des problèmes indiqués ci-dessus, de la nécessité d'encourager la participation de la communauté au processus de protection de la santé, et ce, dans le but de rendre les individus de plus en plus conscients et protagonistes en matière de défense de la santé, entendue comme bien et ressource.

Un autre objectif important est celui de savoir identifier les cibles de la population que les actions doivent viser, en fonction des critères d'efficacité, de faisabilité et de soutenabilité de celles-ci et compte tenu surtout des ressources allouées et qui ne peuvent augmenter.

La réalisation des objectifs de promotion de la santé et de prévention des maladies découle des connaissances et des compétences techniques disponibles (analyses épidémiologiques, information et communication des risques et évaluation des actions ayant une importance stratégique pour la promotion de la santé), mais dépend encore plus de la perception, des jugements et des valeurs de tous les sujets impliqués. Il faut donc que le service sanitaire, dans la promotion de la défense de la santé, facilite l'accès à l'information et crée les conditions indispensables à la réussite d'un processus efficace de communication entre tous les sujets intéressés et développe, pour cela, toutes les compétences nécessaires.

La promotion de la santé doit se développer par des actions multifactorielles et multidisciplinaires visant à réaliser des initiatives d'information et d'éducation ayant pour but de rendre le citoyen plus conscient de l'importance de son propre rôle dans la gestion du « bien santé » et de développer et/ou de multiplier les comportements et les styles de vie favorables à l'autoprotection et au maintien de la santé, dans le respect des valeurs et des principes de chacun.

Dans le cadre de la promotion de comportements et de styles de vie bons pour la santé, une attention particulière doit être accordée, en Vallée d'Aoste, aux habitudes alimentaires correctes, à l'adoption de styles de vie positifs, susceptibles de permettre, même aux adultes et aux personnes âgées, d'exercer une activité physique modérée, ainsi qu'à la prévention et/ou à la réduction des dommages causés par les comportements socialement négatifs tels que l'abus de tabac et d'alcool.

Dans ce cadre s'insère le développement de l'offre publique dans le secteur de la médecine sportive, entendue aussi bien comme activité de conseil que comme vérification de l'aptitude à la pratique d'une activité sportive de compétition.

Description des actions

La planification régionale doit prévoir, directement ou par l'intermédiaire de l'Agence USL de la Vallée d'Aoste :

1. La réalisation d'actions ayant pour cible des tranches de population – définies entre autres sur la base de données concernant les inégalités sociales – et pour objectif principal la modification des styles de vie et des conditions environnementales, notamment de campagnes d'information et de formation portant sur les sujets suivants :
 - « parcours naissance » et campagnes vaccinales à l'intention notamment de la population immigrée et défavorisée ;
 - habitudes alimentaires et modification des exigences nutritionnelles en fonction des moments et de l'âge (notamment la période de grossesse et l'âge évolutif) ;
 - importance d'une activité physique correcte, continue et adaptée à l'âge (actions visant aussi bien la population que les acteurs du monde du sport amateur et de compétition et de l'école) ;
 - limitation des mauvaises habitudes telles que le tabagisme et l'alcoolisme par le développement et la diffusion territoriale des services d'aide à la personne (centres de consultation spécifiques, activités territoriales sanitaires et sociales) et des initiatives destinées aux adolescents et aux jeunes adultes ;
 - limitation des comportements à risque dans les prisons ;
2. La réalisation d'actions de formation des personnels sanitaires et sociaux en vue de leur apprendre à :
 - interpréter correctement leur rôle fondamental de prévention ;

- distinguer les mesures de prévention primaire de celles de prévention secondaire (dépistage précoce) ;
 - promouvoir la santé directement ;
 - évaluer l'efficacité des mesures de prévention ;
3. La réalisation d'actions de communication au public – dans le cadre de manifestations organisées sous le patronage d'un établissement public et dans des contextes définis (supermarchés, écoles, services sanitaires, etc.) – et d'éducation sanitaire à l'intention de groupes précis de population ;
 4. L'ouverture du service de médecine sportive géré directement par l'Agence USL de la Vallée d'Aoste ;
 5. La réalisation de confrontations, d'analyses et d'études visant à multiplier les propositions relatives au problème de l'éducation à la santé dans l'arc alpin, après avoir établi les caractéristiques similaires, égales et parallèles des régions concernées ;
 6. L'évaluation, en fonction des ressources disponibles, de la possibilité d'insérer des niveaux d'assistance supplémentaires dans le cadre de la médecine scolaire ;
 7. La mise en place du suivi des phénomènes du tabagisme et de l'alcoolisme pour en évaluer l'importance et en définir les pourcentages de diminution à atteindre ;
 8. Le soutien des associations d'entraide dans le domaine de l'alcoolisme ;
 9. La promotion de programmes visant à assurer le suivi et la réduction de l'obésité chez l'enfant.

Objectif n° 5

Promouvoir la santé et la sécurité sur les lieux de travail, ainsi que la prévention des accidents domestiques.

Activité A : Prévention des accidents sur les lieux de travail

Cadre de référence

L'incidence des pathologies et des accidents de quelque nature que ce soit provoque un nombre d'événements qui occasionnent la mort ou une invalidité permanente engendrant des coûts sociaux et sanitaires très élevés.

Selon les données fournies par l'*INAIL*, auxquelles il y a lieu d'ajouter les accidents de travail non indemnisés et le phénomène de l'économie souterraine, chaque année en Vallée d'Aoste l'on compte environ 2 000 accidents sur les lieux de travail comportant plus de 15 jours d'absence. Le 2 p. 100 environ des accidents occasionne une invalidité permanente. En 2000, en particulier, 9 accidents mortels (dont 3 dans l'agriculture) se sont produits et 38 travailleurs (dont 5 agriculteurs) ont été victimes d'une invalidité permanente.

Le plus grand nombre d'accidents invalidants se produit dans le secteur du bâtiment, suivi par les secteurs du travail du bois et de la métallurgie ; pour ce qui est de la gravité desdits accidents, la première place est également occupée par le secteur du bâtiment. Par contre, grâce à l'évolution technologique et à l'organisation du travail, ainsi qu'au succès des actions de prévention et de contrôle des risques, les maladies professionnelles sont en train de diminuer sensiblement. Au contraire, les maladies liées au travail, mais non considérées comme maladies professionnelles, augmentent.

Le problème de la compatibilité entre travail et handicap concerne, par ailleurs, un nombre croissant de personnes en raison aussi de la prolongation de la période de travail et des nouvelles technologies.

La route à suivre en priorité est représentée par le développement d'une prévention primaire fondée sur les valeurs de la sécurité.

Il faudra par ailleurs appliquer une méthode de travail qui permette de dépasser l'organisation actuelle fondée sur un regroupement strict des activités par compétences, aux fins de favoriser, en premier lieu dans le cadre des initiatives régionales, des moments d'intégration entre tous les acteurs de la prévention.

La santé et la sécurité sur les lieux de travail sont des objectifs prioritaires aux fins du développement de la société et de la compétitivité des activités de travail, mais, même si cela représente une conviction très répandue et que les efforts dispensés sont louables, les effets non désirés du travail sur la santé se révèlent être encore trop fréquents.

Une importance particulière en Vallée d'Aoste, en tant que territoire de montagne, est accordée au suivi et à l'évaluation des effets des radiations solaires ultraviolettes

sur la santé de l'homme, étant donné que beaucoup de résidants pratiquent une activité en haute altitude.

À ce propos, l'ARPE de la Vallée d'Aoste a entrepris un programme de suivi dont les activités visent, entre autres, à l'acquisition de données utiles pour l'approfondissement des connaissances en matière de radiations ultraviolettes et à l'évaluation de tous les éléments qui comportent une exposition aux radiations ultraviolettes solaires des personnes qui, pour des raisons professionnelles, exercent une activité en haute altitude.

L'amélioration de la sécurité nécessite un parcours qui, de la connaissance exhaustive de l'événement défavorable parvient à un ensemble d'actions visant à contraster celui-ci, soit à l'application des dispositions existantes ou à la définition de nouvelles solutions. Ce parcours doit, en tout état de cause, tenir compte du suivi des résultats.

Description des actions

La planification régionale doit, directement ou par l'intermédiaire de l'Agence USL de la Vallée d'Aoste :

1. Définir des cartes de risque régionales divisées par secteur et par gravité ;
2. Établir, en collaboration avec le Département de prévention de l'USL et l'INAIL de la Vallée d'Aoste, un plan régional de prévention visant à la protection de la santé sur les lieux de travail et organisant de manière efficace les différents outils de prévention (éducation et formation, gestion du risque, répression, etc.) ;
3. Réaliser ledit plan et vérifier les résultats obtenus ;
4. Développer, le cas échéant en collaboration avec l'ARPE de la Vallée d'Aoste, les initiatives de promotion de la santé et de prévention des risques liés à l'exposition aux rayons UV, eu égard notamment aux comportements à adopter en cas d'exposition solaire pendant l'activité de travail et en dehors de celle-ci, à l'utilisation incorrecte des moyens de protection et au contrôle périodique de la peau ;
5. Améliorer la protection et la promotion de la santé dans les espaces délimités, notamment dans les lieux de travail où est prévue l'utilisation d'agents chimiques.

Activité B : Prévention des accidents domestiques

Cadre de référence

Les accidents domestiques représentent un phénomène très important dans le domaine des événements pouvant être évités ; par ailleurs, une attention particulière doit être accordée aux accidents qui intéressent les personnes âgées (qui constituent la catégorie la plus à risque), les femmes et les enfants.

Plusieurs pays européens et extra-européens ont mis en œuvre depuis des années des politiques de prévention et de sécurité afin de réduire l'ampleur de ce phénomène. L'Union européenne a réalisé un programme pour la surveillance et le suivi de ces événements, par le biais du contrôle des accidents qui sont pris en charge par les

structures de secours (*ELHASS*), et, par la suite, a constitué une banque européenne des données, insérée dans le réseau télématique *EUPHIN*. Le réseau italien du contrôle européen des accidents a été inséré par l'Institut supérieur de la santé dans le système d'information national sur les accidents domestiques (*SINIACA*).

En Italie, selon les données dérivant de l'enquête effectuée par l'*ISTAT*, en 2001 l'on compte 2 848 000 victimes d'accidents domestiques. Selon les données fournies par le *SINIACA* – mises à jour et coordonnées, pour ce qui est de la Vallée d'Aoste, par le service d'information du Secours d'urgence – en Italie, en 2004, 1 300 000 personnes au moins (2 p. 100 de la population) se sont présentées aux urgences d'un hôpital à la suite d'un accident domestique et 130 000 personnes au moins (0,2 p. 100 de la population) d'entre elles ont été hospitalisées, pour un coût global de 400 millions d'euros par an. Enfin, sur la base des données *ISTAT* et *SINIACA*, l'on peut estimer qu'en 2001 4 500 personnes sont décédées des suites d'un accident domestique (7,8 morts tous les 100 000 habitants).

Sur la base des résultats du contrôle, l'accident domestique le plus fréquent chez les deux sexes et les différents âges est la chute (50 p. 100 des cas), avec des pics de 70 p. 100 chez les jeunes enfants et de 80 p. 100 chez les personnes âgées. Dans la majorité des cas, l'accident est dû à la structure architecturale de la maison (37,4 p. 100 des cas). Les conséquences les plus fréquentes sont, dans l'ordre, les blessures et les brûlures ; les plus graves sont les fractures.

Malheureusement, il existe un nombre limité d'études (parmi lesquelles les essais sont pratiquement inexistantes) qui ont été presque toutes effectuées dans l'Europe du Nord et dans les États-Unis ; aussi, les résultats ne sont-ils applicables en Italie que dans certains cas. On ne dispose donc pas de paquets de mesures de prévention supportés par l'évidence. La littérature confirme que les actions caractérisées par des approches multidisciplinaires intégrées sont plus efficaces par rapport aux approches unidisciplinaires et dans certains domaines prioritaires.

Il y a lieu de préciser que les données sur le niveau de sécurité des logements sont difficilement disponibles dans leur ensemble et qu'il s'avère donc nécessaire de procéder à une collecte uniforme qui puisse justifier, à l'avenir, des actions spécifiques.

Description des actions

La planification régionale doit, directement ou par l'intermédiaire de l'Agence USL de la Vallée d'Aoste :

1. Assurer le suivi du phénomène à travers le Secours d'urgence et le Département des urgences et de l'accueil par l'ajout d'informations (qui d'habitude ne sont pas collectées par le Secours d'urgence) au sens du protocole *SINIACA* de l'Institut supérieur de la santé et compléter ces données avec d'autres sources d'information (lettres de sortie de l'hôpital, mortalité) ;
2. Mettre en œuvre une campagne d'information à l'intention des sujets les plus à risque, afin de les sensibiliser sur les sources potentielles de danger dans les logements ;
3. Promouvoir un groupe de travail dont font partie l'Assessorat du territoire, de l'environnement et des ouvrages publics, le service compétent de l'Agence USL,

l'INAIL, l'ISPEL, les représentants des collectivités locales et les ordres professionnels, ainsi que tout autre sujet concerné, chargé d'analyser les problèmes liés à la prévention des accidents domestiques et de planifier les interventions nécessaires.

Objectif n° 6

Garantir la sécurité des aliments, conformément aux indications de la réglementation communautaire, et encourager l'amélioration qualitative des productions traditionnelles.

Activité A : Responsabilisation des producteurs alimentaires

Cadre de référence

La production normative communautaire sur la sécurité alimentaire a largement évolué au cours de ces dernières années, à partir du Livre blanc et du règlement (CE) n° 178/2002 jusqu'à l'institution de l'Autorité Européenne de Sécurité des Aliments (*EFSA*). Le but principal desdits textes a été d'augmenter la confiance des consommateurs dans les organes chargés de protéger la santé publique, confiance qui a été fortement ébranlée par les crises alimentaires liées à l'encéphalopathie spongiforme bovine (*ESB*) et à la dioxine.

Le Livre blanc formule des propositions susceptibles de transformer la politique alimentaire en un instrument dynamique, cohérent et complet visant à assurer un niveau élevé de santé humaine et de protection des consommateurs.

Le Livre blanc s'inspire du principe que la politique de la sécurité alimentaire doit se baser sur une approche complète et intégrée prenant en compte la totalité de la chaîne alimentaire de manière à responsabiliser tant les producteurs d'aliments pour animaux que les agriculteurs et les opérateurs du secteur alimentaire pour ce qui est de leur responsabilité primaire dans la sécurité des aliments.

Cela comporte des changements au niveau des connaissances et des comportements de la part des producteurs primaires, des producteurs d'aliments pour animaux, des opérateurs du secteur de la transformation, de la conservation, du transport et de la commercialisation des aliments.

Il est déterminant, pour parvenir au résultat voulu, de souligner le rôle de la production primaire, en tant que premier anneau de la chaîne productive, dans la garantie de la sécurité alimentaire. Il est tout aussi important de faire croître la conscience que toute la filière doit veiller à maintenir, par les mécanismes de l'autocontrôle, aussi haut que possible le niveau de qualité des aliments.

Description des actions

La planification régionale doit, directement ou par l'intermédiaire de l'Agence USL de la Vallée d'Aoste :

1. Favoriser l'expérimentation sur le terrain des modalités de gestion de la documentation obligatoire pour les exploitations agricoles et les élevages de bovins, d'ovins et de caprins ;
2. Consolider la capacité de gestion des plans d'autocontrôle des entreprises de la part des opérateurs du secteur alimentaire, dont la formation et le recyclage professionnel doivent être, entre autres, attentivement évalués par le Département de prévention ;
3. Définir et formaliser à l'échelon régional une liste des médecins vétérinaires, des agronomes et des techniciens d'entreprises ;
4. Favoriser la préparation et l'application de guides de bonnes pratiques hygiéniques dans les exploitations agricoles et dans les élevages ;
5. Favoriser la préparation de guides de bonnes pratiques hygiéniques destinés aux opérateurs de la filière des produits bénéficiant de l'appellation d'origine protégée (*AOP*) ou des produits traditionnels, y compris dans la phase de fourniture desdits produits.

Activité B : Développement du système d'analyse du risque

Cadre de référence

L'analyse du risque est le fondement de la politique de la sécurité des aliments et s'effectue par une correcte application des trois composantes fondamentales indiquées ci-après :

- évaluation du risque (conseil scientifique et analyse de l'information) ;
- gestion du risque (réglementation et contrôle) ;
- communication du risque.

L'évaluation du risque nécessite un système d'information organisé et un organisme technique et scientifique susceptible d'effectuer l'évaluation sur la base des données fournies par le système d'information.

La gestion du risque comporte des contrôles de la part des services du Département de prévention et nécessite des données dérivant des activités sur le territoire, qui permettent d'alimenter le système d'information.

L'*Istituto Zooprofilattico Sperimentale (IZS)* et l'Agence régionale pour l'environnement de la Vallée d'Aoste (ARPE) garantissent aussi bien l'activité d'analyse et le support technique et scientifique que l'afflux des données qui alimentent le système d'information. Il s'avère toutefois nécessaire de développer la capacité de collecte des données de la part des services territoriaux et des laboratoires et d'adapter les plans de contrôle des aliments aux nécessités dérivant de cette nouvelle organisation.

La communication du risque est, elle aussi, actuellement réduite, surtout si on l'entend, conformément aux textes communautaires, comme échange continu d'informations des organes de contrôle vers les consommateurs et les producteurs et vice-versa.

Le renforcement de l'actuel système d'information, la rationalisation des contrôles déjà existants et le développement de plans de surveillance et de suivi efficaces doivent être considérés comme les conditions fondamentales pour mettre en place une approche nouvelle du contrôle des aliments, basée sur l'évaluation, sur la gestion correcte et sur la communication du risque.

Description des actions

La planification régionale doit, directement ou par l'intermédiaire de l'Agence USL de la Vallée d'Aoste :

1. Réorganiser le répertoire des producteurs d'aliments en unifiant les répertoires existants ;
2. Réorganiser le système d'information vétérinaire en définissant les flux de données et en complétant ces dernières avec celles provenant de l'Assessorat compétent en matière d'agriculture, de l'IZS et de l'ARPE ;
3. Constituer un Comité régional pour la sécurité alimentaire chargé d'évaluer le risque alimentaire ;
4. Formuler un plan d'alerte alimentaire rapide, compatible avec le plan national ;
5. Charger le Département de prévention de l'Agence USL d'adopter des plans officiels de contrôle des aliments conformes aux indications du Comité régional pour la sécurité alimentaire ;
6. Vérifier par audit si les contrôles effectués par les services du Département de prévention sont efficaces ;

7. Organiser un système de communication du risque prévoyant la participation des citoyens, par l'intermédiaire des associations catégorielles des producteurs et des consommateurs, et la publication sur le site de la Région et sur les sites mis à la disposition par les associations du résultat des contrôles officiels effectués.

Objectif n° 7

Lutter contre les principales causes de décès pour maladie dans la population, eu égard notamment aux pathologies cardiovasculaires et cérébrovasculaires et aux cancers.

Activité A : Réalisation de plans de prévention primaire et secondaire

Cadre de référence

Les maladies cérébrovasculaires et cardiovasculaires représentent les principales causes de décès en Italie et en Vallée d'Aoste (44 p. 100).

Le contrôle de ces pathologies implique la réalisation tant d'actions de prévention primaire, destinées à éviter l'apparition de nouveaux cas, que d'actions de prévention secondaire, censées diagnostiquer précocement chez les individus ou les groupes de population les signes prémonitoires de la pathologie ou déceler un problème de santé afin d'arrêter ou de retarder l'apparition de ladite pathologie.

Le plan sanitaire national a souligné la nécessité de consacrer une attention particulière aux différences de l'incidence desdites pathologies et de la mortalité entre les différentes aires géographiques, aux fins de la réalisation d'actions destinées à diminuer les facteurs de risque. Tabagisme, activité physique réduite et habitudes alimentaires qui favorisent le surpoids et des taux élevés de cholestérol et de tension artérielle sont universellement reconnus comme les principaux facteurs de risque.

Le changement de style de vie et une activité physique constante, même à des niveaux modérés, représentent un moyen de prévention primaire efficace.

L'évidence scientifique prouve que l'efficacité des actions dérive de campagnes de sensibilisation d'envergure et de plans de formation, de conseil et de soutien à l'intention de groupes particuliers de la population susceptibles de transmettre et d'amplifier les messages et les indications reçus.

Dans le cadre de la prévention secondaire, lorsque l'efficacité des instruments de dépistage n'est pas établie, il est évident que l'évaluation du risque, effectuée sur le patient individuel grâce à des instruments susceptibles d'identifier les différents niveaux, permet de sélectionner les groupes de population à risque sur lesquels concentrer les parcours diagnostiques en mesure de relever les modifications des signes prodromiques des maladies cérébrovasculaires et cardiovasculaires.

En Vallée d'Aoste, les expérimentations basées sur une approche systémique de la prévention secondaire ont été mises en œuvre dans le cadre de certaines réalités de district (projet *Prato*), de parcours spécialisés (hypertension) et de la prévention du tabagisme. En particulier, dans ce secteur, ont été activés des programmes à longue portée tels que le projet « Hôpital sans tabac », inséré dans le réseau national *HPH* (*Health Promoting Hospitals*) promu par l'OMS pour la transformation des hôpitaux considérés exclusivement comme des lieux de soins en des hôpitaux promoteurs de santé. Un apport significatif à la prévention de l'apparition de l'accident vasculaire cérébral est fourni par les nombreuses activités réalisées par l'association *Alice*, qui est née au niveau régional et qui est devenue un point de repère important également au niveau national.

Dans les plans de prévention primaire et secondaire, une attention particulière doit être accordée aux méfaits provoqués par le tabagisme, considéré comme responsable de plusieurs néoplasies et d'autres maladies pouvant provoquer le décès. Le tabagisme, par ailleurs, augmente le risque d'avortement spontané, de faible poids à la naissance et de défauts congénitaux chez l'enfant qui va naître. D'autres nombreux effets liés au tabagisme de cigarette, même s'ils ne représentent pas un risque sérieux pour la survie, sont responsables d'une dépense sanitaire considérable.

Un dispensaire pour la désaccoutumance au tabac – créé auprès de l'Agence USL, dans le cadre des activités de pneumophtisiologie – a réalisé, en collaboration avec la section régionale de la Ligue italienne pour la lutte contre les cancers et les médecins généralistes, des plans de prévention des méfaits provoqués par le tabagisme de cigarette dans différentes institutions scolaires régionales, ainsi que des cours pour la désaccoutumance au tabac.

Les objectifs pour le futur sont la poursuite des activités déjà entreprises, ainsi que :

- une plus grande diffusion des différentes initiatives sur le territoire régional ;
- l'augmentation de l'information sur les règlements en vigueur et l'observance de ceux-ci ;
- l'adoption d'outils pour le suivi de l'application dans les structures sanitaires et les bureaux publics ;
- la mise en œuvre de campagnes de communication générales, en coordination avec les initiatives nationales et internationales, et de campagnes destinées notamment aux jeunes entre 10 et 18 ans ;
- la réalisation de projets de prévention dans les écoles, destinés à l'acquisition de styles de vie sains et pouvant relever des enseignements et concerner plusieurs matières, ainsi que la promotion d'organismes sans tabac (en sus de l'hôpital et des lieux de travail sans tabac, en commençant par la Région) ;
- la promotion d'actions (individuelles ou de groupe) pour la cessation du tabagisme et d'initiatives dans des contextes spécifiques, tels que les associations sportives.

Description des actions

La planification régionale doit, directement ou par l'intermédiaire de l'Agence USL de la Vallée d'Aoste :

1. Réaliser des plans intégrés avec la collaboration de l'Agence USL, des associations et des collectivités locales, pour une correcte éducation et formation en matière d'alimentation ;
2. Mettre en œuvre des actions de sensibilisation et de promotion pour l'adoption de styles de vie corrects, destinées à des groupes spécifiques de la population ;
3. Réaliser des plans d'éducation sanitaire visant à modifier le style de vie des patients à risque et de leurs membres de leur famille, en collaboration avec les médecins généralistes (*MMG*), les pédiatres de famille (*PLS*) et les spécialistes œuvrant à l'hôpital et sur le territoire ;

4. Améliorer les connaissances des risques liés au tabagisme actif et passif, notamment pour ce qui est des personnes qui sont plus à risque (enfants, femmes enceintes, personnes atteintes de pathologies respiratoires), et promouvoir des actions de contraste destinées à réduire ou à empêcher l'initiation au tabagisme, eu égard notamment aux adolescents et aux femmes.

Activité B : Développement et mise en œuvre de programmes de dépistage

Cadre de référence

Le plan national de prévention 2005-2007 traite à plusieurs reprises le thème de la prévention active, mise en œuvre par des actions coordonnées, qui sont proposées activement à toute la population ou à des groupes à risque pour les maladies dont l'impact social est important et qui mobilisent les différents sujets du Service sanitaire engagés dans des activités de prévention primaire et secondaire.

Le plan national susdit vise à modifier les plans de prévention par l'implication des différents niveaux de responsabilité du SSN dans un but de promotion et d'adhésion consciente du citoyen. Le moteur de l'action sera la capacité des différents acteurs du système sanitaire d'œuvrer de concert, l'Agence sanitaire remplissant les fonctions de coordination.

Parmi les quatre aires prioritaires (risque cardiovasculaire et cérébrovasculaire, complications du diabète, dépistages des cancers, vaccinations obligatoires et recommandées), l'activité en question relève de l'aire des dépistages.

En Vallée d'Aoste, les décès causés par la plupart des néoplasies diminuent, et ce, à la suite de la réduction du risque de maladie déterminée par l'adoption de styles de vie corrects (pour ce qui est, par exemple, des cancers des poumons chez les hommes) et grâce à la rapidité du diagnostic et à la qualité des traitements (cancers du col de l'utérus et du sein).

Depuis 1998, il existe un programme de dépistage des cancers féminins ; la population cible est entièrement concernée par ledit programme grâce aux modalités de réalisation particulièrement efficaces : les femmes habitant en ville sont soumises au dépistage dans les dispensaires, tandis que les autres sont rejointes de manière systématique dans leurs lieux de résidence par des unités mobiles. Ces modalités ont permis d'atteindre un niveau de qualité incontestable dudit programme.

Malgré la réduction attestée, des grandes marges d'intervention sont encore possibles tant dans le domaine de la prévention primaire que dans celui de l'organisation des services chargés des diagnostics et des thérapies.

Dans le cadre du diagnostic précoce, l'on entend poursuivre l'action de diffusion du dépistage des cancers féminins (sein et col de l'utérus) et mettre en œuvre, à l'échelon régional, le dépistage du cancer du côlon-rectum, dans le cadre d'une augmentation globale des initiatives de prévention et par l'implication des médecins généralistes. Pour ce qui est de la réalisation du dépistage du cancer du côlon-rectum, destiné tant aux hommes qu'aux femmes, il est indispensable de créer une synergie avec les associations de bénévoles, opportunément formées et susceptibles d'assurer la

réalisation du dépistage de manière systématique sur tout le territoire et de promouvoir de façon efficace l'adhésion des usagers.

Dans le cadre du diagnostic, la Région entend réduire le plus possible les listes d'attente pour les citoyens présentant un suspect de néoplasie.

Description des actions

La planification régionale doit, directement ou par l'intermédiaire de l'Agence USL de la Vallée d'Aoste :

1. Réaliser une campagne régionale de sensibilisation de la population et de promotion du dépistage du cancer du côlon-rectum, de développement et d'amélioration des programmes de dépistage des cancers féminins et de renforcement des messages de prévention à l'intention de la population et des opérateurs sanitaires ;
2. Mettre en œuvre et développer le dépistage du cancer du côlon-rectum ;
3. Renforcer les modèles de gestion intégrée des dépistages ;
4. Activer le registre des cancers.

Objectif n° 8

Renforcer les relations hôpital-territoire et concrétiser la continuité de l'assistance et le développement de l'organisation unitaire des services de district.

Activité A : Développement de la synergie hôpital-territoire

Cadre de référence

Tant en Italie qu'en Vallée d'Aoste, l'offre de services et de prestations sanitaires demeure conditionnée par des facteurs qui ne tiennent pas suffisamment compte des besoins de la personne et qui, assez souvent, obligent le citoyen qui souhaite trouver une réponse à ses exigences de prévention, d'assistance et de réhabilitation à s'adapter à l'organisation.

Malgré les changements déjà apportés au cours des cinq dernières années, il subsiste des problèmes qui tiennent, d'une part, à l'organisation des services – centrée sur l'hôpital et structurée en fonction des différentes spécialités – et, d'autre part, à la distribution non homogène de ceux-ci sur le territoire régional.

Parallèlement, il est évident que, malgré les progrès indéniables, il faut inclure dans des parcours d'assistance partagés et fondés sur les faits probants les différentes composantes (hospitalière, territoriale et sociale) du système de manière à garantir la continuité de l'assistance nécessaire pour atteindre les niveaux d'efficacité et d'efficience exigés par les standards qualitatifs actuels et par l'évolution de la composition de la population. Dans cette optique, le partage des objectifs à réaliser à l'échelon territorial en collaboration avec les collectivités locales participant à la gestion des services d'aide sociale est également indispensable.

La réalisation de cet objectif dépend d'un changement culturel et professionnel qui devra être soutenu par d'importantes modifications organisationnelles susceptibles d'influer sur la manière d'assister les malades, d'entretenir les relations professionnelles entre les différents opérateurs et de distribuer les prestations sur le territoire.

Les médecins spécialistes hospitaliers doivent être mis dans la condition de pouvoir aider les médecins généralistes dans l'assistance sur le territoire, pendant la phase aiguë des maladies et la réhabilitation ; parallèlement, les médecins généralistes sont appelés à contribuer, par leurs connaissances, aux phases du diagnostic et de la thérapie à l'hôpital. Il s'avère donc fondamental de définir des parcours d'assistance intégrant, d'une part, les composantes hospitalière et de district et, d'autre part, les composantes sanitaire et d'aide sociale.

Les réseaux d'information devront être renforcés pour répondre aux besoins de données et contribuer au développement des réseaux d'assistance et du système sanitaire.

Description des actions

La planification régionale doit prévoir, directement ou par l'intermédiaire de l'Agence USL de la Vallée d'Aoste, la réalisation des actions suivantes :

1. Achèvement de l'organisation des prestations par profils d'assistance sanitaire plutôt que par compétences, de façon à garantir le respect de la place centrale de l'utilisateur ;
2. Définition et application de modèles d'organisation intégrés, aussi bien à l'échelon des départements qu'à celui des districts ;
3. Définition des modalités d'évaluation multidimensionnelle et multiprofessionnelle de l'utilisateur susceptibles de permettre une prise en compte correcte et complète des besoins de celui-ci ;
4. Définition et application de modalités de travail par équipes territoriales, organisées à l'échelle du district et comprenant toutes les compétences professionnelles (cliniques, spécialisées, organisationnelles et sociales) propres à garantir la continuité de l'assistance ;
5. Formation, en vue de la phase de passage à un modèle stable de synergie entre l'assistance de district et l'assistance hospitalière ;
6. Modernisation et développement continu du système d'information, des bases de données, de la communication interprofessionnelle et intraprofessionnelle, ainsi que de la communication interinstitutionnelle et intrainstitutionnelle ;
7. Prévision et application de formes de participation des représentants des collectivités locales aux fins de la planification des activités à l'échelle du district.

Activité B : Renforcement des activités dans l'aire de la santé maternelle et infantile

Cadre de référence

Au cours de ces dernières années, la collaboration entre les composantes sanitaire hospitalière, sanitaire territoriale et sociale s'est concrétisée de façon particulièrement profitable dans l'aire de la santé maternelle et infantile, par l'intermédiaire du Département de santé maternelle et infantile, qui regroupe des professionnels sanitaires et sociaux œuvrant tant à l'hôpital que sur le territoire et qui vise, compte tenu des données épidémiologiques, à coordonner les actions au moyen de protocoles partagés par les opérateurs hospitaliers et territoriaux et susceptibles d'influer sur la planification et sur la vérification des activités, ainsi que sur la formation des personnels.

Depuis la deuxième moitié de 2001, le nouveau certificat d'assistance à l'accouchement (*CEDAP*) permet de collecter ponctuellement les données relatives aux naissances et aux caractéristiques socio-démographiques des parents. Il a par ailleurs rendu possible l'analyse plus approfondie des phénomènes liés à la grossesse et à l'accouchement ainsi que de tous les aspects touchant à la santé du nouveau-né et à celui qu'on appelle le « parcours naissance » de l'enfant. Voilà la base de l'évaluation des nécessités d'adaptation ou de modification des procédures d'assistance.

La Vallée d'Aoste dispose du plus grand nombre de centres de consultation par rapport au nombre d'utilisateurs du SSN, mais les femmes enceintes qui s'adressent à ceux-ci ou au cabinet de consultation de l'UB obstétrique et gynécologie sont très peu nombreuses, et ce, malgré la gratuité des prestations nécessaires tout au long de la grossesse, aux termes du décret ministériel du 10 septembre 1998.

Le projet objectif « Cabinet des obstétriciennes de la grossesse physiologique » a prouvé qu'une telle structure, avec une publicité adéquate, peut faire émerger la grande demande de grossesse non médicalisée en Vallée d'Aoste. À cette fin, la possibilité d'élargir cette expérience aux centres de consultation sera prise en considération.

En 2005, un protocole d'entente a été passé entre la Région et le Comité italien pour l'UNICEF – Onlus en vue de la protection, de la promotion et du soutien de l'allaitement au sein et de la candidature de la Vallée d'Aoste en tant que Région engagée pour la promotion des hôpitaux « Amis des bébés » OMS–UNICEF. L'application de ce protocole relève du Département de santé maternelle et infantile et vise à l'amélioration des compétences, à l'insertion et à l'organisation des opérateurs sanitaires exerçant des fonctions de soutien de l'allaitement maternel dans tout le parcours naissance ainsi qu'à la création d'un hôpital et de structures (territoriales ou autres) « Amis des bébés ». Dans ce contexte, les assesseurs à la santé des différentes Régions ont approuvé un document par lequel ils s'engagent à appliquer et à promouvoir conjointement à l'échelle nationale, la déclaration d'Innocenti sur la protection, l'encouragement et le soutien à l'allaitement maternel adoptée par l'UNICEF et l'OMS à Florence, en juillet 1990, et à développer toute synergie possible avec l'UNICEF et les autres organisations œuvrant en faveur de l'allaitement au sein.

Il reste encore des progrès à accomplir dans certaines aires, notamment celle de la synergie, d'une part, des spécialistes qui travaillent à l'hôpital et de ceux qui œuvrent sur le territoire, dans les centres de consultation et dans les dispensaires et, d'autre part, des spécialistes salariés de l'USL et des pédiatres de famille. Une telle synergie pourrait s'avérer particulièrement utile aux fins d'une homogénéité de comportement des spécialistes hospitaliers et sur le territoire quant aux actions de prévention, de diagnostic et de traitement, mais aussi pour l'activité de prévention liée à l'interruption volontaire de grossesse, essentiellement exercée dans les centres de consultation distribués sur le territoire.

Description des actions

1. Définition des modalités de renforcement de la synergie spécialiste hospitalier - spécialiste sur le territoire - pédiatre de famille ;
2. Soutien du projet pour la promotion de l'allaitement maternel ;
3. Consolidation du « parcours naissance », eu égard notamment à la prévention et au soutien du rôle parental ;
4. Développement de l'activité d'information et de prévention relative à l'interruption volontaire de grossesse dans le cadre du « parcours naissance », eu égard notamment à la population immigrée ;
5. Analyse, par le Département de santé maternelle et infantile, du modèle fonctionnel et organisationnel du réseau territorial des centres de consultation, en vue d'une éventuelle révision de celui-ci ;
6. Diffusion et valorisation, à l'échelle des centres de consultation, du rôle spécifique des obstétriciennes dans le parcours de la grossesse physiologique.

Activité C : Réduction des listes d'attente et renforcement des parcours de soins

Cadre de référence

La demande de prestations sanitaires relevant du diagnostic, de la thérapie et de la réhabilitation n'est souvent pas proportionnelle aux véritables besoins de la population de référence, et ce, du fait, d'une part, des nombreux facteurs influant sur l'adéquation des prestations prescrites et, d'autre part, de l'existence de vastes aires de besoins non encore analysés ni satisfaits.

Ce plan vise donc prioritairement aussi bien la recherche de l'adéquation en tant qu'outil d'équité de distribution des ressources sanitaires et sociales, que la concrétisation des activités liées à la définition des plans de zone et la recherche épidémiologique.

Les listes d'attente tiennent lieu d'indicateur de résultat du processus de satisfaction de la demande de services. De nombreux facteurs influent sur celles-ci, à savoir :

- des facteurs organisationnels (stratification correcte de la demande, accessibilité, organisation des districts, etc.) ;
- des facteurs culturels (parcours de formation de la médecine primaire et spécialisée, attention à la définition de parcours communs hôpital-territoire, pression des médias, médecine défensive, etc.) ;
- des facteurs sociaux (conditions du ménage, modification de la distribution de la population, éducation, scolarité, etc.) ;
- des facteurs politiques (fusion des politiques sanitaires et du territoire régional environnant, systèmes primant l'adéquation de la demande plutôt que la rentabilité de l'offre, soutien à la distribution des ressources selon des principes étiques, etc.).

Les instruments ci-dessous s'avèrent fondamentaux pour la pleine réalisation de l'objectif visé :

- l'observation épidémiologique et l'épidémiologie clinique ;
- la définition des principaux besoins appropriés et des nécessités y afférentes ;
- la totale fusion des composantes sociale et sanitaire par la révision des rôles, des tâches et des responsabilités respectives ;
- la synergie hôpital-territoire en vue de l'application exhaustive des principaux parcours d'assistance (urgence, soins programmés, réhabilitation) ;
- la passation de protocoles d'entente avec les Régions limitrophes et des plans d'application y afférents ;
- la responsabilisation, par des politiques transversales de gratification, de tous les opérateurs en vue de la limitation du phénomène ;
- la participation directe et responsable des observateurs extérieurs aux principaux groupes de planification et d'évaluation.

Description des actions

Un parcours de planification correct devra donc prévoir : la définition des besoins par la comparaison des composantes sanitaire et sociale ; la transformation des besoins en demande, suivant des parcours d'assistance partagés et fondés sur les faits probants ; la modulation de l'offre suivant des modèles organisationnels adéquats et grâce à des accords de production impliquant également les régions limitrophes.

De toute évidence, l'application exhaustive du parcours ci-dessus exigera du temps. Dans l'attente, la recherche de l'adéquation sera poursuivie par la définition de parcours d'assistance partagés.

La planification régionale doit prévoir, directement ou par l'intermédiaire de l'Agence USL de la Vallée d'Aoste, la réalisation des actions suivantes :

1. Définition des principaux parcours d'assistance liés aux besoins ;
2. Détermination conséquente des besoins en prestations sanitaires et sociales ;
3. Prise en compte des besoins dans le cadre des plans annuels d'application, en collaboration avec les différentes instances de gestion accréditées ;
4. Participation de toutes les composantes sanitaires du SSR au système de gratification ;
5. Institution d'un groupe régional de suivi des listes d'attente, intégrant entre autres le médiateur, le *CELVA*, les organisations de protection les plus représentatives et la Coordination des services de bénévolat ;
6. Réalisation, à l'intention des opérateurs, d'une formation spécifique sur la médecine et l'assistance fondées sur les faits probants ;
7. Inclusion d'un nombre accru de prestations de diagnostic, de visites et d'activités médicales et chirurgicales dans le système informatisé du centre unique de réservation (*CUP*) et étude parallèle des nouvelles modalités de réservation exploitant l'internet et le réseau informatisé des médecins généralistes.

Objectif n° 9

Développer l'assistance de base, la médecine spécialisée territoriale et les soins palliatifs et assurer le suivi de l'assistance pharmaceutique.

Activité A : Actualisation du modèle d'assistance de base et de la médecine spécialisée ambulatoire

Cadre de référence

Dans le cadre institutionnel issu de la réforme du Titre V de la Constitution effectuée par la loi constitutionnelle n° 3 du 18 octobre 2001, les Régions disposent des pleins pouvoirs, entre autres dans le domaine de la santé. En vertu de ladite réforme et sur la base des décisions prises par la Conférence des présidents des Régions, il est fait application, à compter du 23 mars 2005, des accords collectifs nationaux pour la réglementation des rapports avec les médecins généralistes et avec les médecins spécialistes des centres de consultation approuvés le 20 janvier 2005 par la Conférence permanente pour les rapports entre l'État, les Régions et les Provinces autonomes de Trente et de Bolzano. Les accords régionaux représentent une opportunité importante car ils complètent l'accord national, mais peuvent aussi y déroger et remplacer les « parties modifiables » pour réaliser un modèle d'assistance plus adapté à la spécificité régionale.

Conformément à l'action exercée jusque là par le Gouvernement régional dans le but d'améliorer toujours plus les conditions de vie de la population dans les zones de montagne, la définition des accords collectifs régionaux doit s'inscrire dans l'optique de garantir des services sanitaires qualitativement appropriés et de prendre en compte la possibilité d'ouvrir des services ambulatoires supplémentaires dans les zones les plus éloignées de la vallée centrale.

L'offre sanitaire actuelle comprend, en tant que niveau complémentaire régional, des soins odontologiques spécifiques à l'intention de certaines catégories de citoyens, notamment de ceux dont les revenus sont inférieurs au minimum vital, de ceux qui ont des déficits immunologiques ou de ceux qui sont séropositifs au HIV. Toujours dans le cadre des niveaux d'assistance régionaux, des subventions sont également accordées pour les prothèses dentaires et pour les soins orthodontiques. Afin de garantir une plus grande équité et une utilisation plus rationnelle des ressources financières, nous envisageons de vérifier l'opportunité de faire appel, dans ce secteur aussi, à l'indicateur régional de la situation économique (IRSE) au lieu du revenu. La possibilité de remplacer le remboursement des frais des prothèses dentaires par l'insertion de l'offre y afférente dans le cadre des niveaux régionaux complémentaires d'assistance sera également évaluée, compte tenu des ressources professionnelles, instrumentales et financières disponibles.

Une partie importante du présent objectif concerne l'exigence de garantir, au sein du système de la continuité de l'assistance, la continuité des soins en termes non seulement quantitatifs (disponibilité d'un médecin dans le cadre dudit système) mais surtout en termes qualitatifs (capacité effective du médecin de répondre aux besoins des malades grâce à sa formation spécifique et aux rapports plus diversifiés et plus étroits entre médecins généralistes). Il faudra également veiller à améliorer les rapports entre médecins de médecine générale (*MMG*), médecins de la continuité de l'assistance (*MCA*) et pédiatres de famille (*PLS*), ainsi qu'entre spécialistes des centres de consultations d'un côté et médecins hospitaliers de l'autre.

Description des actions

La planification régionale doit, directement ou par l'intermédiaire de l'Agence USL de la Vallée d'Aoste :

1. Prévoir et appliquer un modèle organisationnel de district qui développe en priorité des formes de médecine telles que les associations médicales et la médecine de groupe, susceptibles de compléter la pratique individuelle, de manière à étendre quantitativement et qualitativement l'assistance de base en faisant appel aux spécialistes et aux médecins de la continuité de l'assistance, même par l'intermédiaire de groupements qui auront le droit de participer aux activités de district et notamment à la définition des modèles organisationnels, à la détermination des mécanismes de planification et de contrôle, ainsi qu'à la fixation des objectifs de budget ;
2. Définir les accords régionaux liés au *CNU* et notamment aux exigences en matière de qualité, de continuité des soins et d'assistance dans les zones les plus périphériques ;
3. Élaborer de nouvelles modalités de collaboration entre *MMG*, *PLS*, *MCA* et spécialistes des centres de consultation au sujet de la continuité des soins, et ce, pour que les médecins de la continuité de l'assistance puissent avoir de meilleures conditions de travail et un rapport plus étroit avec leurs collègues et avec leurs patients respectifs ;
4. Établir des parcours de formation aussi bien spécifiques que communs, s'adressant aux médecins de médecine générale, aux médecins de la continuité de l'assistance, aux spécialistes et aux pédiatres exerçant leurs fonctions sur le territoire, et contribuer ainsi à l'intégration entre l'hôpital et le territoire ;
5. Définir les initiatives utiles aux fins du recrutement dans le cadre du Service sanitaire régional des médecins conventionnés chargés des urgences sanitaires territoriales ;
6. Préparer une nouvelle modalité de vérification des conditions économiques des destinataires des niveaux régionaux complémentaires d'assistance sur la base de l'*IRSE* ;
7. Préparer, conjointement avec l'Agence *USL*, une étude pour la révision des modalités actuelles de fourniture des prothèses odontologiques, eu égard notamment à la projection des coûts hypothétiques.

Activité B : Suivi de l'assistance pharmaceutique et de son adéquation

Cadre de référence

Au cours des quatre dernières années, le cadre normatif de l'assistance pharmaceutique s'est beaucoup modifié tant pour ce qui est des mécanismes de dépenses (art. 5 du décret-loi n° 347 du 18 septembre 2001, qui fixe le plafond des dépenses pharmaceutiques dans le cadre des pharmacies conventionnées à 13% du total des dépenses de santé ; art. 48 et 50 du décret-loi n° 269/2003, qui fixent, respectivement, le plafond de toutes les dépenses pharmaceutiques à 16% du total des dépenses de santé et le nouveau modèle d'ordonnance et l'obligation de transmettre les données analytiques relatives aux dépenses au Ministère de l'économie et des finances) qu'en ce qui concerne l'adéquation des prescriptions et des consommations médicamenteuses (projet « Mattoni » pour la constitution du nouveau système d'information sanitaire (NSIS) ; accord Conférence État-Régions du 23 mars 2005).

Les flux d'information subissent les effets de cette suite rapide de modifications législatives et du rapport non complet ni exhaustif entre les prescriptions, les prestations fournies et leur typologie.

Il est désormais évident, par ailleurs, qu'il existe une très rapide évolution de l'offre de médicaments contenant des molécules dont l'efficacité accrue n'est pas prouvée alors que le coût est certainement plus élevé. L'absence fréquente de méta-analyses sur l'efficacité et sur le rapport coûts-bénéfices et coûts-opportunités impose un suivi attentif pour ce qui est de l'adéquation des prescriptions.

C'est le but du « Mattone » intitulé « Prestazioni farmaceutiche » – auquel la Vallée d'Aoste a participé en tant que Région partenaire – qui, dans le cadre du projet « Mattoni » susdit, a proposé les modalités d'établissement des relevés des dépenses dans les trois secteurs concernés (dépenses pharmaceutiques dans le cadre des pharmacies conventionnées, dépenses pharmaceutiques hospitalières et distribution directe de médicaments), ce qui permettra aussi bien le suivi de l'adéquation des prescriptions que la comparaison entre les données relatives aux dépenses de chaque Région.

Description des actions

La planification régionale doit, directement ou par l'intermédiaire de l'Agence USL de la Vallée d'Aoste :

1. Définir les modalités de suivi des dépenses pharmaceutiques hospitalières, des dépenses pharmaceutiques dans le cadre des pharmacies conventionnées, de la distribution directe de médicaments et de la distribution pour le compte d'une structure sanitaire ;
2. Établir un set minimum d'indicateurs pour la collecte des informations nécessaires à la description quali-quantitative de la consommation des médicaments et des dépenses pharmaceutiques y afférentes, distinctes en fonction de leur nature (dépenses pharmaceutiques hospitalières, dépenses pharmaceutiques territoriales, distribution directe de médicaments, distribution pour le compte d'une structure sanitaire et dépenses pharmaceutiques dans le cadre des pharmacies conventionnées) ;
3. Former les opérateurs concernés et leur fournir les moyens nécessaires aux fins de la collecte des données relatives aux modalités d'assistance au malade et de la comparaison desdites données ;

Activité C : Poursuite des pratiques relevant des médecines non conventionnelles

Les médecines non conventionnelles, fondées sur des évidences scientifiques convaincantes et sur le résultat des expérimentations menées dans les secteurs de l'acupuncture et de l'homéopathie, s'insèrent dans certains contextes pathologiques spécifiques. Considérant qu'il existe en littérature des évidences scientifiques qui prouvent l'efficacité de l'acupuncture, nous estimons utile de continuer sur ce chemin et de rendre définitive une situation jusqu'ici expérimentale.

En application du principe de continuité, compte tenu du Plan socio-sanitaire régional pour la période 2002-2004, nous voulons reconnaître la valeur diagnostique et thérapeutique des pratiques médicales non conventionnelles en favorisant le développement, en encourageant la recherche et en prévoyant même des parcours de formation qualifiés pour les médecins qui souhaiteraient se spécialiser dans ces disciplines alternatives à la médecine traditionnelle. Dans ce but, un groupe de travail sera constitué par acte du Gouvernement auprès de l'Assessorat de la santé, du bien-être et des politiques sociales, pour vérifier l'évolution des évidences scientifiques dans le secteur des médecines non conventionnelles.

Description des actions

La planification régionale doit, directement ou par l'intermédiaire de l'Agence USL de la Vallée d'Aoste :

1. Analyser les résultats des expérimentations menées dans le secteur des médecines non conventionnelles et renforcer les disciplines qui ont répondu positivement aux besoins de la population ;

2. Constituer un groupe de travail chargé de vérifier l'évolution des évidences scientifiques dans le secteur des médecines non conventionnelles et de rédiger un rapport en vue de la confirmation et/ou de l'extension de l'offre sanitaire valdôtaine dans ce secteur.

Activité D : Développement des soins palliatifs, de la thérapie de la douleur et des soins en phase terminale

Cadre de référence

La modification continue de l'état subjectif et objectif des personnes incurables étant dans une phase avancée de la maladie, en principe dans les trois mois qui précèdent la mort, nécessite, dans la plupart des cas, un projet de soins intégré, multidisciplinaire, pluriprofessionnel et défini en équipe, susceptible d'assurer la continuité des soins 24 heures sur 24, la préparation professionnelle des opérateurs impliqués et un standard élevé d'empathie et d'humanisation. La nécessité de fournir des niveaux d'assistance à complexité différenciée, adaptés aux besoins des malades, qui peuvent changer de manière rapide et imprévisible, rend indispensable la création d'un système de réseau favorisant l'intégration des différents modèles et niveaux d'intervention et des différents sujets impliqués.

Le réseau doit comprendre un système d'offre de soins dans lequel le malade et, le cas échéant, sa famille puissent être accompagnés de leur domicile, lieu d'intervention privilégié et généralement (70-80 % des cas) préféré par le malade et par son entourage, aux structures spécifiquement consacrées à l'hébergement des personnes en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable ne pouvant être maintenues au domicile, pour des raisons de caractère sanitaire ou socio-économique (20-30% des cas).

Le réseau sanitaire doit être étroitement lié avec celui de l'aide sociale pour permettre une approche globale des besoins de la personne malade, à laquelle il faut assurer un accompagnement religieux adéquat. L'intégration dans le réseau des organisations sans but lucratif, notamment des associations de bénévoles doit être particulièrement encouragée et favorisée.

Les modalités d'intervention doivent s'inspirer des standards des « soins palliatifs », des soins qui constituent, selon l'Organisation mondiale de la santé, « l'ensemble des soins actifs donnés aux malades dont l'affection ne répond pas au traitement curatif. La lutte contre la douleur et d'autres symptômes, comme la prise en considération de problèmes psychologiques, sociaux et spirituels sont primordiales ».

Description des actions

1. Réalisation d'un système régional en réseau pour les soins palliatifs visant à l'intégration des activités professionnelles et des activités solidaires présentes dans le cadre des soins à domicile, à l'hôpital et en établissement et à la mise en œuvre d'une offre adéquate sur tout le territoire régional ;
2. Implication du médecin généraliste dans les processus de soins ;
3. Élaboration d'actions efficaces de contrôle de la douleur et des autres symptômes et insertion de celles-ci dans le cadre du Projet régional pour un hôpital sans douleur ;
4. Intégration du réseau sanitaire et de celui de l'aide sociale ;
5. Implication des organisations sans but lucratif, notamment des associations de bénévoles.

Objectif n° 10

Maintenir et contrôler la qualité et la spécificité du système des urgences sanitaires.

Activité : Suivi de l'activité du système des urgences sanitaires aux fins de l'amélioration de l'adéquation des prestations

Cadre de référence

À la suite de l'approbation du décret du président de la République du 27 mars 1992, portant détermination des niveaux d'assistance sanitaire relevant du secteur des urgences, l'organisation de celui-ci et la diffusion sur le territoire sont considérables et remarquables dans le cadre du panorama sanitaire national.

En Vallée d'Aoste, le système est assuré à l'échelon régional par des structures et des services reliés entre eux du point de vue fonctionnel et est organisé dans les phases de l'alerte sanitaire (reçu et élaboré par la Centrale opérationnelle du 118 régional qu'il faudrait insérer dans le cadre d'une Centrale unique régionale), du secours territorial et de l'accueil des urgences. L'intégration et l'harmonisation de ces phases représentent l'un des objectifs prioritaires du présent plan, qui se concrétisera dans le cadre de dispositions ad hoc prévoyant des modèles organisationnels appropriés, susceptibles de favoriser l'intégration fonctionnelle, sur le territoire et à l'hôpital, des activités sanitaires et, partant, des professionnels concernés, et de promouvoir l'établissement de plans de formation communs, dont les standards seront définis à l'échelon régional sur la base de l'évidence scientifique. Ce système est fondé sur l'utilisation de professionnels sanitaires et techniques, ainsi que des bénévoles régionaux, dont la disponibilité et l'organisation permettront d'adapter, de manière efficiente et efficace, la réponse, en fonction du type d'actions et de la stratification des besoins, et ce, par une distribution sur le territoire des ressources humaines et technologiques (ambulances, voitures médicalisées, hélicoptères) appropriée et susceptible d'assurer une réponse adéquate.

Compte tenu également de la vocation touristique de la Vallée d'Aoste, les structures stratégiquement installées sur le territoire – qui servent de premier filtre pour les cas traumatologiques ne comportant pas nécessairement un transfert à l'hôpital et qui fournissent un niveau d'assistance supplémentaire par rapport aux niveaux essentiels établis par les dispositions régionales – doivent continuer de fonctionner, en hiver et en été, et leurs activités et leur intégration doivent être perfectionnées.

Ce système articulé et diffus entraîne une telle utilisation de ressources qu'il est nécessaire d'envisager des formes de participation des usagers aux coûts du service, sur la base de directives qui devront faire l'objet de dispositions régionales ad hoc.

Compte tenu de la particularité de la région du point de vue orographique et de l'expérience pluriannuelle dans le secteur du secours en montagne, il est nécessaire de créer des cours de formation post-universitaire spécifiques, susceptibles d'assurer aux opérateurs régionaux un niveau adéquat de formation spécialisée et de devenir un pôle de formation pour les opérateurs externes qui souhaitent approfondir cet aspect du secours.

Description des actions

Les outils que la planification régionale doit prévoir peuvent être résumés comme suit :

1. Le système régional des urgences doit être conçu comme un organisme opérationnel unique, dépasser la division actuelle entre la composante territoriale et celle hospitalière et prévoir le plus grand roulement des personnels sanitaires ;
2. Les contrats professionnels doivent envisager des solutions qui permettent de réduire le changement des médecins du système en favorisant le plus possible les recrutements stables, à savoir les contrats de travail salarié à durée indéterminée ;
3. La Centrale opérationnelle doit être réorganisée et insérée dans le cadre de la Centrale unique régionale en cours de constitution ;
4. Le système de la continuité de l'assistance doit être réorganisé par son insertion totale dans le cadre des activités de l'assistance de base du district ; il y a lieu de définir un système d'information informatisé unique pour tout le système des urgences comprenant la gestion de l'appel de secours, du triage et des activités territoriales (ambulance, hélicoptère, *PPS*).

Objectif n° 11

Renforcer les activités d'assistance à domicile, d'assistance de jour et d'hébergement alternatives à l'hospitalisation par des processus d'intégration des services sanitaires et des services d'aide sociale.

Activité A : Développement des services à domicile, de jour et d'hébergement dans le cadre d'un réseau de services sanitaires et d'aide sociale

Cadre de référence

Le développement de parcours d'assistance intégrés, dont l'importance et la nécessité ont été soulignées depuis longtemps par les documents de planification nationale et régionale, se concrétise à l'échelon régional dans le secteur de l'assistance aux personnes âgées. Dans ce secteur, en effet, la collaboration traditionnelle entre la sphère sanitaire et celle des politiques sociales permet d'atteindre des résultats encourageants.

Le présent objectif vise à étendre et à consolider la rationalisation des parcours d'assistance sur la base des différents besoins de santé et d'assistance, à attribuer à l'hôpital la fonction de traitement des cas aigus et à décentraliser opportunément sur le territoire les activités d'assistance sanitaire et d'aide sociale ; ces dernières doivent être effectuées, de préférence, au domicile de l'utilisateur ou bien dans des structures de jour ou d'hébergement, afin qu'une intégration toujours plus grande des professionnels du secteur sanitaire et de ceux du secteur de l'aide sociale soit garantie. Il est évident que le fait rendre concrète et faisable la différenciation des parcours d'assistance représente la garantie de disposer de structures et de services suffisants et adéquats.

Dans le processus de définition des prestations pouvant être fournies et du modèle organisationnel, il faudra tenir compte de l'expérience acquise jusqu'à présent dans la gestion :

- du service d'aide à domicile intégrée (ADI) à Aoste ;
- de la résidence sanitaire d'assistance (RSA) d'Antey-Saint-André ;
- des structures de jour et d'hébergement pour personnes âgées en Vallée d'Aoste.

Le service actuel d'aide à domicile, fourni par toutes les Communes de la Vallée d'Aoste au sens de la loi régionale n° 93 du 15 décembre 1982, comprend l'ensemble des prestations sanitaires et d'aide sociale visant à maintenir l'utilisateur à son domicile.

Ce service, destiné à toute la population, peut prévoir, sur la base de l'évaluation pluriprofessionnelle des besoins de la personne concernée, des prestations d'aide sociale, des prestations sanitaires ou les deux à la fois. Les prestations socio-sanitaires intégrées répondent à la définition d'ADI (aide à domicile intégrée) que donne le plan sanitaire national. À l'issue d'une expérimentation de l'ADI dans la commune d'Aoste, avec prise en charge pluriprofessionnelle et communautaire des problèmes, intégration socio-sanitaire et mise en route d'un système d'information visant à l'évaluation du service, l'assistance à domicile intégrée a été étendue à l'ensemble du territoire régional.

La Région concourt à la promotion et au soutien de l'intervention à domicile par le versement d'aides économiques en faveur des personnes qui supportent les dépenses engendrées par le recours à l'aide à domicile privée dans le cadre d'un contrat de travail régulier (loi régionale n° 22 du 3 mai 1993). Afin que la qualité de l'offre et l'intégration socio-sanitaire soient garanties, il est nécessaire que le service privé soit lié à l'activité des autres services publics.

L'insertion dans le cadre du réseau de l'offre de prestations à domicile de l'aide à domicile privée, pour laquelle les services publics doivent jouer un rôle de superviseur, vise à réglementer le marché privé, ainsi qu'à soutenir les personnes et les familles qui y font appel et, en même temps, les opérateurs concernés et de leur fournir des garanties.

Compte tenu de l'importance de promouvoir et de garantir l'équité de l'accès et le concours des usagers qui bénéficient des services en cause, l'application de l'Indicateur régional de la situation économique équivalente, en tant qu'instrument d'évaluation de la situation économique, a été généralisée.

La RSA d'Antey-Saint-André a été conçue afin d'être intégrée dans le réseau des services de district et de servir de maillon reliant le réseau des services d'aide à domicile et le centre hospitalier ; ses objectifs sont :

- la stabilisation de l'état clinique général et des résultats thérapeutiques obtenus dans le cadre des services de l'hôpital ;
- la prévention des complications et la récupération de l'autonomie du patient dans une optique de retour au domicile ou de recours à d'autres formes d'assistance territoriale.

Afin d'assurer aux personnes hébergées les prestations les plus adéquates par rapport à leurs conditions de handicap et de dépendance, la RSA est structurée, en termes d'organisation et de dotation en personnel, en fonction des domaines d'intervention suivants :

- a) Aire de la sénescence, concernant les personnes âgées dont l'autonomie est temporairement, totalement ou fondamentalement limitée, et notamment les personnes atteintes de maladies chroniques ;
- b) Aire du handicap, concernant les personnes atteintes d'un handicap fonctionnel transitoire ou permanent, se trouvant dans des conditions de dépendance considérable et ayant besoin de thérapies de rééducation de type intensif et extensif ;
- c) Aire des troubles mentaux, relative aux personnes atteintes de troubles psychiques et neurologiques et se trouvant dans des conditions de dépendance considérable.

Il est ainsi possible d'accueillir, dans la même structure d'hébergement, des groupes d'usagers aux caractéristiques différentes et de garantir une bonne flexibilité d'organisation et de gestion.

L'offre actuelle de services de jour et d'hébergement pour personnes âgées représente l'un des éléments essentiels du réseau territorial et doit être caractérisée par une conception très dynamique et être intégrée dans le cadre du district.

Compte tenu de l'importance stratégique des services de jour et d'hébergement pour personnes âgées, la délibération du Gouvernement régional n° 4603 du 10 décembre 2004 a constitué un groupe de travail chargé de la révision desdits services, et ce, dans le but :

- d'analyser la situation actuelle des services de jour et d'hébergement ;
- d'établir les nécessités et les besoins des personnes âgées ;
- de définir les standards structurels et de gestion.

Le document produit met en évidence notamment qu'en Vallée d'Aoste en 2001 (recensement *ISTAT* 2001), sur 10 076 personnes âgées de plus de 75 ans, 717 étaient hébergées dans un établissement (7,11 p. 100), alors que d'après une vérification ultérieure effectuée par la Région en 2003, il ressort que les personnes âgées accueillies dans les microcommunautés étaient au nombre de 900 (8,32 p. 100).

L'offre de services de jour et d'hébergement pour personnes âgées est la suivante :

Services d'hébergement (microcommunautés et foyers-logements)

- La microcommunauté est un service socio-sanitaire intégré d'hébergement destiné aux personnes âgées ayant des déficits fonctionnels qui les empêchent d'accomplir de manière autonome les actes élémentaires de la vie quotidienne, ne pouvant être assistée à leur domicile du fait du manque de famille ou de services territoriaux et ayant besoin d'une assistance continue ou de parcours de rééducation spécialisés, mais non de prestations sanitaires intensives ;
- Le foyer-logement est un service socio-sanitaire d'assistance avec hébergement destiné aux personnes âgées autonomes ou partiellement autonomes du point de vue psychique et physique, qui n'ont aucun problème sanitaire particulier et qui ne peuvent rester – même temporairement – à leur domicile ou en famille.

Services de jour (centres de jour et centres de socialisation)

- Le centre de jour est un service socio-sanitaire intégré qui accueille, pendant la journée, les personnes âgées et/ou handicapées qui ne sont plus en mesure de rester à leur domicile ; il fournit des prestations sanitaires, d'assistance et de rééducation.
- Le centre de socialisation est un service d'aide sociale qui propose des activités récréatives et culturelles dans le but de favoriser la vie relationnelle.

L'offre actuelle de services d'hébergement sur le territoire sera complétée, dans un proche avenir, par :

- un certain nombre de lits destinés au traitement des malades en phase terminale (Hospice) ; dans le cadre de la réorganisation des structures hospitalières, ce service sera installé à l'hôpital Beauregard qui, de manière progressive, ne sera plus destiné au traitement des cas aigus. L'Hospice ou Centre de soins palliatifs est une structure dans laquelle les patients en phase terminale peuvent recevoir des soins actifs et globaux à l'effet de soulager la douleur et les symptômes liés à la maladie. Cette structure garantit, entre autres, la continuité entre les soins fournis à l'hôpital et les soins fournis sur le territoire ;
- un certain nombre de lits destinés au traitement des malades d'Alzheimer, qui seront installés dans une structure située à Aoste.

Description des actions

La planification régionale doit, directement ou par l'intermédiaire de l'Agence USL de la Vallée d'Aoste :

1. Pourvoir à la définition, et à l'extension à tout le territoire régional, de modalités uniformes d'accès aux services d'aide à domicile, de jour et d'hébergement, sur la base de l'évaluation pluriprofessionnelle et multidimensionnelle des besoins sanitaires et sociaux de l'utilisateur, en garantissant l'intégration des services sanitaires territoriaux et des services d'aide sociale gérés par les collectivités locales, ce qui est tout à l'avantage de la population adulte ;
2. Appliquer à l'échelon de chaque district la planification des activités et des prestations sanitaires pouvant être fournies sans qu'il soit nécessaire de faire appel à la structure hospitalière ;

3. Assurer le suivi de la rationalisation des parcours d'assistance à l'échelon de chaque district ;
4. Étendre le service d'aide à domicile intégrée sur l'ensemble du territoire régional, vu les résultats positifs de l'expérimentation dans la commune d'Aoste ;
5. Renforcer la centrale opérationnelle télématique intégrée unique exerçant des fonctions de soutien de l'ADI ;
6. Qualifier le marché privé du service d'aide à domicile par des actions de formation et d'accréditation spécifiques et, en même temps, en orienter et soutenir la demande par le versement, entre autres, d'aides économiques proportionnelles aux capacités de dépense des ménages et aux dépenses effectivement supportées ;
7. Réaliser dans le chef-lieu ou dans les environs, une RSA destinée tant à la rééducation qu'aux soins post-aigus, éventuellement par le recours à des contrats passés avec les structures existantes opportunément accréditées ;
8. Définir un nouveau modèle organisationnel de structure de jour et d'hébergement pour personnes âgées, caractérisé par les trois niveaux suivants, dans le but de répondre aux besoins des personnes âgées et de fournir à ces derniers les soins nécessaires en fonction de leur pathologie :
 - les structures protégées du premier niveau sont des services d'aide sociale et d'assistance de complexité organisationnelle moyenne, en fonction du nombre de personnes accueillies ;
 - les structures protégées du deuxième niveau sont des services socio-sanitaires d'hébergement intégrés ayant essentiellement un caractère d'aide sociale et d'assistance ;
 - les structures protégées du troisième niveau sont des services socio-sanitaires d'hébergement intégrés ayant essentiellement un caractère socio-sanitaire ;
9. Ouvrir le service d'hébergement pour le traitement des malades en phase terminale (Hospice) dès que la structure y afférente sera achevée ;
10. Prévoir la mise en place à Aoste d'un centre d'hébergement pour le traitement de la maladie d'Alzheimer.

Activité B: Développement et consolidation des services territoriaux pour la santé mentale

Cadre de référence

Les services pour la protection de la santé mentale ont été créés en application de la réforme psychiatrique (loi n° 180/1978) et de l'art. 64 de la loi n° 833/1978. Sur la base des dispositions des Projets objectifs « La protection de la santé mentale 1994/1996 » et « La protection de la santé mentale 1998/2000 », en Vallée d'Aoste, il a été mis en place, avec des degrés de réalisation différents, un modèle opérationnel d'assistance aux malades mentaux axé sur le territoire, tenant compte de la fréquence élevée et de l'origine multifactorielle des troubles psychiques et mobilisant une pluralité d'acteurs sociaux (famille, école, associations du secteur privé social, collectivités locales, etc.) qui sont irremplaçables pour que les processus d'intégration ou de réintégration s'avèrent efficaces.

Le cadre épidémiologique de la population qui fait appel aux services susmentionnés relatif à ces dernières années fait ressortir les données suivantes :

- le nombre de mineurs qui ont recours aux services en cause augmente ;

- le pourcentage d'usagers adultes est passé, au cours de ces dernières années, de 1,5 p. 100 à 2,5 p. 100 de la population de référence (avec des pics de 3 p. 100), du fait de l'augmentation des usagers atteints de troubles traditionnellement considérés comme mineurs (troubles d'anxiété et troubles dépressifs non psychotiques) ;
- les troubles du comportement – au nombre desquels figurent les troubles du comportement alimentaire et les troubles appelés « double diagnostic », où l'utilisation de substances s'ajoute à des troubles psycho-pathologiques – augmentent ;
- les problèmes relatifs à la santé mentale ont eu plus de visibilité dans le cadre de la médecine générale et de la pédiatrie de famille. Ce phénomène, déjà souligné par les recherches épidémiologiques sur la population, qui signalaient des taux de prévalence de 25-30 p. 100, a été confirmé par les études sur l'utilisation des médicaments psycho-actifs. Aujourd'hui, 15 p. 100 au moins de la population adulte se fait prescrire, minimum une fois par an, des traitements psychopharmacologiques dans le cadre de la médecine générale.

Les données citées confirment qu'une nouvelle phase, caractérisée par un changement tant du cadre épidémiologique que des attitudes culturelles de la population vis-à-vis de la souffrance psychique, est en cours ; elles soulignent par ailleurs l'augmentation de conditions de malaise social et de malaise psychique chez les enfants et les adolescents, ainsi que chez les adultes, avec, comme conséquence, la mobilisation nécessaire des médecins généralistes et des pédiatres de famille.

Conformément à la logique organisationnelle et fonctionnelle évoquée jusqu'ici, les principaux objectifs de santé qui doivent être poursuivis – grâce à l'action complémentaire et coordonnée de tous les acteurs et institutions qui, à différents titres, concourent à la protection de la santé mentale – sont les suivants :

- favoriser la santé mentale tout au long du cycle de la vie, éventuellement dans le cadre de plans de médecine préventive et d'éducation sanitaire ;
- améliorer l'offre de services selon des modules différenciés sur la base des besoins d'assistance.

Description des actions

La planification régionale doit, directement ou par l'intermédiaire de l'Agence USL de la Vallée d'Aoste :

1. Réaliser, par des protocoles spécifiques de collaboration, des mesures de prévention visant à l'identification des jeunes, et notamment des adolescents, des cultures et des contextes à risques ;
2. Achever la réalisation des structures d'assistance et d'hébergement et différencier les programmes de ces dernières, pour qu'elles puissent accueillir les citoyens valdôtains qui sont actuellement hébergés dans des structures spécialisées situées hors de la région ;
3. Mettre en place les structures nécessaires à la réalisation des plans d'assistance de jour ;
4. Favoriser la naissance et le fonctionnement de groupes d'aide mutuelle composés de patients et de membres de leurs familles, ainsi que de coopératives d'aide sociale ayant pour but l'insertion professionnelle des usagers concernés.

Activité C: Développement du réseau des services pour les dépendances pathologiques

Cadre de référence

La réglementation nationale en matière de welfare a modifié de manière substantielle le scénario des services à la personne et à la communauté. Il suffit de penser à l'impact de la loi n° 328/2000, au Plan social national, à l'accord État-Régions du 15 mars 1999, au décret du président du Conseil des ministres du 14 février 2001 en matière d'intégration socio-sanitaire et au décret du président du Conseil des ministres du 29 novembre 2001, relatif aux niveaux essentiels d'assistance.

Les actions relatives aux dépendances relèvent en effet pleinement du système général de révision du welfare et s'intègrent de plus en plus avec les actions et les ressources d'autres secteurs, tels que l'éducation, la formation au travail, les politiques de promotion des droits et des opportunités des adolescents et des jeunes, les politiques de l'immigration, les activités de traitement et de protection de la population détenue.

En matière de dépendances, l'on assiste à une nouvelle orientation des actions d'assistance ; celles-ci, qui avaient un caractère de protection, ne relevaient pas des parcours communs de soins et d'assistance et comportaient des coûts et des investissements limités, laissent la place à des actions d'assistance intégrées, susceptibles d'être évaluées en termes de qualité et d'être reconnues dans le réseau des services territoriaux.

Il y a lieu de souligner le rôle stratégique des collectivités locales et du secteur privé social dans l'identification des besoins et dans la fourniture des services.

Un autre changement fondamental, déjà entrepris et réalisé avec la gestion du Fonds national pour la lutte contre la drogue, réside dans le passage du financement « par services » au cofinancement « de projets » et, enfin, au cofinancement « de politiques et de services territoriaux intégrés ». Par ailleurs, l'attribution des compétences dans les secteurs social et sanitaire est mieux définie à l'échelon national. Les prestations en matière de dépendances pathologiques relèvent, en effet, des prestations socio-sanitaires à forte intégration. Les lieux de l'intégration socio-sanitaire sont le territoire et les districts socio-sanitaires. Dans ce contexte, afin de transposer dans son droit les nouvelles dispositions législatives et d'exercer de plus en plus son rôle de régulation du système, la Région a élaboré des modalités de coordination des projets en matière de dépendances pathologiques et a établi des orientations et des modalités d'organisation en la matière.

Actuellement, le territoire régional peut compter sur un réseau de services qui relèvent tant du secteur public que du secteur privé social, et qui demeurent les principaux outils permettant de fournir des réponses aux besoins complexes de santé en la matière ; ledit réseau comprend le SERT (Service des toxicomanies), le réseau des communautés thérapeutiques avec ou sans hébergement, le réseau des Centres d'information et de conseil (CIC), les groupes d'auto-soutien dans le cadre des pathologies liées à l'alcoolisme (*CAT, Alcolisti Anonimi*) et le réseau des structures d'écoute et de réinsertion sociale et professionnelle.

Le réseau ainsi constitué – qui nécessite toutefois des modalités organisationnelles et opérationnelles mieux liées et intégrées (l'intégration n'étant pas la perte d'identité et de particularités, mais le partage et le renforcement de celles-ci, liées en une complémentarité réciproque grâce à une co-conception efficace) – représente l'instrument permettant :

- de requalifier l'offre globale de soins et de traitements de rééducation par la redéfinition des profils d'assistance intégrés (médicaux, pharmacologiques, psychologiques et sociaux) qui, à partir de procédures de prise en charge structurées, permettent l'établissement de parcours personnalisés axés sur le diagnostic relatif à l'état biologique, psychologique et social de l'utilisateur et insérés dans une culture sanitaire

« par projets ». Cette culture permet de fixer, pour chacun des usagers, des objectifs à court, moyen et long terme et de fournir des indicateurs de processus et de résultat. La requalification de l'offre prévoit une réflexion clinique approfondie, à l'échelon régional, sur les modalités d'assistance les plus appropriées, à l'hôpital, en régime d'hospitalisation ou d'hospitalisation de jour, avec la définition de profils d'assistance pour les cas de détoxification (pour lesquels les prestations ambulatoires ou en communauté seraient jugées inappropriées), pour les cas urgents qui ne peuvent être résolus dans le cadre de protocoles de secours d'urgence et pour les cas de dysfonction grave du comportement due au besoin compulsif et au syndrome d'abstinence (*craving*) ;

- d'affronter le problème important du contact précoce avec les jeunes consommateurs de drogues classiques et de nouvelles drogues « en début de carrière », qui représentent une couche considérable de consommateurs cachés et n'ont pas encore gaspillé leurs ressources personnelles, familiales et sociales, pour lesquels les actions de prévention et de lutte seraient bien plus efficaces si elles étaient réalisées en temps utile. Pour être efficace, l'approche de ces consommateurs doit quitter la lecture exclusive du malaise comme seule matrice des comportements, pour étudier les attitudes, les comportements et les modalités qui font partie du monde des jeunes, où la consommation occasionnelle ou continue de substances psycho-actives, qu'elles soient légales ou non, fait désormais partie de la normalité et ne fait l'objet d'aucune réflexion ni critique ;
- de fournir une réponse exhaustive et qualifiée aux patients à double diagnostic et aux besoins de soins engendrés par la dépendance aux nouvelles drogues. À cette fin, il y a lieu d'établir des protocoles diagnostiques d'évaluation partagés avec le Département de santé mentale, aux fins de l'identification de la prévalence pathologique (toxicomanie ou psychiatrie), ainsi que de la détermination des traitements adéquats pour les sujets qui présentent effectivement les caractéristiques du double diagnostic ;
- renforcer qualitativement les opportunités de réinsertion sociale, professionnelle et au domicile, par des modalités intégrées déjà dans la phase de conception des projets y afférents, en synergie avec les syndicats, les associations des entrepreneurs et les agences de formation ;
- renforcer l'opérativité des services pour l'identification, l'orientation, le traitement et le suivi des personnes ayant des problèmes liés à l'alcoolisme.

Description des actions.

La planification régionale doit, directement ou par l'intermédiaire de l'Agence USL de la Vallée d'Aoste :

1. Promouvoir une formation intégrée des opérateurs publics et privés cohérente avec les nouveaux besoins et les nouveaux objectifs ;
2. Qualifier et adapter l'offre d'assistance et, si nécessaire, reconverter les structures thérapeutiques et de rééducation aux fins d'une meilleure réponse aux problèmes qui se posent, tels que la gestion du double diagnostic, l'alcoolisme, les nouvelles dépendances (drogues de synthèse, jeux de hasard, etc.) ;
3. Faire appel à des modalités opérationnelles et à des collaborations continues, partagées par les différents acteurs mobilisés, afin de renforcer les opportunités de réinsertion sociale, professionnelle et au domicile ;
4. Mettre en place et définir un réseau régional intégré de services consacré aux patients ayant des problèmes liés à l'alcool, aux fins de la prévention, du diagnostic, du traitement et de la rééducation y afférents ;
5. Mettre en réseau les informations et les données collectées en matière de dépendance, de déviance et de malaise et renforcer la collecte informatisée de ces données,

conformément aux indicateurs fixés à l'échelon européen, afin d'améliorer la connaissance épidémiologique du phénomène.

Activité D: Amélioration du réseau des services pour la protection de la santé des détenus

Cadre de référence

La réforme du système sanitaire pénitentiaire, introduite par le décret législatif n° 230/1999, a jeté les bases pour une réflexion sérieuse sur le problème de la santé dans les maisons d'arrêt, ouvert un processus de révision de la médecine pénitentiaire et appelé les Régions, les Communes, les Agences sanitaires locales et les pénitenciers à concourir de manière responsable à la mise en place de mesures de protection de la santé des détenus et des internés.

Ce processus de révision a entraîné le transfert au service sanitaire national, à compter du 1^{er} janvier 2000, des fonctions sanitaires relatives aux secteurs de la prévention et de l'assistance aux détenus et aux internés toxicomanes, ainsi que le transfert graduel, à titre expérimental, des autres fonctions sanitaires.

Ainsi, les initiatives lancées en Vallée d'Aoste ont-elles été le résultat d'un travail important de confrontation et de collaboration avec le *Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria (PRAP)*, la direction de la maison d'arrêt de Brissogne, l'Assessorat de la santé, du bien-être et des politiques sociales et l'Agence USL, qui ont tenté de promouvoir la mise en route d'un processus d'interaction entre les établissements et les opérateurs concernés.

Au sein de la maison d'arrêt de Brissogne, les principales difficultés relatives à la gestion de la santé découlent de problèmes infectiologiques et de santé mentale – qui nécessiteraient des interventions spécialisées plus systématiques et un rapport mieux articulé avec le réseau des services socio-sanitaires territoriaux – et du manque de personnel.

Les initiatives lancées à l'échelon régional, en application du décret législatif n° 230/1999 et des actions spécifiques prévues par le plan socio-sanitaire régional précédent, étaient basées sur le principe du travail par objectifs concrets, suivant des critères de faisabilité partagés avec l'Administration pénitentiaire.

Bien qu'elle soit consciente des criticités et du fait qu'à l'échelon national le chemin de la réforme est lent et plein d'entraves, la Région Vallée d'Aoste entend poursuivre les objectifs suivants :

- définition des lignes organisationnelles du système sanitaire pénitentiaire, en application du décret législatif n° 230/1999 et du prochain protocole d'entente avec l'Administration pénitentiaire ;
- poursuite de l'action de liaison avec l'Administration pénitentiaire, afin de favoriser une connaissance approfondie des problèmes sanitaires, et soutien de toutes les collaborations possibles entre l'Agence USL et la maison d'arrêt de Brissogne, afin d'améliorer les conditions de santé des détenus ;
- garantie de la présence active des services de l'Agence USL dans les secteurs qui ont déjà fait l'objet du transfert des fonctions et développement – pour ce qui est de l'assistance aux détenus toxicomanes notamment – des actions et des projets mis en route, par le recours éventuellement aux ressources du fonds national pour les politiques sociales (domaine d'action « Dépendances ») destinées à la promotion tant d'actions de

- maisons d'arrêt ;
- intervention dans les domaines les plus critiques, caractérisés par les problèmes de santé mentale et de nature infectiologique, par la réalisation de projets spécifiques ;
- poursuite de la promotion des projets déjà mis en route et ayant abouti à des résultats favorables.

Description des actions

La planification régionale doit, directement ou par l'intermédiaire de l'Agence USL de la Vallée d'Aoste :

1. Réaliser des actions d'offre active de protection de la santé mentale (par le recours éventuellement aux médiateurs culturels) ;
2. Prévenir et réduire les maladies infectieuses (amélioration des conditions hygiéniques personnelles et du milieu), les toxicomanies et toute forme d'automutilation ;
3. Offrir un soutien spécial aux détenus immigrés (médiation culturelle) ;
4. Réaliser des parcours d'assistance et d'aide sociale aux fins de la réinsertion des détenus (accords avec l'Agence USL, les Communes, l'Agence de l'emploi, les syndicats, les associations de bénévoles, etc.).

Objectif n° 12

Développer l'activité relative à l'assistance de longue durée et à la rééducation intensive, suivant la logique du réseau intégré de services à la personne.

Activité : Amélioration de l'offre d'assistance dans les secteurs de la rééducation et de l'hospitalisation de longue durée

Cadre de référence

Le secteur des cas post-aigus comprend toutes les activités d'assistance qui sont fournies une fois que la phase aiguë de la maladie a été stabilisée et qui sont nécessairement caractérisées par des éléments précis quant à la succession dans le temps et les objectifs à atteindre. Pour ce qui est des aspects temporels, il s'agit de soins qui sont pratiqués à un moment précis de la maladie, après la phase aiguë (ou « critique ») et avant la phase stabilisée (ou « chronique »). Ils ont donc un début, une succession temporelle précise dans l'histoire de la maladie et une durée définie. Pour ce qui est des objectifs, il s'agit de soins ayant pour but la stabilisation de la maladie, qui peut entrer dans la phase de la guérison ou de la chronicité.

En raison des caractéristiques de la pathologie de base et du développement spécifique des soins, les objectifs peuvent être référés aux grandes catégories des cas post-aigus (hospitalisation et/ou assistance de longue durée), ainsi qu'à la réadaptation et à la rééducation fonctionnelles.

Le développement des services d'assistance en régime d'hospitalisation de longue durée et de rééducation constitue donc un complément essentiel du plan de requalification de l'hôpital.

Le paramètre de programmation de ce type de prestations est fixé, à l'échelon national, à 1 lit tous les 1 000 habitants (en Vallée d'Aoste il devrait y avoir 120 lits partagés de manière égale entre hospitalisation de longue durée et rééducation), mais il doit être interprété, à l'échelon régional, par rapport à l'augmentation effective des lits réservés aux cas aigus dans les hôpitaux, ainsi qu'au développement et à la spécialisation du réseau des services résidentiels.

En Vallée d'Aoste, les lits réservés à cette typologie de prestations ne figurent pas formellement, mais ils sont partagés dans les différents services et, notamment, dans l'UB Gériatrie. De ce fait, l'activité relative à l'hospitalisation de longue durée et à la rééducation effectivement réalisée n'est pas connue, étant donné qu'elle est improprement comprise dans le cadre de l'activité d'hospitalisation pour les cas aigus.

Depuis peu de temps, une RSA a été mise en service dans la commune d'Antey-Saint-André. Celle-ci compte dix lits, dont un réservé à l'aire de la thérapie de rééducation et un à l'aire de la sénescence comportant une hospitalisation de longue durée. Par ailleurs, il existe une convention avec une structure sanitaire située en dehors du territoire régional pour les prestations d'assistance hospitalière de rééducation, relativement à un plafond de dépense défini.

Description des actions

La planification régionale doit, directement ou par l'intermédiaire de l'Agence USL de la Vallée d'Aoste :

1. Définir avec clarté les domaines et les limites de l'assistance pendant la phase post-aiguë, pour ce qui est tant des cas aigus que des cas chroniques, et justifier de parcours cohérents et de modèles d'évidence clinique mesurables ;
2. Analyser le système à l'aide de flux d'information objectifs et cohérents visant à évaluer le meilleur modèle organisationnel intermédiaire, dans l'attente du regroupement des structures hospitalières dans un hôpital unique, ce qui permettrait la spécialisation de l'hôpital Beauregard dans le domaine des cas non aigus ;
3. Développer l'offre d'assistance territoriale de rééducation et d'hospitalisation de longue durée par l'augmentation des lits dans les RSA, par l'amélioration de la qualité et de la quantité des prestations d'assistance à domicile, ainsi que par la spécialisation de l'hôpital Beauregard ;
4. Augmenter l'activité de rééducation, tant du point de vue de la gestion clinique que de l'offre de programmes de rééducation ; cet objectif pourra également être atteint par l'autorisation à la mise en service de nouvelles structures publiques et/ou privées et l'accréditation de celles-ci, dans le but de contraster et de réduire les flux sortants de malades qui sont actuellement très élevés ;
5. Diminuer progressivement le niveau des prestations effectuées en régime de convention avec d'autres régions.

Objectif n° 13

Promouvoir une nouvelle organisation des centres hospitaliers suivant des critères d'excellence.

Activité : Développement de l'organisation hospitalière suivant des logiques orientées vers les processus et les différents degrés d'intensité des soins

Cadre de référence

Le présent plan, qui met en route un processus de développement du niveau territorial, a comme objectif prioritaire et central la concentration des activités relatives aux cas aigus dans un centre unique. L'ensemble des interventions de construction hospitalière représente la condition nécessaire pour le développement de l'activité hospitalière suivant une logique prévoyant la fourniture par l'hôpital des prestations revêtant un caractère de complexité, d'excellence et d'importance particulière ; l'hôpital ne s'opposerait donc pas au territoire, mais aurait avec ce dernier un rapport de collaboration étroite et de liaison, dans le but de créer le réseau de services nécessaire à la satisfaction des exigences et des besoins de la population.

Le réseau de l'assistance peut prévoir également la satisfaction de l'offre par l'interaction avec le réseau des services des régions limitrophes et l'intégration professionnelle des opérateurs, afin de créer des synergies réciproques qui soient en mesure de garantir une offre qualitativement intégrée et qualifiée. Dans une optique de réseau, la Région autonome Vallée d'Aoste a déjà tenté d'adhérer à des accords interrégionaux dans le but d'intégrer sa capacité d'assistance en y participant activement ; au nombre desdits accords il y a lieu de citer les suivants :

- *Associazione interregionale trapianti (AIRT);*
- *Centro interregionale trapianti Piemonte e Valle d'Aosta;*
- *Rete oncologica Piemonte e Valle d'Aosta;*
- *Accordo interregionale plasmaderivazione (AIP).*

La concentration de l'assistance hospitalière dans un centre unique permet en outre de donner à l'hôpital une organisation moderne, flexible, prête à s'adapter à l'évolution continue de la science médicale, de la demande de santé et des flux entrants et sortants. Dans cette optique, les aires d'hospitalisation doivent être gérées au niveau des départements et faire l'objet d'une gestion clinique et managerielle attentive comportant la valorisation de tous les professionnels, y compris les dirigeants du secteur infirmier.

L'amélioration des espaces et de l'organisation clinique, ainsi que l'augmentation des salles opératoires permettra tant d'adapter l'offre aux requêtes de prestations hautement spécialisées que de développer des activités d'excellence, nécessaires et fondamentales pour résoudre certains problèmes d'équité dans la réponse en matière d'assistance et attirer dans notre région des professionnels de haut niveau technique et l'Université.

Ainsi, sera-t-il possible de récupérer, dans le cadre de l'hôpital Beauregard, des espaces qui seront destinés à la rééducation et aux hospitalisations de longue durée, activités qui à l'heure actuelle sont assurées dans le cadre des activités d'hospitalisation des cas aigus exercées par chaque unité opérationnelle.

Le modèle organisationnel envisagé donnera enfin la possibilité de mieux répartir les parcours de traitement des cas aigus, les prestations de rééducation, les traitements de longue

durée et l'activité territoriale, de manière à ce que les coûts soient imputés correctement aux différents niveaux d'assistance.

Il sera par ailleurs possible de préserver les investissements considérables qui ont été effectués dernièrement dans cet hôpital en termes de structures, d'installations et de technologies et d'augmenter significativement la disponibilité de parkings pour les usagers et les personnels.

À la réalisation des interventions structurelles d'agrandissement et de la nouvelle organisation devra s'ajouter le soutien du point de vue fonctionnel et technologique des activités d'excellence mises en œuvres, telles que la robotique, la haute chirurgie (oncologique, bariatrique, urologique, vasculaire, neuro-traumatologique), les interventions mini-invasives (notamment dans le secteur de l'orthopédie), les interventions radiologiques, l'assistance médicale spécialisée, pour ce qui est des personnes âgées et des patients complexes et fragiles en particulier (sortie de l'hôpital protégée, parcours ictus et hypertension, *stroke unit*), le système des urgences et les nouveaux secteurs spécialisés, comme par exemple la chirurgie plastique.

Ces activités doivent être facilitées grâce à des modèles structurels étendus et à une organisation par aires et par départements en mesure de permettre les synergies cliniques et spécialisées qui représentent toujours davantage un facteur déterminant pour une assistance sanitaire de qualité.

À cet effet, il y a lieu de mettre en œuvre des synergies avec des centres de référence, universitaires et non, visant à améliorer tant l'offre locale que la préparation technique et la formation des opérateurs dans le secteur sanitaire, de manière à pouvoir répondre à des exigences spéciales telles que celles de l'endocrinologie chirurgicale, de la radiobiologie et de la génétique médicale.

L'excellence ainsi conçue ne pourra pas être considérée comme une fin en soi ni comme une évolution onéreuse de l'assistance sanitaire valdôtaine, mais comme un instrument de croissance qualitative et – compte tenu de la distance des centres de référence les plus proches – d'équité de distribution des prestations hautement spécialisées jugées nécessaires par la planification régionale.

Description des actions

La planification régionale doit, directement ou par l'intermédiaire de l'Agence USL de la Vallée d'Aoste :

1. Garantir le développement des capacités de direction par la gouvernance clinique et organisationnelle ;
2. Garantir le développement de la collaboration entre le personnel médical de l'aire des hospitalisations et les services territoriaux ;
3. Pourvoir à la valorisation de l'activité d'hospitalisation en la réorganisant suivant des critères qui prévoient la répartition entre :
 - *les activités relatives au traitement des cas aigus*, avec l'intégration des départements et le développement de l'excellence et de l'organisation d'aires d'assistance telles que l'aire sub-intensive, l'aire pédiatrique et l'aire des urgences ;
 - *les activités relatives aux soins réduits ("low care")*, grâce auxquelles il est possible de fournir une réponse complète, intégrée et efficiente – mais séparée du point de vue fonctionnel – aux exigences d'une population qui vieillit de plus en

- plus et a donc besoin de prestations d'assistance plus complexes et multidimensionnelles ;
- *les activités de soutien territorial* par lesquelles il est possible de satisfaire aux besoins de prestations spécialisées territoriales de type ambulatoire de la manière la plus décentralisée possible, mais également de fournir un soutien spécialisé à toutes les activités à domicile ;
4. Garantir la consolidation des activités d'excellence par l'amélioration des connaissances et du soutien technologique, en insérant lesdites activités dans des réseaux de services interrégionaux, nationaux et/ou internationaux et en prévoyant la participation de l'Université ;
 5. Soutenir le développement de la logique des processus dans le cadre de l'organisation productive des prestations ;
 6. Lancer des initiatives de recyclage professionnel axées sur les thèmes de l'organisation et de la coordination.

Objectif n° 14

Limiter les flux sortants de malades

Activité : Contrôle de la demande de prestations sanitaires et développement de l'offre compte tenu des causes de fuite et de l'essor des activités d'excellence

Cadre de référence

La régulation des flux sortants est un problème qui concerne toutes les Régions et auquel est consacrée une place particulièrement importante dans le cadre des accords État-Régions demandant à celles-ci de mettre en œuvre des actions de contrôle de l'adéquation des prestations et de limitation des dépenses.

À ce propos, sans préjudice du principe du libre choix des citoyens d'accéder à des structures sanitaires autres que celles présentes dans leur région d'appartenance, les dispositions de la loi de finances 2006 établiront un plafond régional de remboursabilité et de compensabilité dans le cadre duquel chaque Région doit inscrire l'activité de ses structures sanitaires publiques et privées accréditées.

Par conséquent, notre Région, qui finance par des ressources propres le service sanitaire régional, sans qu'aucune dépense ne soit imputée au budget de l'État, peut fixer, afin de limiter la dépense sanitaire et compte tenu des prestations fournies sur le territoire régional, des systèmes de gestion des flux interrégionaux sortants qui garantissent le respect des critères d'adéquation et d'efficacité des prestations.

En 2004, le solde financier global de la compensation s'est élevé à quelque 16 millions d'euros et a été négatif, en Vallée d'Aoste comme dans d'autres Régions.

Les principales fuites ont lieu vers les régions de l'Italie nord-occidentale et notamment vers le Piémont, région limitrophe (63% du total, dont 34% vers des structures privées conventionnées). Les groupes homogènes de malades (GHM) chirurgicaux dont le taux de fuite est le plus important comportent les interventions sur le genou sans complications, sur le système cardiovasculaire par voie percutanée, sur les articulations majeures et les réimplantations de membres inférieurs, sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, sur le dos et le cou sans complications, sur le système musculaire squelettique et sur le tissu connectif sans complications, alors que les GHM médicaux dont le taux de fuite est le plus important comportent les diagnostics du système musculaire squelettique et du tissu connectif, d'autres facteurs qui influencent l'état de santé et la chimiothérapie non associée à un diagnostic secondaire de leucémie aiguë. Par ailleurs, il semble y avoir une certaine attraction pour les autres interventions sur le système cardiovasculaire avec complications, pour la ligature et le stripping des veines, pour la chirurgie bariatrique et, récemment, pour la chirurgie urologique.

Il ressort de ce tableau une situation caractérisée par des fuites évitables, portant principalement sur les spécialités de l'orthopédie et de la traumatologie, dont les causes remontent à des criticités relevant d'autres époques, à des difficultés territoriales et à des préjugés difficilement déracinables dans un court délai. Il est également nécessaire de souligner le fait que dans le domaine orthopédique se situent les plus grands risques d'inadéquation aussi bien chirurgicale, qu'instrumentale et donc le plus faible contrôle des flux sortants.

Malgré l'attention accordée à l'excellence, l'exiguïté du bassin d'utilisateurs, l'incidence épidémiologique relativement faible et la nécessité d'une qualité professionnelle basée aussi sur la quantité de prestations effectuées génèrent des choix qui excluent la fourniture de certaines prestations de très haute spécialisation en Vallée d'Aoste ; cette situation pèse peu quant au nombre mais beaucoup pour ce qui est des ressources financières qu'elle absorbe.

Il est opportun de prendre aussi en considération les éléments suivants :

- l'impossibilité d'éliminer une partie des fuites à cause de la conformation du territoire et de l'exiguïté du bassin d'usagers, correspondant actuellement à quelque 120 000 habitants, et la difficulté de fournir et de financer toutes les prestations de manière à garantir leur adéquation du point de vue clinique, thérapeutique et gestionnaire ;
- le flux des malades de la Basse Vallée vers le Piémont à cause de la présence de structures sanitaires plus proches de leur lieu de résidence que le Centre hospitalier d'Aoste ;
- dans l'attente d'un nouvel hôpital, le nombre de salles d'opération s'avère parfois insuffisant pour répondre aux besoins de l'activité de base et de celle d'excellence et l'organisation des séances opératoires qui en découle conduit à la constitution de listes d'attente importantes pour certaines opérations chirurgicales non urgentes ;
- l'augmentation du nombre de temps chirurgicaux du fait du recours de plus en plus important à la chirurgie non invasive et à la chirurgie robotique ;
- le comportement des établissements d'autres Régions et notamment des structures privées qui, non « limités » par des obligations en matière de volumes d'activités et par des contrôles quant à l'adéquation des prestations fournies aux usagers d'autres Régions, consacrent une partie importante de leur activité aux patients extra-régionaux.

Description des actions

La planification régionale doit, directement ou par l'intermédiaire de l'Agence USL de la Vallée d'Aoste :

1. Réaliser un système régional de suivi sur base annuelle nécessaire aux fins de l'évaluation des priorités d'action, par l'analyse des prestations au moyen du croisement des données relatives aux flux d'information provenant des lettres de sortie de l'hôpital et des flux interrégionaux de patients ;
2. Établir les spécialités hospitalières au taux de fuite le plus élevé qui doivent être effectivement ramenées auprès du Centre hospitalier d'Aoste, par le développement de l'offre du point de vue qualitatif, tant par des moyens propres que par la passation d'accords interrégionaux, surtout avec le Piémont et avec l'Université, visant à faire venir en Vallée d'Aoste des spécialistes de haut niveau dans les disciplines nécessaires ;
3. Passer, en application des toutes récentes dispositions étatiques et régionales, des accords spécifiques avec les structures et les Régions concernées par les fuites, aux fins de la détermination des volumes d'activité et des plafonds de dépense, et mettre en place, parallèlement, des modalités de vérification de l'adéquation des prestations ;
4. Définir, en fonction des données relatives aux fuites, les structures d'attraction avec lesquelles passer des accords pour des prestations spécifiques auxquelles participeraient aussi des spécialistes exerçant leurs fonctions en Vallée d'Aoste ;
5. Garantir l'adéquation, l'efficacité et l'efficience des prestations concernées par le taux de fuite le plus élevé, par des initiatives visant à réduire les listes d'attente, à utiliser mieux et davantage les salles d'opération et à enrichir la formation des professionnels intéressés, même en faisant appel aux compétences de spécialistes extra-régionaux pour opérer, selon des critères d'excellence, dans le cadre du Centre hospitalier régional ;
6. Favoriser les échanges de communication entre les médecins généralistes prescripteurs et les médecins hospitaliers afin d'améliorer leurs rapports ;

7. Organiser des actions de formation permanente destinées aux opérateurs des services où le taux de fuite est plus important dans le but d'améliorer leurs compétences et leurs habiletés cliniques, techniques et manageriales.

Objectif n° 15

Renforcer l'attention de la planification sanitaire pour les activités visant à assurer aux touristes les services nécessaires.

Activité : Renforcement et développement des prestations d'assistance sanitaire les plus requises pendant les périodes d'affluence touristique

Cadre de référence

Le Service sanitaire régional poursuit, depuis longtemps déjà, une politique d'attention envers les touristes qui se concrétise dans la proposition d'une gamme considérable de services.

Afin de répondre aux urgences, depuis le début des années 90, des centres traumatologiques ont été créés dans les principales stations touristiques (lesdits centres sont à l'heure actuelle au nombre de six) et un service de secours par hélicoptère est assuré en collaboration avec le Secours Alpin Valdôtain et la Direction de la protection civile. Ce service a été récemment renforcé par l'acquisition d'un deuxième hélicoptère qui a permis d'en améliorer la qualité et la continuité.

Depuis toujours, dans le cadre de l'assistance hospitalière, le Département des urgences et de l'accueil (*DEA*) et les services de diagnostic adaptent leur activité, afin de garantir les prestations nécessaires pendant les périodes de forte affluence touristique et augmentent leurs personnels de 30 p. 100 en moyenne. Dans le cadre de l'assistance territoriale, une permanence médicale est assurée périodiquement aux touristes dans les stations les plus fréquentées.

Au cours des trois prochaines années, afin de répondre aux besoins de la population touristique, il sera procédé à la réorganisation des rapports entre les centres traumatologiques, le service 118, le *DEA* et l'*UB Radiologie*, ainsi qu'au renforcement de l'offre actuelle.

Les particularités et les caractéristiques naturelles qui depuis toujours font de la Vallée d'Aoste l'une des destinations touristiques les plus prisées peuvent, si les services sanitaires offerts sont adéquats, non seulement permettre aux passionnés de la montagne ayant besoin de traitements continus de séjourner dans notre région, mais représenter également un soutien thérapeutique pour les patients qui sont sortis de la phase aiguë de leur maladie et se trouvent dans celle de rétablissement. Citons, à titre d'exemple, les vacanciers atteints d'une néphropathie chronique, à qui un service de dialyse est assuré pendant l'été, et les cardiopathes, de plus en plus nombreux ; la montagne contribue à la rééducation fonctionnelle et la réinsertion sociale de ces derniers, qui peuvent ainsi récupérer entièrement leur bien-être psycho-physique. En effet, l'entraînement physique, qui doit être régulier afin que tout risque de rechute soit évité, est plus gratifiant s'il est effectué dans un milieu incomparable comme celui de la montagne.

Le thermalisme de montagne – qui est historiquement présent sur le territoire valdôtain, surtout dans la moyenne vallée, et dont on entend renforcer les potentialités dans le secteur de la santé et notamment des soins cardiovasculaires et circulatoires – s'inscrit aisément dans ledit cadre de référence.

Description des actions

La planification régionale doit, directement ou par l'intermédiaire de l'Agence USL de la Vallée d'Aoste :

1. Intégrer le réseau des centres traumatologiques dans les sièges des services territoriaux, par le renforcement – surtout pendant les périodes de forte affluence touristique – des activités de district exercées dans les dispensaires polyvalents centraux, évaluer la distribution de ces centres en fonction de leur utilisation réelle et les relier aux services des urgences ;
2. Consolider la flexibilité de réponse des structures du Service sanitaire régional aux différents besoins d'assistance liés aux flux touristiques ;
3. Développer la médecine thermale et en approfondir les potentialités thérapeutiques dans le traitement des différentes pathologies ;
4. Favoriser l'insertion du milieu montagnard dans les parcours de soins des principales maladies chroniques et dégénératives.

Objectif n° 16

Séparer la définition des politiques sociales de la réalisation des activités qui en découlent et promouvoir la coordination des politiques sociales avec les autres politiques d'attention envers les personnes.

Activité A : Identification des sujets chargés de réaliser les politiques sociales à l'échelon régional

Cadre de référence

L'art. 5 de la loi régionale n° 18/2001 et, ensuite, la loi régionale n° 1/2002 définissent la Région en tant qu'organisme chargé de la planification, de l'orientation opérationnelle, de la coordination et du contrôle, ainsi qu'en tant que gestionnaire de certaines activités de réalisation des politiques sociales. Dans ce dernier cas, la Région exerce les fonctions de planification et de vérification des activités qu'elle gère. Ces fonctions ont trait aux activités de réalisation des politiques sociales qui ne sont pas susceptibles d'être fractionnées en raison de leur nature de haute spécialisation et de leur complexité du point de vue de l'organisation et de la gestion, ce qui empêche les Communes, isolées ou groupées dans les Communautés de montagne, de les assurer suivant des critères d'efficience et d'économicité. Ces activités concernent :

- le service d'aide sociale professionnel, sans préjudice des compétences de la Commune d'Aoste ;
- la protection des mineurs (service des adoptions et des placements familiaux, communautés et autres structures d'accueil, service éducatif à domicile pour les mineurs, etc.) ;
- les aides en faveur des invalides civils, des aveugles civils et des sourds-muets ;
- les services d'intérêt régional destinés aux personnes handicapées (Centres d'éducation et d'assistance, services d'hébergement, services de jour, séjours climatiques, etc.), y compris l'information en matière d'accessibilité et d'aides.

La séparation entre la phase de définition et la phase de réalisation des politiques sociales a pour but de réserver la première à la Région, dont les tâches sont ainsi réduites, mais dont la capacité d'intervention est renforcée, et la deuxième aux Communautés de montagne et à la Commune d'Aoste, par l'attribution de la gestion à une pluralité d'acteurs, institutionnels ou non, à but lucratif ou non, la priorité étant donnée aux sujets du secteur privé social ayant un caractère d'entreprise privée sans but lucratif.

Description des actions

Aux fins de la réalisation de l'objectif en cause, il est nécessaire :

1. De compléter le transfert des fonctions aux collectivités locales, au sens de la LR n° 1/2002 ;
2. De déterminer, le cas échéant, les autres fonctions régionales relatives à la définition des politiques (points de 1 à 4 et de 6 à 9 de l'art. 5 de la LR n° 18/2001) et à la réalisation de celles-ci (points 5 et 10 de l'art. 5 de la LR n° 18/2001) qui doivent être transférées aux collectivités locales. Parmi ces fonctions, par ailleurs, il y a lieu d'isoler celles qui relèvent exclusivement du niveau régional et qui ne sont pas susceptibles d'être fractionnées en raison de leur nature de haute spécialisation et de leur complexité du point de vue de l'organisation et de la gestion, ce qui empêche les Communes, isolées ou groupées dans les Communautés de montagne, de les assurer suivant des critères d'efficience et d'économicité ;

3. De créer un groupe de travail chargé d'approfondir les aspects juridiques et organisationnels servant à la détermination et à la définition des sujets chargés des fonctions de réalisation des politiques sociales ;
4. De mettre au point et de développer une activité d'accompagnement des processus liés au transfert des fonctions, afin que la Région joue effectivement un rôle de régie.

Activité B: Promotion et développement, dans le cadre de l'offre de services d'aide sociale, de l'interdisciplinarité et de la coordination avec les politiques pour la santé, l'éducation, la formation, l'emploi, le logement, les transports et la protection des droits.

Cadre de référence

Le plan socio-sanitaire 2002/2004 indiquait déjà l'intégration socio-sanitaire comme une priorité stratégique et une condition indispensable pour dépasser les pratiques sectorielles et intégrer des compétences et des services divers, grâce à l'unité et à la globalité des actions, ce qui permettrait d'accorder une plus grande attention aux couches faibles et à leur protection.

Au cours de ces dernières années, l'on a acquis la conscience du fait que le bien-être social n'est pas lié uniquement, ni essentiellement, à l'intégration socio-sanitaire, mais plutôt à la coordination des politiques sociales avec les autres politiques d'attention envers les personnes : santé, éducation, formation professionnelle, emploi, transports, logements, etc.

Les choix qualifiants pour l'intégration visent à rééquilibrer les responsabilités dans le cadre des différentes politiques et à attribuer un nouveau rôle à la communauté locale par rapport aux titulaires de la gestion desdites politiques.

Le processus de planification territoriale doit prévoir la coparticipation de tous les acteurs institutionnels ayant des compétences dans le domaine des politiques sociales et des autres politiques d'attention envers les personnes, aux fins de la concertation de leurs fonctions, de leurs rôles et de leurs modalités d'intervention.

Les politiques sociales s'insèrent dans le cadre des stratégies de promotion de la qualité sociale et donc du développement global de la société, dans le sens de la sortie du circuit de l'assistance, de la promotion de nouveaux emplois et de la solution aux problèmes de logement.

Par rapport à ces derniers, en particulier, une amélioration des stratégies d'intervention serait souhaitable, compte tenu des besoins croissants ; cette amélioration ne peut être obtenue que par une augmentation du niveau de coordination, de collaboration et de prise de responsabilité de la part de tous les acteurs institutionnels et du troisième secteur.

Cet objectif s'avère prioritaire pour ce qui est des problèmes de logement, auxquels la Région, les collectivités locales et le troisième secteur doivent trouver non seulement des réponses immédiates, mais également des solutions structurelles.

Tout ceci est lié à la conscience du fait qu'une réponse inappropriée aux difficultés peut avoir comme conséquence la transformation de ces dernières en urgences et le recours à des actions inadéquates, qui ne font que résoudre temporairement les problèmes, alors qu'il est indispensable de concerter et de planifier des solutions adéquates dans une optique globale de politiques intégrées.

Ce risque se manifeste clairement lorsqu'on aborde les problèmes liés à l'immigration, pour lesquels la Région a déjà lancé de nombreuses actions visant au développement de l'intégration à différents niveaux, comme le projet Cavanh. Il est nécessaire de poursuivre et de renforcer une stratégie intra et inter-institutionnelle d'intégration en faveur des étrangers, par le biais entre autres du Conseil territorial pour l'immigration, qui a été récemment reconstitué et a donc repris son activité. Cet organisme, dont font partie toutes les réalités opérationnelles du secteur, représente un domaine privilégié pour la promotion des actions indiquées ci-dessous.

Description des actions

Aux fins de la réalisation de l'objectif en cause, il est donc nécessaire :

1. De mettre en route le processus de coordination et d'intégration des politiques sociales avec les autres politiques d'attention envers les personnes ;
2. D'instituer des groupes de concertation inter-institutionnels et multidisciplinaires, composés de représentants de la Région, des collectivités locales et du troisième secteur, aux fins du partage des fonctions, des rôles et des modalités d'intervention dans les choix d'évaluation et de réalisation des actions sociales ;
3. D'encourager activement une coordination, une collaboration et une prise de responsabilités meilleures à tous les niveaux institutionnels, aux fins de la concertation et de la planification de réponses adéquates aux besoins, notamment dans les secteurs de la crise du logement et de l'immigration ;
4. De présenter à la commission du Conseil compétente, avant la fin du mois de mars de chaque année et en même temps que le rapport sur l'application des plans de zone visés à l'objectif n° 18, un rapport sur l'activité et les résultats des actions en cause ;
5. De parvenir, sur la base des données de connaissance et de suivi du phénomène, à l'élaboration d'une loi-cadre sur l'immigration qui favorise l'accueil, l'intégration et la participation des immigrés à la vie communautaire, dans le respect de leurs droits.

Objectif n° 17

Considérer les niveaux régionaux essentiels des prestations (LEP) comme un instrument servant à assurer l'uniformité des services et des prestations dans le domaine socio-éducatif et de l'assistance et donner une destination obligatoire au fonds régional pour les politiques sociales, même pour la partie relative aux finances locales.

Activité A : Définition des prestations qui constituent les niveaux essentiels

Cadre de référence

L'affirmation concrète des droits sociaux de citoyenneté des personnes et des familles passe par la définition des niveaux essentiels des prestations fournies sur le territoire régional par les différents établissements. Dans ce contexte, la Région exerce des fonctions de planification, d'orientation, de coordination et de contrôle en matière de politiques sociales et est compétente à l'effet de définir, avec la collaboration des principaux acteurs sociaux, les niveaux essentiels des prestations, compte tenu également de la co-responsabilité dans un domaine de planification d'une telle importance.

Il s'avère fondamental, dans ce domaine, conformément aux principes généraux du présent plan, de distinguer entre le noyau essentiel du droit et le niveau essentiel des prestations. Ledit noyau essentiel peut être considéré, au moment où l'on élabore la définition des niveaux essentiels des prestations, comme le niveau minimum de prestations au-dessous duquel la garantie constitutionnelle n'est plus assurée et qui est donc un niveau inaliénable. Par conséquent, le niveau essentiel des prestations représente quelque chose de plus que le niveau minimum (ou inaliénable) du droit.

Ainsi, une distinction nette s'affirme-t-elle entre les niveaux essentiels et les prestations devant être constitutionnellement fournies (le noyau essentiel ou inaliénable du droit) qui ont la qualification juridique de droits subjectifs parfaits.

Il s'agit d'établir un noyau « dur » de prestations qui représentent le facteur unifiant de la citoyenneté sociale, de faire un saut de qualité et d'imaginer un parcours permettant de passer, de manière réaliste et progressive, d'un système de règles, procédures et plans à la détermination de garanties précises pour les citoyens.

Il faut rédiger la liste des prestations déjà garanties et ensuite concerter, à l'échelon de la planification régionale et de district, les autres prestations – compatibles avec les ressources budgétaires disponibles – qui revêtent le caractère de droit subjectif, dont certaines peuvent être immédiatement exigées et d'autres comprises dans la planification des services et devenir exigibles selon des critères de progression, compte tenu également des ressources qui seront mises à disposition à cet effet (principe de l'exigibilité soutenable).

Le respect de critères de flexibilité et de progression dans la détermination des niveaux essentiels dans le domaine de l'assistance est nécessaire du fait des caractéristiques particulières de ce dernier, qui sont liées aux besoins spécifiques des destinataires et à leur situation personnelle et pour lesquelles il est impossible de suivre des logiques rigides de standardisation.

Description des actions

Aux fins de la réalisation de l'objectif en cause, il est nécessaire :

1. De procéder à une reconnaissance des prestations fournies actuellement, en distinguant celles qui représentent le niveau minimum constitutionnellement garanti ;
2. De réunir les principaux acteurs sociaux aux fins d'une confrontation ;
3. De définir les prestations fournies à l'échelon régional qui représentent le niveau essentiel des prestations sociales et revêtent donc le caractère de droits subjectifs parfaits, pour lesquels la couverture financière est toujours garantie ;
4. De définir les autres prestations pouvant être insérées dans la planification des services pour devenir exigibles selon des critères de progression, en fonction des ressources disponibles (principe de l'exigibilité soutenable).

Activité B : Destination obligatoire du fonds régional pour les politiques sociales, même pour la partie relative aux finances locales

Cadre de référence

Le plan socio-sanitaire régional 2002/2004 a prévu la création d'un fonds régional pour les politiques sociales, sans distinction entre les dépenses directes de la Région et les finances locales, en tant qu'outil de gestion financière visant à :

- valoriser l'autonomie de décision des collectivités locales chargées de la gestion des services socio-éducatifs et d'aide sociale suivant les formes établies par la planification régionale ;
- permettre l'exercice des fonctions de planification, d'orientation, de coordination et de contrôle de la part de la Région ;
- simplifier et rendre plus rapides les modalités de versement des financements et de vérification des niveaux et de la qualité de la dépense.

À l'heure actuelle, le fonds régional pour les politiques sociales comprend uniquement les dépenses régionales directes. Aux fins de l'exercice des fonctions régionales de planification, d'orientation, de coordination et de contrôle, il est nécessaire d'entreprendre avec le *CELVA* un chemin par étapes, afin que le fonds régional pour les politiques sociales soit destiné obligatoirement – même pour la partie relative aux finances locales – au domaine socio-éducatif et de l'assistance, et ce, dans le but à la fois de répondre à la nécessité de vérifier l'efficacité et l'efficacité de l'action administrative dans ce secteur, tant à l'échelon local qu'à l'échelon régional, et d'assurer le suivi de la dépense sociale.

Description des actions

Aux fins de la réalisation de l'objectif en cause, il est nécessaire :

1. D'établir, de concert avec les collectivités locales, les modalités de destination obligatoire – même pour la partie relative aux finances locales – du fonds en cause à l'exercice des fonctions relatives au domaine socio-éducatif et de l'assistance ;
2. De destiner – après avoir défini les niveaux essentiels des prestations (*LEP*) – le fonds relevant des finances locales à la fourniture effective des prestations sociales à l'échelon local.

Objectif n° 18

Considérer le territoire du district en tant que domaine de lecture, d'analyse et de satisfaction des besoins et aire privilégiée pour la planification du réseau des services.

Activité : Démarrage des actions visant à l'établissement des plans de zone

Cadre de référence

Le plan de zone est appelé à revêtir un rôle fondamental en vue de répondre aux problèmes des personnes et des communautés locales, dans la mesure où il va devenir un outil collectif pour la détermination des besoins primaires et des stratégies efficaces et il pourra redéfinir les ressources disponibles et partagées entre sujets institutionnels et communautaires.

Le plan socio-sanitaire 2002/2004 avait déjà établi que la Région est l'organisme chargé de promouvoir la collaboration institutionnelle dans le cadre d'un ressort adéquat, à savoir le district, à l'aide du plan de zone, qui devient un outil pour l'optimisation des ressources et l'amélioration des responsabilisations et des collaborations.

Le plan de zone n'est pas seulement un outil technique de planification, mais aussi une occasion privilégiée de participation qui met en évidence et favorise l'apport des différentes communautés locales, en valorisant le rôle autonome, la solidarité et la subsidiarité que celles-ci seront en mesure d'exprimer dans les décisions concrètes en matière de planification, de gestion, de capacité opérationnelle et d'organisation. Il y aura donc la possibilité de mettre en œuvre un processus de réalisation d'une communauté providence par la création de partenariats entre institutions et citoyens, aux fins de l'augmentation du partage des responsabilités et des orientations, des risques et des résultats.

La communauté locale est donc considérée comme le lieu le plus qualifié pour la résolution des problèmes de la personne et pour la réponse aux besoins de celle-ci ; le territoire n'est donc pas seulement un bassin d'usagers, mais aussi un réseau de relations qui représentent un patrimoine d'occasions et de ressources et dans le cadre desquelles interagissent différentes responsabilités solidaires et le troisième secteur et les parties sociales y revêtent un rôle particulièrement important. La loi régionale en matière de bénévolat récemment approuvée (LR n° 16 du 22 juillet 2005) et les actes qui ont constitué des forums (personnes âgées, personnes handicapées et familles) et des processus de confrontation et de collaboration dans différents secteurs sociaux démontrent l'engagement considérable de la Région et constituent un parcours qui doit être suivi dans toutes les zones territoriales.

Dans ce sens, tous les sujets qui réalisent des actions, des services et des prestations d'aide sociale sont appelés à collaborer afin que, avec leur participation positive et active, les objectifs du plan de zone soient atteints.

Pendant la phase qui suit l'approbation des lignes directrices relatives aux plans de zone, annexées au présent acte, la Région garantit :

- la réalisation d'un parcours de soutien aux élus locaux, aux opérateurs publics et aux opérateurs du troisième secteur destiné à permettre à chaque sujet concerné de collaborer à la rédaction du plan de zone dans les meilleures conditions possibles, compte tenu du rôle et des compétences de chaque sujet dans le cadre de la planification zonale ;
- la mise en valeur des différentes responsabilités du bénévolat, de l'associationnisme de promotion sociale, des entreprises d'aide sociale, des fondations, des organismes religieux et de tous les autres sujets qui contribuent à la réalisation du welfare local ;
- la coordination avec la planification sanitaire territoriale ;
- l'implication des autres organismes publics présents sur le territoire, appelés à apporter leur contribution et à exercer un rôle important pour la diffusion, l'application et le contrôle des résultats du plan de zone, ainsi que pour les décisions y afférentes, dans les domaines de l'école, de la formation professionnelle, du travail, de l'habitation, des transports, de l'institution pénitentiaire, etc.

Description des actions

Aux fins de la réalisation de l'objectif en question, il est nécessaire :

1. De faire démarrer la procédure de rédaction des plans de zone, par la définition du parcours de soutien et, ensuite, par la constitution de la Conférence des syndicats des communes comprises dans le ressort du district concerné qui est chargée d'établir les lignes directrices pour le travail du Groupe du plan ;
2. De définir le travail de préparation : le Groupe du plan établit les modalités de participation et d'implication des sujets intéressés, collecte les informations suivant les indications et les modalités prévues par les lignes directrices, obtient des bureaux régionaux, de l'OREPS et des éventuels observatoires activés par le troisième secteur les informations et les données dont ceux-ci sont en possession et établit, sur la base des informations collectées, un rapport d'analyse qui constitue la base cognitive des besoins et des ressources du domaine territorial.

Les plans de zone seront définis entièrement et approuvés dans les trois ans qui suivent la période de validité du présent plan, sur la base des priorités et des orientations définies au cours des travaux de préparation et en collaboration étroite avec les sujets intéressés.

Les plans de zone concernant certains domaines territoriaux pourront être définis au cours des trois ans de validité du présent plan.

Objectif n° 19

Élaborer un plan régional de communication sociale afin de réduire les obstacles qui entravent l'accès aux services.

Activité : Élaboration d'un plan régional de communication sociale afin de réduire les obstacles qui entravent l'accès aux services, par la mise en place d'une stratégie d'information dans une logique de réseau

Cadre de référence

Pour affronter le thème de la communication sociale de manière innovante et dans la logique de la loi n° 328 du 8 novembre 2000 et du Plan national des actions et des services sociaux 2001/2003, approuvé par le DPR du 3 mai 2001, il y a lieu de reconnaître et de partager la valeur de l'information sociale en tant que condition pour pouvoir exercer les droits de citoyenneté, réduire les obstacles qui empêchent les citoyens – et notamment les personnes les plus faibles et à risque social et d'exclusion élevé – de connaître les services proposés et d'y accéder.

La promotion et la qualification des services d'information sociale ont pour but de rendre effectif le droit à l'information sur les différentes possibilités offertes par le réseau des services auxquels les individus et les familles peuvent faire appel en fonction de leurs besoins. Le fait d'être informé au sujet des ressources disponibles sur le territoire où l'on vit peut s'avérer fondamental pour faire front aux difficultés et aux besoins qui surgissent ou peuvent surgir dans les différentes phases du cycle de la vie, individuelle et familiale ; de nombreux droits sociaux ne sont pas respectés du fait que les bénéficiaires potentiels, et notamment les personnes en difficulté ou se trouvant dans une situation d'exclusion sociale, en ignorent l'existence.

Étant donné que souvent les services et les aides sont proposés par différents acteurs présents sur le territoire, il s'avère indispensable, lors de la conception et de la diffusion d'une information sociale correcte, ponctuelle et complète des ressources disponibles, de mettre en réseau lesdits services et de créer un système cohérent et efficace d'échange et de connaissance réciproque.

Une action de grande envergure qui mobilise les différents niveaux institutionnels, ainsi que les ressources communautaires, est nécessaire aux fins de l'élaboration d'une stratégie d'information sociale efficace et uniforme.

L'importance de la communication en tant qu'instrument de prévention et de réduction des cas de pauvreté et d'exclusion sociale a été également reconnue dans le cadre des activités du projet européen « *COESO – Communication et socialité* », un projet transnational financé par la Commission européenne et auquel la Vallée d'Aoste a adhéré. Au cours des deux années d'activité de ce projet, il a été possible d'approfondir le rôle fondamental que l'information joue dans la promotion de l'accès aux services et d'envisager des parcours visant à en améliorer l'efficacité.

Le citoyen qui a besoin d'être informé et orienté au sujet du système des services d'aide sociale disponibles sur le territoire n'a pas, en Vallée d'Aoste, de point de repère unique, car les acteurs qui – à différents titres et avec des niveaux différents de compétence – offrent des indications en la matière sont multiples : les centres de services, les bureaux pour les relations avec le public, les associations, les bénévoles, etc.

Dans le cadre des expérimentations lancées récemment à l'échelon régional, une attention toujours plus grande a été accordée à l'information et à la communication sociale ; citons à titre d'exemple le centre pour les familles « Il Cortile » d'Aoste, dont le principal objectif est de favoriser l'auto-organisation et les occasions de rencontre entre les familles et dont le rôle d'information aux fins de l'accès au système des ressources revêt une grande importance.

Dans le cadre des services d'aide sociale l'information est assurée, à l'échelon institutionnel, par l'Assessorat régional de la santé, du bien-être et des politiques sociales, par l'Assessorat des politiques sociales de la Commune d'Aoste, ainsi que par d'autres acteurs dans des secteurs plus spécifiques (*INAIL, SERT*).

L'Assessorat régional fournit notamment des informations et des orientations par l'intermédiaire :

- de la structure régionale compétente en matière de politiques sociales ;
- des assistants sociaux œuvrant dans les centres socio-sanitaires territoriaux ;
- de brochures et de guides d'information ;
- du site internet de la Région.

Description des actions

Aux fins de la réalisation de l'objectif en cause, il est nécessaire :

1. De créer un groupe de travail chargé de définir des actions visant à l'amélioration de l'information sociale ;
2. De coordonner les différents points d'information et d'orientation sociale existants ;
3. D'élaborer un plan régional de communication sociale.

Objectif n° 20

Achever la définition des standards des prestations sociales et consolider et étendre l'utilisation des instruments susceptibles de garantir l'équité d'accès aux prestations et aux services.

Activité A : Achèvement de la définition des standards des prestations sociales

Cadre de référence

L'action visant à la définition des standards doit être liée, d'une part, à l'exigence de garantir les niveaux minimaux des prestations sociales et, de l'autre, aux actions de suivi et de qualification des services.

À l'heure actuelle, les standards des prestations sociales suivants ont été approuvés :

- standards en matière de qualité et d'organisation des services à l'enfance autres que les crèches, au sens de l'art. 6 de la loi régionale n° 44 du 27 mai 1998 (délibération du Gouvernement régional n° 3148 du 18 septembre 2000) ;
- standards en matière de structures et de gestion des services aux personnes handicapées (délibération du Gouvernement régional n° 4594 du 2 décembre 2002) ;
- standards en matière de structures et de gestion des établissements et des services aux mineurs, au sens de l'art. 5 de la loi régionale n° 18 du 4 septembre 2001 (délibération du Gouvernement régional n° 5190 du 30 décembre 2002).

Les actions relevant du présent objectif s'inscrivent parfaitement dans le cadre des actions prévues par l'objectif relatif au régime des autorisations des structures et des activités sanitaires et sociales exercées à l'échelon régional.

Description des actions

Aux fins de la réalisation de l'objectif en cause, il est nécessaire :

1. De définir et d'appliquer les standards en matière de structures et de gestion des services aux personnes âgées ;
2. De définir et d'appliquer les standards en matière de structures et de gestion des services à la petite enfance.

Activité B : Consolidation et extension de l'utilisation des instruments susceptibles de garantir l'équité d'accès aux prestations et aux services

Cadre de référence

Par sa délibération n° 2454 du 19 juillet 2004, le Gouvernement régional a approuvé, à titre expérimental, l'Indicateur régional de la situation économique équivalente (IRSEE) visé à l'art. 4 de la loi régionale n° 18 du 4 septembre 2001. Il s'agit du premier acte visant à la détermination – conformément aux directives régionales en la matière – de la participation des bénéficiaires et de leurs familles aux frais de fonctionnement des services socio-éducatifs et d'aide sociale.

Selon cet outil, la situation économique du demandeur ou de son foyer correspond à l'Indicateur de la situation économique équivalente (ISEE) visé au décret législatif n° 109 du 31 mars 1998, tel qu'il a été modifié par le décret législatif n° 130 du 3 mai 2000, auquel s'ajoutent les rentes *INAIL* et les aides visées à la loi régionale n° 11 du 7 juin 1999 versées

directement à l'utilisateur du service ou au bénéficiaire de l'aide économique, paramétrées sur la base de l'échelle d'équivalence y afférente.

Le Gouvernement régional, après un premier jugement positif au sujet de l'équité des modalités de calcul des contributions à la charge des bénéficiaires et de leurs familles, jugement partagé par les organisations syndicales et les centres de services, a décidé, par sa délibération n° 2432 du 29 juillet 2005, de poursuivre l'expérimentation relative à l'Indicateur régional de la situation économique équivalente mise en route dans le cadre du plan socio-sanitaire 2002/2004, afin d'en évaluer les résultats.

Afin de garantir l'équité de l'accès aux services d'aide sociale, il y a lieu non seulement de coordonner les différentes modalités d'évaluation de la situation économique des usagers et de leur famille, mais également de surmonter l'hétérogénéité considérable qui caractérise actuellement la définition des tarifs appliqués pour la fourniture des services en cause, tant à l'échelon régional qu'à l'échelon local.

Cette hétérogénéité dans la définition des tarifs existe à plusieurs niveaux :

- entre les différents sujets gestionnaires par rapport à la fourniture du même type de service ;
- entre les différentes catégories d'usagers.

Il est donc nécessaire d'étudier et d'approfondir la question, afin d'acquérir la connaissance de la situation relative à la Vallée d'Aoste et à d'autres régions, et notamment de lancer un processus de concertation et de partage tant avec les différents sujets gestionnaires (en premier lieu les collectivités locales) qu'avec les parties sociales et les citoyens, par l'intermédiaire de leurs représentants.

Description des actions

Aux fins de la réalisation de l'objectif en cause, il est nécessaire :

1. D'évaluer les résultats de l'expérimentation de l'IRSEE. dans le contexte des politiques sociales, avec la mobilisation des parties sociales, la commission compétente du Conseil entendue ;
2. D'étendre l'application de l' IRSEE à d'autres secteurs d'intervention de la protection sociale ;
3. De promouvoir l'application de l' IRSEE à d'autres aires de gouvernance de la planification régionale, telles que les transports, l'éducation, le logement, etc. ;
4. D'aider de manière adéquate les citoyens, pour ce qui est de la présentation des pièces nécessaires au calcul de l' IRSEE, et les opérateurs, pour ce qui est de la définition de l'accès aux services et de la contribution à la charge des usagers ;
5. D'établir les critères de définition de politiques tarifaires homogènes pour l'accès aux prestations sociales et socio-sanitaires, suivant une stratégie de concertation partagée.

Objectif n° 21

Développer la solidarité et la responsabilité sociale suivant le principe de la subsidiarité verticale et horizontale.

Activité A : Promotion d'un centre régional de coordination pour les politiques de la jeunesse

Cadre de référence

En termes d'expériences actives dans le secteur des jeunes, en sus des centres de socialisation existant dans la ville d'Aoste, dans la communauté de montagne Grand-Paradis et dans les communes de Hône et de Pont-Saint-Martin – dont les titulaires sont la Communauté de montagne ou les Communes concernées et qui font l'objet, en règle générale, d'une gestion indirecte (secteur privé social) – et du centre de consultation pour adolescents « Il Pangolo », il y a lieu de souligner la présence du service « Informagiovani » de la Commune d'Aoste, qui œuvre à l'échelon régional, et du *GAI – Circuito Nazionale Giovani Artisti Italiani*, auxquels il faut ajouter les activités des associations de l'aire catholique (Coordination des aumôneries valdôtaines, Scouts, Action catholique italienne, mouvement Communion et Libération) et des associations sportives. Au nombre des organismes de représentation des jeunes figurent par ailleurs le Forum des jeunes de la Commune d'Aoste et la Conférence des étudiants.

Les procédures visant à l'approbation d'un projet de loi spécifique portant mesures pour la mise en valeur de la fonction sociale et pédagogique remplie par les aumôneries et par les organismes qui accomplissent des activités similaires.

Dans ce cadre hétérogène, il est nécessaire de développer des formes d'orientation et des lignes directrices permettant de coordonner les activités existantes et, en même temps, de promouvoir de nouvelles initiatives, eu égard notamment aux aires qui actuellement disposent de moins de ressources.

Grâce aux actions réalisées à la suite de l'application de la loi n° 285/1997, à l'adhésion à des projets européens visant à favoriser la réalisation d'actions en matière de politiques de la jeunesse et de participation active des jeunes et à l'organisation de congrès, la communauté locale s'est déclarée disponible en vue de mettre en œuvre des parcours ayant pour but la création d'un centre de coordination régionale.

Un groupe régional de travail sur les politiques de la jeunesse, dont les activités serviront à la réalisation du présent objectif et des actions indiquées ci-après, a été constitué par la délibération du Gouvernement régional n° 3638 du 3 novembre 2005.

Description des actions

Aux fins de la réalisation de l'objectif en question, il est nécessaire :

1. D'instaurer un dialogue avec les sujets publics, les sujets du secteur privé social et les jeunes en vue de partager l'analyse des expériences existant en Vallée d'Aoste et de solliciter la participation des jeunes et la prise de responsabilité sociale de la part de ceux-ci dans les projets qui les concernent ;

2. De définir les orientations régionales pour la réalisation d'actions dans le secteur des jeunes, compte tenu également de l'expérience européenne et des autres régions italiennes ;
3. De constituer un centre régional de coordination qui puisse fonctionner en tant qu'organisme de promotion, d'essor et de suivi des politiques de la jeunesse en Vallée d'Aoste.

Activité B : Mesures de soutien pour la famille en tant que ressource de cohésion et de solidarité sociale

Cadre de référence

La loi régionale n° 44 du 27 mai 1998 souligne l'importance de la famille en tant que sujet pouvant répondre à la fois à ses besoins et aux besoins sociaux et collectifs et, donc, ressource à valoriser et à soutenir.

Par conséquent, il y a lieu de ne pas considérer la famille simplement comme une entité qui utilise des services et qui a des besoins, mais comme une ressource susceptible d'être valorisée, d'en supporter les processus de croissance, d'en prévenir les éventuels malaises et difficultés et d'en renforcer les compétences, afin qu'elle soit de plus en plus autonome.

Les premières actions réalisées dans cette direction sont les suivantes :

- préparation de la deuxième Conférence régionale sur la famille, qui s'est déroulée en 2004 et qui a comporté une phase préliminaire de travail de plusieurs groupes représentant les différentes réalités associatives familiales présentes en Vallée d'Aoste ;
- application de l'art. 20 de la loi régionale n° 44 du 27 mai 1998 susmentionnée qui prévoit des financements pour la réalisation de projets expérimentaux rédigés et gérés directement par les familles, organisées, le cas échéant, sous forme de coopérative ou d'association ;
- ouverture à Aoste, à titre expérimental, du centre pour les familles « Il Cortile », financé au sens de la loi n° 285/1997, en tant que lieu d'accueil et de rencontre pour les familles où celles-ci peuvent se confronter avec les autres sujets publics et du troisième secteur quant aux problèmes communs et collaborer en vue de la résolution de ces derniers.

Les exigences qui sont ressorties pendant la Conférence régionale sur la famille, ainsi que les requêtes formulées par les familles qui ont déjà vécu des expériences d'auto-organisation, ont mis en évidence la nécessité de créer un groupe permanent de dialogue pour la réalisation, à l'échelon régional, d'une nouvelle centralité de la famille.

Ledit groupe devra, en premier lieu, promouvoir et publiciser davantage les opportunités offertes par l'art. 20 de la LR n° 44/1998, et reformuler ledit article, sur la base des expériences déjà réalisées, afin de mieux l'adapter aux potentialités que les familles valdôtaines possèdent ou peuvent développer.

Description des actions

Aux fins de la réalisation de l'objectif en question, il est nécessaire :

1. De suivre l'activité du groupe régional pour la famille, institué par la délibération du Gouvernement régional n° 2989 du 17 septembre 2005, en tant qu'opportunité de rencontre stable entre les représentants des institutions, du troisième secteur et des familles ;
2. De veiller à l'application de l'art. 20 de la loi régionale n° 44 du 27 mai 1998 qui prévoit des financements pour la réalisation de projets expérimentaux rédigés et gérés directement par les familles, organisées, le cas échéant, sous forme de coopérative ou d'association ;
3. De préparer la troisième Conférence régionale sur la famille.

Activité C : Mesures de soutien, à l'échelon régional, national et international, du bénévolat social

Cadre de référence

Pendant cette période de réduction de la dépense publique, le bénévolat revêt sans doute un rôle important et représente, dans le secteur socio-sanitaire, un outil valide pour le maintien d'un niveau d'assistance approprié aux exigences de la population.

La Région a toujours considéré le bénévolat comme un soutien important aux politiques socio-sanitaires et, dans cette optique, des investissements ont été faits au cours des années et le bénévolat a grandi, tant en termes de dimensions que de qualité, jusqu'à devenir un outil indispensable dans le cadre de la planification socio-sanitaire. En effet, par la loi régionale n° 83 du 6 décembre 1993 et, ensuite, par la loi régionale n° 16 du 22 juillet 2005, la Région a voulu reconnaître la valeur du bénévolat et de l'associationnisme de promotion sociale en tant qu'expressions de participation, de solidarité et de pluralisme, en favoriser la consolidation et l'essor et en réglementer les relations avec les institutions publiques.

À l'échelon local, le bénévolat aide énormément le secteur sanitaire et social ; parmi les initiatives qu'il réalise, il y a lieu de mentionner :

- le soutien des dons de sang bénévoles ;
- la participation des secouristes bénévoles aux activités de transport et de secours sanitaire ;
- les initiatives des bénévoles pour la lutte contre la pauvreté et en faveur des sujets sans domicile fixe, réalisées dans le cadre de projets spécifiques.

Par ailleurs, la Région a voulu étendre la solidarité du bénévolat également à l'échelon national par l'adhésion, en raison du bassin réduit de patients valdôtains, au Centre régional des greffes de la Région Piémont, auquel la Vallée d'Aoste s'adresse principalement pour les greffes d'organes et de tissus. Dans ce domaine, la solidarité et la participation des associations valdôtaines de bénévoles se caractérisent par l'activité considérable qu'elles effectuent dans le but d'encourager les dons d'organes, notamment de la part des citoyens valdôtains.

Par ailleurs, dans ce secteur, la Région a récemment franchi les frontières nationales pour participer à des projets d'une plus grande envergure qui intéressent

des réalités marginales de l'Afrique, en l'occurrence le Madagascar, et ce, par une collaboration secteur public/bénévolat qui a permis de garantir, par la construction d'un hôpital et l'envoi systématique d'opérateurs sanitaires, le droit à l'assistance et à l'égalité d'accès aux soins à une population défavorisée.

Description des actions

Aux fins de la réalisation de l'objectif en question, il est nécessaire :

1. De renforcer la collaboration avec les bénévoles pour la réalisation d'initiatives de prévention et de promotion de la santé, eu égard notamment aux dépistages des cancers ;
2. D'impliquer les bénévoles dans les activités de sensibilisation en matière de prévention, de connaissance et d'analyse des besoins sociaux, notamment des sujets les plus démunis ;
3. De poursuivre l'expérience dans le cadre du projet « Madagascar. Aiutare ospedali africani », en favorisant la participation des opérateurs sanitaires à cette initiative ;
4. De continuer à soutenir les initiatives visant à lutter contre les situations de pauvreté et d'exclusion sociale.

Objectif n° 22

Activer des politiques de prévention du malaise des mineurs et des jeunes et d'action en faveur des mineurs et des jeunes en situation de difficulté.

Activité A : Prévention du malaise des mineurs et des jeunes

Cadre de référence

Les ressources des services publics, du troisième secteur et des familles doivent contribuer à la création d'un système d'actions en réseau qui vise à améliorer les conditions de vie des mineurs et des jeunes, eu égard notamment aux actions d'information et de prévention des risques de déviance.

Description des actions

Aux fins de l'objectif visé, les actions suivantes doivent être réalisées :

1. Démarrage d'un système permanent de mise en réseau des données relatives aux conséquences sanitaires, sociales et légales des comportements déviants ;
2. Organisation – en collaboration avec les forces de l'ordre, l'Agence USL, les institutions scolaires et le secteur privé social – de campagnes de presse, de conférences publiques et de conférences au sein des écoles portant sur les dangers liés aux comportements déviants et aux nouvelles dépendances ;
3. Sensibilisation au malaise, par des actions spécifiques à réaliser dans les lieux de rencontre privilégiés des mineurs et des jeunes (discothèques, brasseries, centres récréatifs, aumôneries, etc.).

Activité B : Actions en faveur des jeunes majeurs en situation de difficulté

Cadre de référence

En Vallée d'Aoste, il existe des prestations en faveur des mineurs et de leur famille diversifiées selon le type de besoin.

Ces prestations comprennent les aides économiques, sociales et éducatives, le soutien parental et l'accueil de jour ou résidentiel. En sus de la prise en charge intégrée des mineurs par les équipes socio-sanitaires territoriales, d'autres services spéciaux sont opérationnels, tels que l'aide éducative à domicile, le placement familial, l'accueil bénévole – institué par la délibération du Gouvernement régional n° 2040 du 27 juin 2005, compte tenu du résultat positif du projet *Affido* réalisé au cours des années 2002-2004 au sens de la loi n° 285/1997 – et l'accueil dans deux foyers régionaux pour mineurs.

L'expérience des foyers régionaux pour adolescents, qui accueillent les mineurs âgés de 13 à 18 ans, a prouvé depuis longtemps la nécessité d'offrir une solution concrète pour les nouveaux majeurs qui ont encore besoin d'être accompagnés dans l'âge adulte et pour lesquels il n'a pas encore été possible d'aménager un lieu de vie autonome.

Cette exigence concerne aussi bien les jeunes résidant dans une structure en Vallée d'Aoste que les jeunes en placement familial, pour lesquels il est impossible, ou inopportun, d'envisager qu'ils réintègrent leur famille d'origine.

La réalisation d'actions au profit de la classe d'âge des 18-21 ans s'avère très importante pour la prévention du risque de déviance et de marginalisation sociale, particulièrement élevé en raison du type de sujets.

Les actions, sur la base de projets individuels conçus en collaboration avec l'équipe socio-sanitaire de référence, sont axées sur les activités de soutien qui visent à :

- renforcer ou cerner le potentiel individuel ;
- encourager la responsabilisation et l'intériorisation des règles ;
- supporter la sphère sentimentale et sexuelle ;
- renforcer la capacité de gérer correctement les ressources économiques ;
- favoriser la recherche d'un emploi et renforcer les moyens utiles au maintien de celui-ci ;
- achever le parcours scolaire ;
- développer la capacité de se comporter en adulte dans les relations de cohabitation.

Description des actions

Aux fins de l'objectif visé, les actions suivantes doivent être réalisées :

1. Mise en œuvre de nouvelles formes de soutien, éventuellement économique, en faveur des familles de placement disposées à accueillir les jeunes même après leur majorité ;
2. Ouverture d'une structure d'accueil temporaire (foyer de transition pour jeunes majeurs) susceptible d'héberger les 18-21 ans pris en charge par les services socio-sanitaires territoriaux ou vivant dans un foyer régional pour adolescents qui ne peuvent réintégrer leur famille d'origine ou de placement, ou qui ne peuvent y rester, et qui nécessitent un accompagnement et un soutien en vue d'atteindre une autonomie personnelle suffisante aux fins de leur insertion sociale ;
3. Définition des caractéristiques de la gestion et des objectifs éducatifs de la structure en cause.

Activité C : Aménagement d'une structure d'accueil d'urgence pour les mineurs étrangers non accompagnés, complémentaire par rapport aux foyers régionaux pour mineurs

Cadre de référence

Il existe en Vallée d'Aoste deux foyers régionaux pour mineurs (huit lits chacun) destinés à accueillir les jeunes abandonnés ou obligés de quitter temporairement leur famille d'origine.

Périodiquement, les organes judiciaires et les forces de l'ordre signalent les mineurs étrangers non accompagnés présents sur le territoire régional et devant être

accueillis et protégés, aux termes des dispositions en vigueur, tant que leur famille d'origine n'est pas trouvée.

Lorsqu'au moment de la communication y afférente aucune place n'est disponible dans l'un des foyers régionaux pour mineurs, les bureaux compétents doivent trouver rapidement un autre hébergement approprié, solution pour laquelle il n'existe actuellement aucune ressource spécifique.

Il s'avère donc nécessaire d'envisager une structure d'accueil d'urgence des mineurs étrangers non accompagnés complémentaire par rapport aux foyers existants et garantissant :

- l'accueil et la familiarisation ;
- le contact et la collaboration avec les organes judiciaires ou les forces de l'ordre ayant signalé les jeunes ;
- la liaison avec la structure de référence ;
- la surveillance et le soin ;
- la personnalisation des activités en fonction de la période de séjour ;
- le soutien scolaire et formatif.

Description des actions

Aux fins de l'objectif visé, les actions suivantes doivent être réalisées :

1. Repérage de locaux adaptés, préférablement dans la ville d'Aoste, pour l'accueil des mineurs étrangers non accompagnés ;
2. Définition des caractéristiques de la gestion et des objectifs du service, éventuellement en collaboration avec les structures compétentes en matière d'éducation et les agences de formation ;
3. Organisation de la prise en charge des mineurs en fonction de leur âge et en liaison avec les deux foyers régionaux.

Objectif n° 23

Développer les initiatives visant à lutter contre les situations de besoin social, eu égard notamment aux handicapés et aux états de dépendance.

Activité A : Actions de soutien destinées aux personnes handicapées et à leurs familles et de renforcement du travail en réseau.

Dans le cadre de l'assistance aux personnes handicapées, l'équipe socio-sanitaire territoriale revêt un rôle primaire et est chargée de réaliser, par des projets personnalisés, un « parcours de vie » pour les personnes handicapées et leurs familles.

Les expériences effectuées dans le cadre de l'assistance aux personnes âgées ont fait ressortir l'opportunité de constituer des unités d'évaluation ad hoc également pour les personnes handicapées, afin de garantir à celles-ci l'égalité d'accès aux services, compte tenu de leurs besoins effectifs et de leurs capacités résiduelles.

Les considérations ci-dessus sont valables également pour l'activité B du présent objectif.

Cadre de référence

La personne, considérée dans la globalité de ses besoins, de ses potentialités et de ses caractéristiques, doit être au centre des initiatives en matière de handicap, ainsi que sa famille, qui représente le facteur d'éducation le plus important avec lequel les institutions et les opérateurs doivent instaurer un rapport de collaboration.

Afin de mieux répondre aux besoins des personnes handicapées et de permettre le plus grand développement de leur autonomie et de leurs capacités résiduelles, le renforcement des services territoriaux existants est en cours et l'agrandissement des centres de jour et d'hébergement est envisagé, tout comme l'ouverture de nouvelles structures.

L'offre actuelle en termes de services territoriaux et de centres de jour et d'hébergement pour les personnes handicapées comprend :

- le service d'accompagnement, d'intégration et d'assistance pour les personnes handicapées ;
- le service d'accueil et d'assistance permanente en faveur des handicapés psychiques et physiques qui n'ont pas la possibilité d'être assistés par leur famille ;
- le service d'assistance pour une vie indépendante des adultes souffrant d'un handicap physique ou sensoriel ;
- les services de jour pour les handicapés psychiques dénommés Centres d'éducation et d'assistance (CEA), qui peuvent accueillir 57 usagers. Actuellement, il y a 4 CEA gérés directement par la Région ;
- le service dénommé « Easy contact » destiné à fournir un soutien dans les nécessités quotidiennes aux sourds-muets et aux malentendants qui peuvent formuler leurs requêtes par l'envoi de SMS (service de messages courts).

Dans le cadre de l'augmentation et de l'amélioration de l'offre, un foyer logement disposant d'appartements équipés de technologies domotiques pour les personnes

handicapées souffrant de graves problèmes de mobilité est en cours d'aménagement dans la commune de Saint-Marcel, et ce, aux fins de l'évaluation de l'utilité et de la valeur ajoutée desdites technologies.

Par ailleurs, il sera procédé à l'ouverture, dans la commune de Montjovet, d'une communauté protégée pour les personnes handicapées dépourvues de soutien familial servant de centre d'hébergement ou offrant un soulagement temporaire.

À l'échelon régional, un dialogue est en train de s'instaurer entre l'établissement public, le Centre de services pour le bénévolat et les organes judiciaires en vue de la mise en place de l'administration de soutien. Cette mesure, institué par la loi n° 6 du 9 janvier 2004, vise à protéger, par des actions de soutien temporaire ou permanent, les personnes handicapées et les personnes âgées qui ne peuvent remplir les fonctions de la vie quotidienne de manière complètement ou partiellement autonome. Toute personne qui, en raison d'un handicap ou d'une infirmité physique ou psychique, est dans l'impossibilité, même partielle ou temporaire, de pourvoir à ses propres intérêts peut être assistée par un administrateur de soutien, nommé par le juge des tutelles de son lieu de résidence ou de domicile.

Aux fins de l'amélioration de la planification des actions en matière de handicap, la création d'une banque informatisée des données sur les personnes handicapées revêt une importance particulière et répond à une logique d'intégration socio-sanitaire, en permettant de disposer d'un recueil complet de données sur l'évolution de la situation de besoin exprimé. Un instrument d'information, déjà conçu, sera mis en place au cours des premiers mois de validité du présent plan.

Dans le cadre des fonctions d'orientation et de planification du ressort de la Région, une importance capitale est accordée à la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) proposée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Cet instrument innovant est accepté comme standard servant à mesurer et à coder la santé et le handicap ; son utilisation aura, entre autres, des retombées importantes sur la pratique médicale, sur la recherche, sur la statistique des populations et sur les politiques socio-sanitaires. Le CIF, en effet, fournit un modèle de référence qui permet de coder une grande gamme d'informations et utilise un langage commun normalisé permettant une bonne communication sur la santé et les soins de santé à une vaste échelle entre les représentants de diverses disciplines et spécialités scientifiques.

Description des actions

Aux fins de la réalisation de l'objectif en question, il est nécessaire :

1. D'amplifier l'offre des communautés protégées pour personnes handicapées, notamment pour ce qui est des personnes dépourvues de soutien familial en raison de l'augmentation de leur espérance de vie et du vieillissement de leur famille ;
2. D'augmenter, en accord avec les collectivités locales, la disponibilité de places auprès des CEA sur tout le territoire régional et d'étendre l'offre y afférente au district n° 1 (Haute Vallée).

Activité B : Aide à l'intégration sociale des personnes handicapées et insertion de celles-ci dans le monde du travail

Cadre de référence

Le Centre agricole d'Ollignan, qui est ouvert depuis un certain nombre d'années, a pour objectif la promotion d'activités occupationnelles et l'apprentissage chez les personnes âgées de 18 à 55 ans, atteintes d'un handicap psychique, physique, intellectif ou sensoriel et ayant des capacités de travail résiduelles. L'activité du centre se base sur la conscience de la nécessité de soutenir les personnes handicapées dans l'application et le développement de leurs capacités résiduelles et de rendre effectif leur droit d'utiliser le plus possible lesdites capacités et de parvenir à un degré plus élevé d'autonomie.

Les objectifs du centre sont les suivants :

- déroulement d'activités occupationnelles, d'éducation et de formation destinées aux personnes atteintes d'un handicap grave ;
- accueil temporaire des sujets psychiatriques se trouvant dans la phase de réinsertion sociale ;
- apprentissage des sujets appartenant aux couches faibles, en collaboration avec les établissements concernés.

Par ailleurs, il existe un service pour les activités occupationnelles et de laboratoire destinées aux personnes atteintes de handicaps psychiques ou physiques moyens ou graves qui ne sont pas aptes à l'insertion dans le monde du travail ordinaire. Aux fins de l'amélioration constante de l'offre, il est prévu d'agrandir l'espace disponible pour le déroulement des activités en question et pour l'éventuelle planification d'autres activités.

Description des actions

Aux fins de la réalisation de l'objectif en question, il est nécessaire :

1. De prévoir un service pédagogique de soutien territorial afin de garantir des parcours différenciés et de développer au maximum les capacités de travail résiduelles dont disposent les personnes handicapées ;
2. D'aménager des laboratoires d'activités occupationnelles ;
3. De promouvoir, dans le cadre des politiques du travail et des activités d'entreprise, des initiatives destinées à favoriser l'insertion professionnelle des personnes handicapées ;
4. De mettre en place des collaborations avec les organismes et les institutions compétents en la matière, afin de favoriser l'insertion professionnelle des personnes handicapées.

Activité C : Démarrage d'une expérimentation de secours social d'urgence

Cadre de référence

Sur le territoire valdôtain, et surtout dans le chef-lieu de la Région, il existe des personnes qui ont des besoins primaires nécessitant des réponses urgentes et d'autres qui se trouvent en situation d'urgence sociale, c'est-à-dire dans une situation où leurs besoins élémentaires de survie doivent être satisfaits sans délai.

Parmi les services de la ville d'Aoste destinés à répondre aux besoins primaires, il y a lieu de signaler :

- l'asile de nuit géré par la Commune d'Aoste, qui dispose de douze lits pour les hommes et d'un lit pour les femmes ;
- la structure dénommée « Abri M. Vincent », dotée de dix-huit lits, utilisée comme asile de nuit depuis 1997 et gérée par *Caritas diocesana* ;
- le service de soupe populaire dénommé « Tavola Amica », le service de douches et la structure d'accueil pour femmes dénommée « Casa Nostra », gérés par des associations bénévoles qui relèvent de *Caritas diocesana* ;
- la structure d'accueil pour femmes seules dénommée « Arcolaio », gérée directement par la Région.

Le Service d'aide sociale professionnel régional est appelé à faire face à l'urgence, tant par le biais des personnels des bureaux de l'Assessorat de la santé, du bien-être et des politiques sociales que de ceux des centres socio-sanitaires territoriaux.

Une définition claire des compétences et des principales modalités d'intervention et de réponse aux besoins urgents permettrait d'intensifier l'efficacité des réponses fournies par les institutions et le bénévolat. Il est donc nécessaire de lancer une action de sensibilisation sur ce problème qui permette d'acquérir la conscience du changement des conditions sociales dans le contexte territorial (vieilles et nouvelles pauvretés) et des besoins présents, ainsi que du fait que les communautés et, notamment, les organismes publics ont des responsabilités quant à la prise en charge dudit problème.

Compte tenu également des dispositions prévues par la lettre b) du quatrième alinéa de l'art. 22 de la loi n° 328 du 8 novembre 2000, qui considère le service de secours social d'urgence comme un niveau essentiel d'assistance dans toutes les zones territoriales, il est donc nécessaire de faire démarrer, en Vallée d'Aoste, une phase d'étude pour l'expérimentation dudit service.

Compte tenu de la précarité dans laquelle vivent de nombreuses personnes, qui risquent de passer d'une condition de vie modeste à une situation de misère, tel qu'il appert du deuxième rapport sur la vulnérabilité et la pauvreté en Vallée d'Aoste, l'étude susdite devra consister également dans la recherche de nouveaux instruments susceptibles de prévenir le risque en question.

Description des actions

Aux fins de la réalisation de l'objectif en question, il est nécessaire :

1. De mettre en place un groupe de travail promotionnel entre les sujets, institutionnels ou non, titulaires de responsabilités et de compétences dans le secteur des urgences ;
2. De définir – sur la base de l'expérience opérationnelle, des données certifiées sur les situations d'urgence et des ressources disponibles (publiques ou non) – un modèle organisationnel permettant de répondre aux urgences sociales, de l'expérimenter et d'étudier d'autres instruments susceptibles de prévenir l'extension de la vulnérabilité.

Objectif n° 24

Assurer la formation continue des professionnels sanitaires et sociaux en fonction de la demande de prestations et de la satisfaction des besoins de la population régionale.

Activité : Suivi des besoins de ressources humaines et définition d'outils homogènes de planification et de formation continue des professionnels sanitaires et sociaux

Cadre de référence

Les ressources humaines qui œuvrent dans le cadre de l'assistance sanitaire et des services d'aide sociale ont toujours joué un rôle particulièrement important, étant donné que le facteur personnel et humain représente l'élément qui influe le plus directement tant sur la qualité et la quantité de l'assistance que sur le degré de satisfaction des usagers des services.

Les processus de changement et d'évolution du système sanitaire et des services d'aide sociale imposent la mise en valeur et l'utilisation efficiente et efficace des ressources humaines, grâce entre autres à des parcours de formation professionnelle attentifs et ciblés, selon les principes prévus par les dispositions en vigueur. En effet, tout processus d'innovation institutionnelle ou organisationnelle nécessite la formation et le recyclage des personnels.

La présence de professionnels qui sont en mesure de répondre aux exigences organisationnelles et d'opérateurs qui font l'objet d'un recyclage continu doit être garantie au sein du service socio-sanitaire régional, afin que le niveau professionnel et technique des différentes figures professionnelles permette d'améliorer l'efficacité et l'efficience des services fournis aux citoyens.

Dans l'état actuel des services sanitaires et d'aide sociale, il y a donc lieu d'évaluer attentivement les carences de figures professionnelles spécifiques tant dans le domaine de l'assistance sanitaire (de médecins spécialistes notamment, en mobilisant l'Agence USL de la Vallée d'Aoste) que dans le domaine social (d'opérateurs socio-sanitaires notamment, avec l'aide des collectivités locales et compte tenu du standard de formation prévu à l'échelon national et régional), afin de mettre au point des parcours de formation et de qualification, éventuellement en collaboration avec les institutions académiques.

Parallèlement, il faut favoriser la promotion du recyclage des opérateurs déjà insérés dans le monde du travail à l'échelon régional, entre autres par des systèmes d'information innovants en matière de formation (formation à distance – FAD), ainsi que de gestion et de soutien des décisions (*Data warehouse*).

Le présent plan régleme, du point de vue normatif, le rôle des sujets qui décident et réalisent les initiatives de formation, de qualification et de recyclage des figures professionnelles dans le domaine sanitaire et de l'aide sociale. Le modèle de référence envisagé prévoit une répartition des compétences articulée comme suit :

- le relevé et l'analyse des besoins de formation et donc de planification, de contrôle et d'évaluation des actions de formation, de qualification et de recyclage des figures professionnelles dans le secteur sanitaire et de l'aide sociale sont attribués aux structures régionales compétentes en la matière ;
- la réalisation des actions de formation, de qualification et de recyclage des figures professionnelles dans le secteur sanitaire est attribuée aux structures de l'Agence USL

- compétentes en la matière, éventuellement en collaboration avec les institutions académiques ;
- la réalisation des actions de formation et de qualification des figures professionnelles dans le secteur de l'aide sociale est attribuée aux établissements de formation publics ou relevant du troisième secteur à l'échelon régional, éventuellement en collaboration avec les institutions académiques.

Les structures régionales du Département de la santé, du bien-être et des politiques sociales compétentes en la matière doivent donc adapter les méthodes de planification et de réalisation des initiatives de formation, de qualification et de recyclage des figures professionnelles dans les secteurs sanitaires et de l'aide sociale et établir, chaque année, les besoins de formation desdites figures, en utilisant à titre prioritaire les financements du Fonds social européen (FSE).

Les structures régionales du Département de la santé, du bien-être et des politiques sociales compétentes en la matière pourront continuer à exercer – de manière subsidiaire par rapport au rôle qui leur est attribué et dans des domaines d'action limités – des compétences en matière de gestion directe des initiatives de qualification et de recyclage des figures professionnelles des secteurs sanitaire et de l'aide sociale appartenant également au troisième secteur.

Ainsi, sera-t-il possible de réduire progressivement la séparation entre les processus de formation des opérateurs sanitaires et ceux des opérateurs de l'aide sociale et d'uniformiser les instruments administratifs régionaux servant à la réalisation desdits processus, dans le respect de la logique de l'intégration maximale des processus de fourniture des prestations sanitaires et d'aide sociale.

Les structures régionales encourageront donc la création de groupes de travail aux fins du partage des objectifs communs pour le recyclage des opérateurs concernés par la réalisation des politiques de la santé et du bien-être social, ainsi que pour la participation de toutes les figures professionnelles intéressées à des initiatives de recyclage.

Description des actions

La Région et les gestionnaires des services sanitaires et d'aide sociale, chacun en ce qui le concerne, doivent prendre des actes ayant pour but :

1. De déterminer le besoin de médecins spécialistes et d'autres professionnels sanitaires et sociaux pour planifier les actions visant à faciliter la formation spécifique ;
2. De conclure des protocoles d'entente et des conventions avec les institutions académiques afin que des postes soient réservés à des étudiants valdôtains dans les disciplines qui souffrent d'une carence en personnel et qu'une partie du stage y afférent puisse être effectuée dans les structures sanitaires et d'aide sociale régionales ;
3. De financer, par l'attribution de chèques de formation, les étudiants qui fréquentent les cours de base et les cours de perfectionnement afin d'encourager leur participation aux parcours de formation nécessaires à la qualification des professionnels dont le système sanitaire et social régional a besoin ;
4. D'organiser chaque année des cours de formation pour opérateurs socio-sanitaires chargés d'activités visant à satisfaire les besoins primaires des usagers et à favoriser le bien-être et l'autonomie de ces derniers, ainsi qu'à garantir, dans le domaine hospitalier, une aide adéquate aux infirmiers, dans le but de parvenir à une assistance hospitalière différente et meilleure ;

5. D'organiser des cours post-universitaires de spécialisation dans les disciplines médicales liées à la montagne et au secours en montagne ;
6. D'achever le développement du système régional d'éducation continue en médecine (ECM) par le recours à la formation à distance (FAD), et ce, pour que tous les opérateurs sanitaires puissent obtenir les crédits de formation prévus, grâce à une offre complète de formation ;
7. De réaliser un nouveau système régional d'information permettant de gérer et de suivre le modèle régional ECM en partant de la requête d'accréditation de l'événement jusqu'à l'enregistrement des crédits, dans le but d'analyser et de contrôler ledit système ;
8. D'encourager la définition du système régional de certification des compétences en vue de la création du répertoire des qualifications professionnelles des opérateurs sociaux et des standards de formation minimaux y afférents.

Objectif n° 25

Soumettre à autorisation toutes les structures et les activités sanitaires et sociales afin de garantir le niveau qualitatif de leurs prestations, ainsi qu'appliquer et développer le régime d'accréditation des structures, des activités et des professionnels du secteur sanitaire et social.

Activité A : Autorisation d'ouvrir des structures et d'exercer des activités dans les secteurs sanitaire, socio-sanitaire, socio-éducatif et de l'aide sociale

Cadre de référence

Le régime d'autorisation tombe sous le coup des dispositions étatiques et régionales en vigueur, notamment des articles 8 bis et 8 ter du décret législatif n° 502 du 30 décembre 1992, tels qu'ils résultent de l'art. 1^{er} du décret législatif n° 229 du 19 juin 1999, portant dispositions pour la rationalisation du Service sanitaire national, au sens de l'art. 1^{er} de la loi n° 419 du 30 novembre 1998 et de l'art. 38 de la loi régionale n° 5 du 25 janvier 2000 modifiée. L'ouverture de structures sanitaires, socio-sanitaires et d'aide sociale et l'exercice d'activités sanitaires ou socio-sanitaires sont soumises à une autorisation du Gouvernement régional, délivrée sur la base des nécessités structurelles et productives, ainsi que des conditions structurelles, organisationnelles et technologiques prévues par la planification sanitaire et d'aide sociale régionale pour chaque classe de structure et type d'activité.

Les modalités et les délais relatifs à la procédure administrative de délivrance des autorisations d'ouvrir des structures et d'exercer des activités dans les secteurs sanitaire, socio-sanitaire, socio-éducatif et de l'aide sociale sont fixés par la délibération du Gouvernement régional n° 2103 du 21 juin 2004.

Le cadre normatif régional est actuellement composé des actes indiqués ci-après :

1. Délibération du Gouvernement régional n° 3148 du 18 septembre 2000, portant approbation des conditions qualitatives et organisationnelles que les services pour l'enfance autres que les crèches doivent réunir, au sens de l'art. 6 de la loi régionale n° 44 du 27 mai 1998 ;
2. Délibération du Gouvernement régional n° 4594 du 2 décembre 2002, portant approbation des conditions que les services pour les personnes handicapées doivent remplir en matière de structure et de gestion ;
3. Délibération du Gouvernement régional n° 1604 du 6 mai 2002, portant approbation des conditions structurelles et organisationnelles minimales que les services et les structures du Département de santé mentale de l'Agence USL de la Vallée d'Aoste doivent réunir ;
4. Délibération du Gouvernement régional n° 5190 du 30 décembre 2002, portant approbation, au sens de l'art. 5 de la loi régionale n° 18/2001, des conditions que les établissements et les services réservés aux mineurs doivent réunir en matière de structure et de gestion ;
5. Délibération du Gouvernement régional n° 3754 du 13 octobre 2003, portant approbation des conditions requises aux fins de l'autorisation de mettre en service des structures privées d'aide aux personnes dépendantes de substances d'abus et de leur accréditation ;
6. Délibération du Gouvernement régional n° 722 du 15 mars 2004, portant approbation des conditions organisationnelles supplémentaires requises pour

l'exercice d'activités socio-sanitaires dans le cadre de structures publiques et privées affectées à résidences sanitaires d'assistance (RSA) ;

7. Délibération du Gouvernement régional n° 4372 du 29 novembre 2004, portant approbation des conditions structurelles, technologiques et organisationnelles que les structures publiques et privées doivent réunir aux fins de la fourniture des prestations vétérinaires, en application de l'accord passé le 26 novembre 2003 entre le Ministère de la santé et les Régions et les Provinces autonomes de Trente et de Bolzano.

Au cours de la période 2002/2005, la procédure d'autorisation a été consolidée pour ce qui est de l'ouverture des structures sanitaires privées et engagée pour ce qui est des structures publiques.

Au cours de la même période, dans le secteur des services d'aide sociale, la procédure d'autorisation relative à l'ouverture de structures socio-éducatives pour la petite enfance et de structures d'aide sociale pour les personnes âgées a été engagée, même si le cadre normatif régional doit encore définir les conditions structurelles et de gestion que les établissements pour les personnes âgées et les crèches doivent remplir.

Par ailleurs, les études effectuées par l'Agence des services sanitaires régionaux (ASSR) sur le domaine d'application des dispositions en vigueur en matière d'autorisation relative aux structures sanitaires et socio-sanitaires ont fait ressortir que celui-ci est passé progressivement de la notion de « complexité particulière » à celle plus générale de « risque pour la sécurité du patient », aux termes du deuxième alinéa de l'art. 8 ter du décret législatif n° 502/1992 modifié. L'extension du régime d'autorisation aux cabinets des médecins généralistes (*MMG*) associés, par exemple, ou des pédiatres de familles (*PLS*) associés entraînera la révision du cadre normatif de référence en matière d'autorisation délivrée aux structures sanitaires et socio-sanitaires et permettra l'amélioration de la qualité de ces dernières.

Dans le cadre de référence décrit ci-dessus, le présent plan va au-delà des dispositions législatives fixant des limites quantitatives et territoriales quant aux autorisations d'ouverture et aux accréditations des nouvelles structures sanitaires, socio-sanitaires, socio-éducatives et d'aide sociale privées. Sur la base des principes, des valeurs, des stratégies, ainsi que des objectifs et des activités du présent plan, le Gouvernement régional, la commission du Conseil compétente entendue, établit les limites quantitatives en matière de prestations sanitaires et sociales nécessaires pour garantir la satisfaction des besoins de santé et de bien-être de la population régionale et pour réduire les listes d'attente, le flux sortant de malades et l'inadéquation desdites prestations. À ce propos, les besoins en termes de soins résidentiels font l'objet de l'annexe du présent objectif, qui fait partie intégrante du présent plan.

Dans le cadre des procédures d'autorisation ou d'accréditation institutionnelle prévues par l'art. 38 de la loi régionale n° 5 du 25 janvier 2000 modifiée, les limites quantitatives en matière de prestations sanitaires et sociales définies par le Gouvernement régional, la commission du Conseil compétente entendue, compte tenu des données relatives au flux sortant de malades enregistrées au cours des trois dernières années et des projections desdites données sur la base de l'évolution des niveaux d'assistance, doivent être respectées. En particulier, aux fins de la délivrance

de l'autorisation et de l'accréditation des nouvelles structures il y a lieu de considérer le fait qu'en Vallée d'Aoste le rapport d'un lit tous les 1 000 habitants réservé à la rééducation et à l'hospitalisation de longue durée n'est pas encore respecté ; priorité sera donc donnée aux structures réservées aux pathologies nécessitant une rééducation, notamment aux pathologies de l'appareil musculaire et squelettique, aux pathologies cardiovasculaires et aux troubles du métabolisme nutritionnel.

À titre transitoire, les dispositions en la matière prévues par le plan socio-sanitaire 2002/2004 demeurent valables jusqu'à l'adoption des actes du ressort du Gouvernement régional.

Description des actions

Aux fins de la réalisation de l'objectif en question, il est nécessaire :

1. De fixer, par délibération du Gouvernement régional, les limites quantitatives en matière de prestations sanitaires et sociales nécessaires pour garantir la satisfaction des besoins de santé et de bien-être social de la population ;
2. De revoir le cadre normatif régional de référence pour le régime d'autorisation, dont le domaine d'application doit passer de la notion de « complexité particulière » à celle plus générale de « risque pour la sécurité du patient » ;
3. De définir et d'appliquer les conditions que les services pour les personnes âgées doivent remplir en matière de structure et de gestion ;
4. De redéfinir et d'appliquer les conditions que les services pour la petite enfance doivent remplir en matière de structure et de gestion ;
5. De redéfinir et d'appliquer les conditions que les services pour le traitement des dépendances pathologiques doivent remplir en matière de structure et de gestion ;
6. De définir et d'appliquer les dispositions régionales en matière d'activité de chirurgie de jour (*day surgery*) ;
7. D'appliquer les procédures d'autorisation d'ouverture des structures vétérinaires publiques et privées.

Activité B : Accréditation des structures, des activités et des professionnels du secteur sanitaire pour que les processus de croissance de la qualité du Service sanitaire régional visent à l'excellence

Cadre de référence

L'on entend par « accréditation » la procédure administrative portant attribution aux structures publiques et privées déjà autorisées, qui en font la demande et qui réunissent les conditions requises, du statut juridique de sujet pouvant fournir les prestations sanitaires et socio-sanitaires pour le compte du Service sanitaire national (SSN), y compris celles relevant des fonds complémentaires prévus par l'art. 9 du décret législatif n° 502/1992 modifié et complété. Les cabinets des médecins conventionnés visés à l'art. 8 dudit décret législatif ne sont pas soumis au régime d'accréditation institutionnelle au titre des prestations faisant l'objet de la convention.

L'autorisation d'exercer des activités sanitaires et d'aide sociale délivrée par la Région, aux termes de l'art. 38 de la loi régionale n° 5 du 25 janvier 2000 modifiée, vaut fondement administratif pour l'accréditation.

La délivrance de l'accréditation n'implique cependant pas d'obligation, pour les administrations publiques et les agences sanitaires locales, de passer des accords contractuels avec les sujets concernés.

Par sa délibération n° 1232 du 26 avril 2004, le Gouvernement régional a, partant, approuvé le manuel contenant les modalités et les délais d'accréditation des structures et des activités sanitaires et socio-sanitaires gérées par des personnes publiques et privées de la Vallée d'Aoste. Depuis l'entrée en vigueur dudit manuel, la procédure prévue a été pleinement appliquée à toutes les structures sanitaires qui ont présenté une demande d'accréditation ou de renouvellement de celle-ci.

Au cours de la période 2002/2005, l'Agence USL de la Vallée d'Aoste a engagé les procédures pour la présentation de la demande d'accréditation, exception faite pour les structures et les activités relatives à l'aire de la prévention, à l'aire territoriale et à l'aire départementale des hospitalisations, qui font l'objet d'une prorogation de l'accréditation provisoire, au sens de la délibération du Gouvernement régional n° 2429 du 29 juillet 2005.

Aux termes de la délibération du Gouvernement régional n° 3754 du 13 octobre 2003 portant approbation des conditions minimales requises aux fins de l'autorisation d'ouverture des services privés d'aide aux personnes dépendantes de substances d'abus et de leur accréditation, la procédure administrative pour la délivrance de l'autorisation d'ouverture et pour l'accréditation desdits services a été engagée.

La pleine application de la procédure administrative a mis en évidence des difficultés dans l'exécution des contrôles auprès des structures ayant demandé l'accréditation, difficultés dues, entre autres, à la carence de professionnels administratifs, techniques et sanitaires capables de procéder auxdits contrôles avec le soin nécessaire.

Enfin, il y a lieu de prendre en considération le développement, à l'échelon national, des formes d'accréditation des activités et des professionnels du domaine de l'aide sociale. Même si le système régional des autorisations des structures, des activités et des professionnels dudit domaine ne s'est pas développé de manière homogène, l'engagement des procédures administratives d'accréditation des activités et des professionnels de certains domaines (tels que les services à la petite enfance) pourrait constituer une phase importante d'expérimentation en vue de l'extension du régime d'accréditation aux autres services d'aide sociale.

Par ailleurs, au cas où l'État pourvoirait à la révision de la réglementation des professions sanitaires, il sera procédé à l'expérimentation de formes d'accréditation des professionnels du domaine sanitaire, y compris les médecines non conventionnelles.

Description des actions

Aux fins de la réalisation de l'objectif en question, il est nécessaire :

1. De renforcer la réglementation régionale en matière d'accréditation afin d'orienter la planification sanitaire et sociale et de garantir la satisfaction des besoins de qualité exprimés par la population ;

2. De maintenir les niveaux actuels d'accréditation et d'étendre le régime d'accréditation à toutes les activités sanitaires, socio-sanitaires et socio-éducatives, publiques et privées ;
3. De définir la réglementation en matière d'accréditation des professionnels du domaine sanitaire et de l'aide sociale, sur la base des lignes directrices établies à l'échelon national.

Objectif n° 26

Élargir le réseau des systèmes d'information sanitaires et sociaux régionaux afin de favoriser l'accès aux services de la part des citoyens et de faciliter les processus de planification et de contrôle des ressources humaines, économiques et technologiques dans le secteur sanitaire et social.

Activité A : Extension du réseau des systèmes d'information sanitaires et sociaux régionaux afin de favoriser l'accès aux services de la part des citoyens et l'activité de communication

Cadre de référence

Le Gouvernement régional a approuvé, par sa délibération n° 2701 du 23 juillet 2001, une étude pour le développement de la société de l'information et le projet de plan régional d'action y afférent qui, s'inspirant des documents adoptés au niveau européen (Plan e-Europe) et au niveau italien (Plan d'action du Gouvernement pour la société de l'information), trace les lignes d'action stratégiques pour que la Vallée d'Aoste aussi puisse exploiter les opportunités offertes par les nouvelles technologies, par un modèle de développement qui tient compte de ses caractéristiques et de ses particularités.

Ladite étude, effectuée par Finaosta SpA et par le Département du système d'information de l'Administration régionale, s'articule en trois axes principaux :

1. Le scénario de référence, au travers d'une analyse du système Vallée d'Aoste en général et du secteur des nouvelles technologies en particulier, pour constater l'état de l'art du secteur des technologies de l'information et la communication (TIC) ainsi que les besoins latents des citoyens, des entreprises et de l'administration publique et leurs attentes pour l'avenir proche ;
2. La description du modèle de référence auquel viser, qui prévoit le déplacement de l'attention des infrastructures aux services et considère l'architecture IP (Protocole Internet) l'essor le plus approprié ;
3. Le projet de plan d'action, qui se propose trois macro-objectifs (améliorer la productivité du secteur public valdôtain, améliorer la qualité de la vie sur le territoire régional et créer des occasions de développement économique et social) et qui est organisé autour d'un certain nombre de volets distinguant les actions visant à la fourniture de services des facteurs habilitants y afférents.

Le Gouvernement régional a repris et actualisé, dans sa délibération n° 1034 du 9 avril 2004, portant approbation du plan pluriannuel pour le développement du système d'information régional au titre de la période 2004-2006 visé à la loi régionale n° 16 du 12 juillet 1996, les lignes d'action susdites, et notamment les interventions de caractère infrastructurel (visant à assurer l'interconnexion et l'interopérabilité des structures publiques au sens large), celles en matière de coopération applicative (avec une attention particulière portée à la transversalité des processus et à l'interéchange d'information entre structures publiques différentes) et celles relatives aux services en ligne (en privilégiant ceux considérés comme prioritaires pour les citoyens et pour les entreprises).

Dans ce contexte, le Département de la santé, du bien-être et des politiques sociales souhaite, en synergie avec le Département du système d'information, donner suite à des projets susceptibles de contribuer à la réalisation de systèmes d'information visant à fournir directement aux citoyens des services dans le secteur de la santé et de l'aide sociale.

Par conséquent, deux projets ont été lancés en 2003, dont le but principal est de favoriser l'accès des citoyens aux prestations sanitaires par l'intermédiaire :

- du système de liaison télématique des médecins généralistes (*MMG*) et des pédiatres de famille (*PLS*) avec les structures hospitalières et territoriales régionales : ce système permet à quelque 60 p. 100 des *MMG* de disposer en temps réel des données d'identification et des données sanitaires de leurs patients. Les données actuellement disponibles sont tirées du fichier des personnes inscrites au service sanitaire régional, des lettres de sortie de l'hôpital et des diagnostics de laboratoire et radiologiques. L'extension de ce système est prévue, aussi bien horizontale (à la totalité des *MMG* et des *PLS*) que verticale (au système de réservation directe des prestations sanitaires et au système des maladies infectieuses). Ainsi, l'Administration régionale et l'Agence USL de la Vallée d'Aoste disposent-elles des données épidémiologiques des patients et des informations sur l'activité prescriptive des *MMG* et des *PLS* ;
- du système d'information des maladies infectieuses (*SIMI*) : ce système, financé par des ressources propres de l'Agence USL, est réalisé sur plate-forme *WEB oriented* et permet de gérer les données en matière d'hygiène et de santé publique, et notamment les obligations de notification et les vaccinations. Il est prévu d'intégrer le *SIMI* dans les logiciels d'application distribués aux *MMG* et aux *PLS*.

Parallèlement, l'expérimentation d'un système d'information de gestion des données d'identification de base de l'aide sociale a commencé à l'échelon régional. Par ce système, les opérateurs du secteur disposeront de données uniformes et certifiées sur les citoyens bénéficiaires des services sociaux – de la petite enfance à la famille et aux personnes handicapées et âgées – et connaîtront d'une manière plus approfondie les besoins de bien-être social exprimés par la population, ce qui permettra à l'Administration régionale et aux autres fournisseurs de services d'offrir une réponse plus appropriée et plus immédiate.

Dans ce contexte, la liaison entre les systèmes de traitement des données d'identification et les systèmes d'information régionaux dans les domaines de la santé et de l'aide sociale revêt une importance particulière. Les initiatives déjà lancées concernent l'introduction et la diffusion de la carte sanitaire (*TS*) pour l'accès aux services sanitaires régionaux, en application des dispositions nationales en matière de contrôle de la dépense sanitaire (loi de finances 2004) et la liaison avec les registres communaux de la population, par l'intermédiaire des services fournis par le centre régional de triage des données d'identification (*CSIA*). Si la carte sanitaire fournit les données d'identification et les données fiscales nécessaires aux fins de l'accès aux prestations sanitaires sur le territoire national, elle vaut également carte européenne d'assurance maladie (*CEAM*) en remplacement du modèle E111 et d'autres modèles, jusqu'ici nécessaires pour bénéficier des prestations sanitaires occasionnelles dans les pays de l'Union européenne autres que l'Italie.

La disponibilité de données d'identification (et de données fiscales) permet de recenser le nombre potentiel et le nombre effectif de bénéficiaires des services sanitaires et sociaux et de relier les systèmes d'information socio-sanitaire au moyen de codes univoques, ce qui contribue à améliorer la connaissance des besoins de santé et de bien-être social exprimés par la population régionale, ainsi que de leur manifestation.

Dans le cadre général de référence, il est enfin nécessaire de donner suite au niveau régional aux actions visant à réaliser des réseaux télématiques à haute vitesse susceptibles de transférer les données des structures centrales à celles périphériques, et vice versa, avec le maximum d'efficacité possible et dans les plus courts délais. En effet, la possibilité de disposer des informations nécessaires en temps réel permet, dans les secteurs sanitaire et social comme dans d'autres secteurs de l'administration publique, surtout sur un territoire principalement montagneux tel que le nôtre,

d'une part de réduire les difficultés d'accès aux services, aussi bien pour les usagers que pour les opérateurs, et d'autre part d'améliorer, en termes général, l'efficacité et l'économicité des services fournis. Dans ce sens, de meilleures synergies seront obtenues avec le projet, plus articulé, de réseau régional de l'administration publique (*RUPAR*).

Dans ce contexte, il est nécessaire de partager le plus possible les objectifs et les politiques de développement des actions de réalisation des infrastructures télématiques à haute vitesse et des services télématiques destinés aux citoyens dans les secteurs sanitaire et social (avec couverture financière assurée), afin de diffuser la culture de l'innovation auprès des catégories professionnelles intéressées et des citoyens.

Description des actions

Aux fins de la réalisation de cet objectif, il est nécessaire de concrétiser le plan de la « Société de l'information » pour ce qui est de l'assistance sanitaire et de l'aide sociale sur le territoire régional, et notamment :

1. De multiplier les actions visant à la réalisation d'infrastructures télématiques à haute vitesse également dans les secteurs sanitaire et social ;
2. D'introduire et de diffuser la carte sanitaire (*TS*) pour l'accès aux services sanitaires régionaux ;
3. D'insérer les données du fichier des personnes inscrites au service sanitaire régional (*SSR*) et de celles bénéficiant des services d'aide sociale dans le fichier du centre régional de triage des données d'identification (*CSIA*) ;
4. De développer le système de gestion des données d'identification de base de l'aide sociale au niveau régional en vue de la conception de nouveaux systèmes de gestion et de l'uniformisation de ceux existants en vue de la fourniture de prestations sociales complexes ;
5. D'étendre verticalement et horizontalement le système de liaison télématique des médecins généralistes (*MMG*) et des pédiatres de famille (*PLS*) avec les structures sanitaires hospitalières et territoriales.

Activité B : Développement du réseau des systèmes d'information sanitaires et sociaux régionaux afin d'encourager les processus de planification et de contrôle des ressources humaines, économiques et technologiques dans les secteurs sanitaire et social

Cadre de référence

Le système régional d'information sanitaire (*SISR*) se caractérise par le fait que seuls deux sujets l'utilisent : l'Administration régionale, qui exerce des fonctions de planification et de contrôle, et l'Agence USL de la Vallée d'Aoste qui, du fait de son autonomie organisationnelle et managériale, remplit des fonctions de gestion.

Le *SISR* est donc utilisé aussi bien par la Région que par l'Agence USL, bien que parfois selon des profils de lecture et d'écriture différenciés.

Les logiciels d'application principalement utilisés dans le cadre du *SISR* sont les suivants :

- *le fichier des personnes inscrites au SSR* : il est géré directement par l'Agence USL de la Vallée d'Aoste, au moyen de son propre logiciel d'application sur plate-forme MEDTRAK. Il contient les données de l'assistance de base (données d'identification, choix du *MMG* ou du *PLS*, exonérations éventuelles, etc.) et la totalité des citoyens ayant droit à l'assistance sanitaire ;

- le système d'information hospitalier (HIS) : il est développé sur plate-forme MEDTRACK. Celle-ci permet de remplir les obligations d'information à l'égard de l'Administration régionale et du Ministère de la santé (notamment pour ce qui est des lettres de sortie de l'hôpital – SDO et du certificat d'assistance à l'accouchement – CEDAP), assure la gestion des listes d'attente via le centre unique de réservation (CUP) et garantit la visualisation des données des logiciels de gestion à usage interne de la structure hospitalière ;
- le système d'information radiologique (RIS) : il utilise des programmes d'application spécifiques – à partir de la deuxième moitié des années 90 – de concert avec le fournisseur du système d'archivage et de communication des images (PACS). Le RIS permet la gestion intégrale sur base numérique du processus diagnostique en radiologie, avec enregistrement des images radiographiques sur un support informatique ou impression sur film. Le projet d'intégration du RIS dans la plate-forme MEDTRACK est en cours d'achèvement ;
- le système d'information des urgences : le système utilisé (SAGO) a été développé de manière ciblée. Comme le RIS, SAGO sera bientôt intégré dans la plate-forme MEDTRAK ;
- les systèmes d'information de support des programmes de dépistage : il s'agit des systèmes d'information verticaux qui permettent la gestion des programmes de dépistage actuellement en cours.

Depuis 2005, les nouveaux logiciels d'application à valeur directionnelle indiqués ci-dessous sont utilisés par l'Administration régionale et par l'Agence USL de la Vallée d'Aoste :

- le Data warehouse socio-sanitaire régional : développé de concert et sur plate-forme SAS® WEB oriented, ce data warehouse permet aujourd'hui de relier, par la « clé » unique de l'utilisateur du SSR cinq différents flux d'information : le fichier des personnes inscrites au service sanitaire régional, les lettres de sortie de l'hôpital, les flux interrégionaux de patients, les données sur la mortalité et le CEDAP ;
- le Data warehouse du personnel du SSR : développé lui aussi de concert et sur plate-forme SAS® WEB oriented, ce data warehouse permet aujourd'hui de relier, par la « clé » unique du numéro matricule du personnel salarié et conventionné du SSR, les données d'identification, juridiques, organisationnelles (y compris les informations sur la formation continue en médecine – ECM) et économiques de ces derniers.

Par ailleurs, les flux d'information relatifs aux prestations territoriales sont en cours de révision, et notamment ceux concernant l'assistance pharmaceutique et l'assistance ambulatoire territoriale.

Dans le cadre de l'aide sociale et des systèmes d'information y afférents, il a été procédé au maintien et au développement de systèmes d'information de support de l'activité effectuée par l'Administration régionale, et notamment :

- du système de gestion des données relatives aux services pour les personnes âgées (ITACA) ;
- du fichier régional des personnes handicapées (ARDI) ;
- du système de gestion des aides aux invalides civiles et aux anciens combattants (SANI) ;
- du système de gestion du service pour la résolution des difficultés scolaires des enfants et des adolescents (DEAS) ;
- du système de gestion du service d'aide éducative à domicile (ADE) ;
- du système de gestion du service pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (HALPI).

Trois nouveaux systèmes d'information de support des services sociaux sont en cours de réalisation : un système d'information pour le service chargé du placement familial des mineurs, un pour le service d'assistance maternelle à domicile et un pour le versement des allocations d'aide sociale.

Dans ce contexte de référence, il y a lieu de poursuivre les initiatives découlant des dispositions nationales en matière de protection de la vie privée et de systèmes de planification et de contrôle du SSR.

Pour ce qui est du décret législatif n° 196 du 30 juin 2003, dénommé « Code en matière de protection des données à caractère personnel », les systèmes d'information dans le secteur de la santé et de l'aide sociale garantissent le plein respect des dispositions prévues par la réglementation en vigueur en la matière. Au titre des trois années de référence, il y a lieu d'introduire l'utilisation de systèmes avancés d'identification des sujets chargés du traitement des données personnelles et sensibles, par l'utilisation entre autres de la « signature électronique sécurisée », ce qui garantit la protection totale desdites données.

Quant au développement des systèmes d'information, de planification et de contrôle du SSR, il y a lieu d'accomplir – par l'adaptation des systèmes d'information existants ou la conception de nouveaux systèmes – les obligations qui découleront de l'achèvement du projet « Mattoni del Servizio sanitario nazionale (SSN) », étroitement lié au nouveau système d'information sanitaire (NSIS).

La conception et le développement du NSIS ont en effet nécessité la mise au point d'un langage commun permettant l'échange d'informations entre le niveau national dudit NSIS et les systèmes sanitaires régionaux. Il a fallu notamment disposer :

- de données classées et codifiées de manière homogène ;
- d'approches homogènes pour la collecte, à l'échelon local du SSN, des données qui sont ensuite rendues disponibles à l'échelon national et régional du SSN ;
- de méthodes partagées d'élaboration de mesures visant à l'équilibre entre la qualité et les coûts du système sanitaire.

Ces éléments communs représentent les « Mattoni » du SSN. Un projet complémentaire et parallèle à celui du NSIS comporte la création de plusieurs groupes de travail chargés des différents thèmes et la participation d'un grand nombre de référents régionaux. Les projets prévus pour la construction des « Mattoni » du SSN concernent la classification des structures ; la classification des prestations ambulatoires ; l'évolution du système national des GHM; les hôpitaux de référence ; les niveaux quantitatifs minimum des prestations ; les délais d'attente ; la mesure de l'adéquation ; la mesure des résultats ; la réalisation du « dossier patient informatisé » ; les prestations pharmaceutiques ; les secours d'urgence et le système 118 ; les services de jour et d'hébergement ; l'assistance primaire et les prestations à domicile ; la mesure des coûts du SSN et l'assistance sanitaire collective.

Description des actions

Aux fins de la réalisation du présent objectif, il est nécessaire :

1. D'introduire l'utilisation de la signature électronique pour les opérateurs du Service sanitaire régional et des services régionaux d'aide sociale ;

2. De réaliser le projet « Mattoni » du SSN, avec une attention particulière à l'égard du développement des systèmes d'information pour la planification et la gestion des prestations sanitaires et socio-sanitaires fournies dans le cadre de l'aire territoriale (y compris le niveau de la santé mentale et des dépendances pathologiques) ;
3. D'adhérer, dans le cadre du projet « Mattone 1 » au système d'information national de classification des structures sanitaires ;
4. De consolider le système d'information hospitalier et territorial sur plate-forme MEDTRAK par l'intégration progressive des systèmes d'information existants (notamment le RIS, le SAGO et les logiciels de gestion des plans de dépistage) et par le développement de nouveaux systèmes d'information (par ex. celui lié aux activités chirurgicales) ;
5. D'étendre et de revoir les systèmes d'information relatifs à la gestion des classements régionaux des médecins généralistes (*MMG*), ainsi qu'à la *SDO* et aux flux de patients ;
6. De revoir les systèmes d'information caractéristiques de l'aire de la prévention, et notamment les registres de la mortalité, des cancers et des accidents ;
7. De réaliser un système régional d'information sur les établissements de production des aliments ;
8. De consolider et de développer une banque de données unique des prestations fournies par le Service sanitaire régional (le « data warehouse socio-sanitaire régional ») et du personnel dudit Service (le « data warehouse du personnel du Service sanitaire régional »), compte tenu également de la planification et de la gestion de la formation continue du personnel sanitaire (Système *ECM*) ;
9. De développer des systèmes de contrôle desservant les principaux logiciels d'application pour la gestion des services d'aide sociale, et notamment des services de placement familial, d'assistance aux personnes handicapées, par la classification internationale (CIF), et d'hébergement des personnes âgées ;
10. De concevoir et de réaliser un système de gestion pour le versement des allocations d'aide sociale et un système d'information directionnelle pour les dossiers relatifs aux aides économiques en faveur des invalides civils.

Objectif n° 27

Concentrer les structures hospitalières dans un centre unique aux fins de l'organisation de l'assistance aux patients aigus en fonction du meilleur rapport entre les typologies des prestations fournies et les ressources utilisées.

Activité : Concentration des structures hospitalières en un centre unique

Cadre de référence

Les lignes directrices que doit suivre le projet de concentration des structures hospitalières en un centre unique doivent prendre en considération les principales tendances des systèmes organisationnels sanitaires, à savoir notamment :

- la réduction de la durée des hospitalisations, dont découle la réduction du nombre de lits ;
- les types de soins, qui entraînent la diversification des lits en fonction des modalités et de l'intensité des soins fournis (soins intensifs, soins continus, hospitalisation ordinaire, hôpital de jour, chirurgie de jour, cabinets de consultation) et non en fonction de la maladie ;
- la création, à titre expérimental, de services d'hospitalisation ne relevant plus des unités opérationnelles mais des départements ;
- l'agencement de l'hôpital en aires fonctionnelles homogènes et cohérentes du point de vue logistique, aux fins de l'organisation de l'activité hospitalière par départements ;
- la sortie précoce des patients, qui exige, en aval de l'hospitalisation, la disponibilité de structures pour les traitements de rééducation et de structures pour les hospitalisations de longue durée.

Ce projet d'unification figure au nombre des projets d'intérêt régional majeur prévus par la loi régionale n° 21 du 17 août 2004.

Description des actions

Aux fins de la réalisation du présent objectif, il est nécessaire, au cours de la période 2006-2008 :

1. De réaliser l'étude de faisabilité prévue par le troisième alinéa de l'art. 3 de la loi régionale n° 21/2004, qui doit prendre en compte les différentes hypothèses de projet de concentration des structures hospitalières en un centre unique ;
2. De mettre en route – en collaboration avec les structures compétentes en la matière, qu'elles appartiennent ou non à l'Administration régionale – les procédures nécessaires pour accéder à des sources alternatives de financement de l'ouvrage en question, à savoir notamment l'État et l'Union européenne ;
3. De choisir et de faire appel, aux fins de l'attribution du mandat de conception et de réalisation dudit ouvrage, à des marchés publics garantissant des modalités et des délais certains d'achèvement des travaux ;
4. De procéder à la conception des ouvrages de construction nécessaires pour concentrer les prestations destinées aux patients aigus fournies par l'Agence USL de la Vallée d'Aoste ;
5. D'entreprendre la réalisation des ouvrages de construction nécessaires pour concentrer les prestations destinées aux patients aigus fournies par l'Agence USL de la Vallée d'Aoste.

Objectif n° 28

Soutenir le processus de renouvellement structurel et technologique des structures et des activités sanitaires et socio-sanitaires régionales, qui doit être proportionnel au degré d'innovation technologique et organisationnelle dans le domaine sanitaire.

Activité : Achèvement des travaux de rénovation et d'entretien extraordinaire du centre hospitalier de l'avenue de Genève, à Aoste, et réalisation de projets ciblés de développement du réseau de l'assistance sanitaire territoriale

Cadre de référence

Au cours des dix dernières années, le processus de renouvellement structurel et technologique des structures et des activités sanitaires et socio-sanitaires régionales a été fortement soutenu par les bénéfices dérivant de l'art. 20 de la loi n° 67 du 11 mars 1988, qui autorise la réalisation d'un plan pluriannuel de travaux de remise en état de bâtiments et de modernisation technologique du patrimoine public dans le secteur de la santé et la construction d'établissements d'hébergement pour les personnes âgées non autonomes.

Ledit plan pluriannuel vise à la conservation et à la modernisation structurelle et technologique du patrimoine public dans le secteur de la santé (hôpitaux, services sanitaires territoriaux, etc.) et au développement d'un réseau d'aide sociale (établissements d'hébergement pour personnes âgées ou non autonomes, structures pour la prévention et l'hygiène sanitaire).

La stratégie envisagée a pour but l'amélioration de l'efficacité, de l'efficacé et de l'adéquation des prestations sanitaires et socio-sanitaires fournies par l'Agence USL de la Vallée d'Aoste. Pour ce faire, ces dernières seront réparties comme suit :

- les soins aux patients aigus, au centre hospitalier unique ;
- les soins post-aigus et la rééducation intensive, dans une ou plusieurs RSA ;
- les soins aux personnes faisant l'objet d'une hospitalisation de longue durée, à l'hôpital Beauregard.

La planification des travaux de rénovation des structures sanitaires par la Région a débuté en 1990 avec l'approbation de la délibération du Gouvernement régional n° 875 du 26 janvier 1990.

Pour la première phase des travaux énumérés dans le tableau ci-après, la Région a obtenu un financement au sens de l'art. 20 de la loi n° 67/1988 s'élevant à 28 558 000 000 de liras (trois premières années). Les travaux ont été réalisés à hauteur de 90 p. 100 uniquement du fait que la mise aux normes anti-incendie est en cours de réalisation par tranches successives, et ce, afin que le fonctionnement du centre hospitalier ne soit pas compromis.

Type d'intervention	Montant du financement (en liras)	Réalisation
Première tranche des travaux urgents de rénovation (Médecine – Neurologie)	7 600 000 000	Oui
Déplacement de la cantine et de la chapelle	950 000 000	Oui
Centrales technologiques du centre hospitalier de l'avenue de Genève	6 300 000 000	Oui
Salle d'opération destinée à la chirurgie vasculaire	1 330 000 000	Oui
Gaz médicaux	792 000 000	Oui
Mise aux normes anti-incendie du centre hospitalier de l'avenue de Genève	6 175 000 000	En cours
Dispensaire polyvalent de Châtillon	1 140 000 000	Oui
RSA et dispensaire polyvalent d'Antey-Saint-André	4 256 000 000	Oui
TOTAL GÉNÉRAL	28 543 000 000	***

Le 21 mars 1997, le *CIPE* a approuvé, par sa délibération publiée au Journal officiel de la République italienne n° 124 du 30 mai 1997, le document proposé par le Ministère de la santé pour la mise en route de la deuxième phase du Plan extraordinaire des investissements prévu par l'art. 20 de la loi n° 67 du 11 mars 1988 modifiée et complétée.

La délibération du Gouvernement régional n° 3320 du 22 septembre 1998 a approuvé le deuxième plan régional en matière de construction sanitaire, aux fins de la mise en route de la deuxième phase du plan extraordinaire prévu par l'art. 20 de la loi n° 67/1988 modifiée. Ledit acte a ensuite été modifié par les délibérations du Gouvernement régional n° 69 du 18 janvier 1999, n° 4822 du 20 décembre 1999 et n° 683 du 12 mars 2001. La Région, sur la base du plan de la deuxième phase triennale, a obtenu les financements pour les travaux énumérés dans le tableau ci-après :

Type d'intervention	Montant du financement (en liras)	Réalisation
Deuxième tranche des travaux urgents de rénovation (Radiothérapie)	30 000 000 000	En cours
RNM et Radiologie	2 500 000 000	Oui
Centrales technologiques du centre hospitalier de l'avenue de Genève – achèvement	8 785 468 000	Oui
Réalisation du "Triangolo"	8 001 000 000	En cours
Mise aux normes des installations technologiques de l'hôpital Beauregard	2 500 000 000	Oui
Agrandissement du dispensaire polyvalent de Donnas	7 914 532 000	Oui
Nouveau siège de l'UB 118 de Châtillon	2 000 000 000	Oui
TOTAL GÉNÉRAL	61 701 000 000	***

Par les délibérations du Gouvernement régional n° 3239 du 25 septembre 2000 et n° 1240 du 8 avril 2002, adoptées au sens de la loi n° 39 du 28 février 1999, il a été approuvé le plan régional à présenter au Ministère de la santé pour la réalisation d'une structure de soins palliatifs dans le cadre du réseau de l'assistance aux malades en phase terminale. Pour la réalisation de cette structure, la Région Vallée d'Aoste a bénéficié de deux financements s'élevant respectivement à 578 431,72 et à 323 664,33 euros. Au cours de 2005, le Ministère de la santé a été saisi de la proposition de réalisation de la structure en cause non pas dans le bâtiment dénommé « Ancienne maternité » d'Aoste, mais bien à l'hôpital Beauregard, dans ladite commune. Le Ministère ayant exprimé un avis favorable, l'Agence USL a été mandatée aux fins de la réalisation des travaux de rénovation et d'entretien extraordinaire nécessaires pour l'ouverture de l'Hospice au cours du premier semestre 2007.

Suite à la publication, le 2 août 2002, de la délibération du Comité interministériel pour la planification économique (Poursuite du plan national des investissements dans le secteur de la santé, au sens de l'art. 20 de la loi n° 67 du 11 mars 1988 et du troisième alinéa de l'art. 83 de la loi n° 388 du 23 décembre 2000), qui prévoyait l'attribution à la Région d'un financement supplémentaire s'élevant à 4 131 655,00 euros, le Gouvernement régional a approuvé, par sa délibération n° 3757 du 13 octobre 2003, un troisième plan des travaux de rénovation et de réhabilitation fonctionnelle du centre hospitalier de l'avenue de Genève, à Aoste, comme il appert du tableau ci-après :

Type d'intervention	Montant du financement (en euros)	Réalisation
Mise aux normes du bloc opératoire du centre hospitalier de l'avenue de Genève	2 112 335,00	En cours
Rénovation du laboratoire d'analyses du centre hospitalier de l'avenue de Genève	1 330 985,00	Non
Déplacement du cabinet de prélèvement du centre hospitalier de l'avenue de Genève	688 335,00	Non
TOTAL GÉNÉRAL	4 131 655,00	***

Aux fins de la réalisation desdits travaux, un accord de programme entre le Ministère de la santé et la Région autonome Vallée d'Aoste a été passé le 13 janvier 2005, de concert avec le Ministère de l'économie et des finances et avec la Conférence permanente pour les rapports entre l'État, les Régions et les Provinces autonomes.

Par ailleurs, la Région autonome Vallée d'Aoste a bénéficié d'un financement de 1 418 336,69 euros, au sens du décret législatif n° 54 du 28 juillet 2000 (Dispositions modifiant et complétant le décret législatif n° 229 du 19 juin 1999, aux fins du renforcement des structures pour l'exercice en libéral des dirigeants sanitaires dans le cadre du plan national pour l'exercice de l'activité libérale au sein des structures publiques).

L'Agence USL a fixé comme objectif la réalisation de 28 nouveaux lits réservés à l'exercice de l'activité libérale, correspondant à 5,40 p. 100 des lits actuellement disponibles, dans le but de garantir une dotation de lits pour toutes les spécialités médicales et chirurgicales, exception faite des unités opérationnelles des urgences et des soins intensifs. Pour ce qui est des cabinets de consultation, le pourcentage destiné au total à l'exercice de l'activité libérale s'élève à 16 p. 100.

Au cours de la période 2002/2005, les procédures pour la cession à titre de prêt à usage des structures sanitaires à l'Agence USL de la Vallée d'Aoste, au sens de l'art. 40 de la loi régionale n° 5 du 25 janvier 2000 modifiée, ainsi que pour la destination des fonds à la requalification du secteur thermal, au sens de la loi régionale n° 38 du 26 mai 1998 modifiée, ont été achevées. Dans l'ensemble, 9 structures sanitaires ont fait l'objet dudit prêt à usage, y compris les immeubles faisant partie des centres hospitaliers de l'avenue de Genève, de Beauregard et de l'ancienne maternité, à Aoste, la résidence sanitaire d'assistance d'Antey-Saint-André et les dispensaires polyvalents de Châtillon et de Donnas. À ce propos, il reste à définir les rapports entre l'Administration régionale et l'Agence USL pour la réglementation de la présence permanente de personnels régionaux dans les structures hospitalières et territoriales de cette dernière.

La cession à titre de prêt à usage des biens immeubles en cause a entraîné l'obligation, pour l'Agence USL, de pourvoir, sur autorisation de la Région, à leur entretien extraordinaire et ordinaire, et ce, grâce aux fonds accordés par l'Administration régionale.

Le modèle de référence indiqué ci-après a été conçu pour les travaux dans le secteur de la construction sanitaire :

- les compétences relatives à la planification et au contrôle des travaux en matière de construction sanitaire sont attribuées au Département de la santé, du bien-être et des politiques sociales ;
- les compétences relatives à la construction de nouveaux ouvrages dans le secteur sanitaire sont attribuées aux structures régionales compétentes en matière de travaux publics ;
- les compétences relatives aux travaux d'entretien extraordinaire et ordinaire dans le secteur sanitaire sont attribuées aux structures techniques et administratives de l'Agence USL.

Dans ce contexte, la Région doit prévoir la réalisation de structures à cycle continu destinées à accueillir des résidences sanitaires d'assistance (RSA) dans le chef-lieu régional ou ses environs, aux fins de la réalisation du dessein stratégique de longue haleine de création d'un pôle de fourniture des prestations sanitaires distinct en fonction de l'intensité des soins. À l'heure actuelle, les coûts estimés de ce projet s'élèvent à 10 millions d'euros.

Ledit projet a pour but l'amélioration de l'efficacité, de l'efficacé et de l'adéquation des prestations sanitaires et socio-sanitaires fournies par l'Agence USL de la Vallée d'Aoste. Pour ce faire, ces dernières seront réparties comme suit :

- les soins aux patients aigus, au centre hospitalier unique ;
- les soins post-aigus et la rééducation intensive, dans une ou plusieurs RSA ;
- les soins aux personnes faisant l'objet d'une hospitalisation de longue durée, à l'hôpital Beauregard.

Le bâtiment dénommé « Ancienne maternité », situé dans la commune d'Aoste, sera destiné à des activités administratives liées à l'assistance sanitaire et à l'aide sociale ou à des activités de soutien de celles-ci.

Pour ce qui est des achats de technologies effectués au cours des dernières années, la Région a viré chaque année à l'Agence USL des crédits en capital s'élevant, à titre indicatif, à 1 p. 100 du financement global. Lesdits crédits se sont avérés souvent insuffisants à couvrir les besoins de l'Agence USL, compte tenu de l'évolution rapide et de l'obsolescence des technologies sanitaires. L'Agence a donc dû faire appel, à plusieurs reprises, à l'excédent de gestion pour couvrir les frais engendrés par l'achat de nouvelles technologies destinées à être utilisées dans les structures publiques qu'elle gère.

Aux fins du développement d'outils avancés de planification et de contrôle des investissements en matière de technologies sanitaires, il est nécessaire d'adopter un système efficace d'information sur le patrimoine technologique sanitaire dont dispose l'Agence USL (inventaire), ainsi qu'un système partagé d'évaluation desdites technologies (*health technology assessment*).

Ce qui permettra également une planification triennale détaillée des achats de technologies sanitaires par l'Agence USL, compte tenu des travaux réalisés dans le secteur de la construction sanitaire et du degré d'obsolescence des technologies disponibles.

Il sera par ailleurs nécessaire de développer l'Observatoire des investissements publics dans le secteur de la santé, qui est lié, entre autres, au système de financement de l'État en matière de construction sanitaire, ainsi que de mettre en route le système de classification des structures sanitaires et socio-sanitaires prévu dans le cadre du projet « Mattoni del Servizio

sanitario nazionale ». Ainsi, sera-t-il possible de disposer de données importantes sur le patrimoine régional des infrastructures et de comparer ce dernier avec celui d'autres régions.

Description des actions

Aux fins de la réalisation du présent objectif, il est nécessaire :

1. D'adopter un modèle de référence pour la réalisation des travaux dans le secteur de la construction sanitaire au sens duquel les compétences relatives à la planification et au contrôle sont attribuées au Département de la santé, du bien-être et des politiques sociales, celles relatives à la construction de nouveaux ouvrages sont attribuées aux structures régionales compétentes en matière de travaux publics et celles relatives aux travaux d'entretien extraordinaire et ordinaire sont attribuées aux structures techniques et administratives de l'Agence USL ;
2. De mettre au point les outils administratifs et financiers nécessaires à la planification triennale des travaux d'entretien extraordinaire que doit réaliser l'Agence USL, y compris ceux d'achèvement de la « troisième phase » ;
3. De charger l'Agence USL à l'effet de concrétiser les actions cofinancées par l'État, à savoir notamment la mise aux normes anti-incendie du centre hospitalier de l'avenue de Genève, l'aménagement d'espaces destinés à l'exercice de la profession libérale, la réalisation de l'Hospice pour les soins aux malades en phase terminale et les autres interventions prévues par la troisième phase des travaux relatifs au centre hospitalier de l'avenue de Genève ;
4. De conclure un contrat avec l'Agence USL aux fins de la réglementation de la présence permanente de personnels régionaux dans les structures hospitalières et territoriales de l'Agence ;
5. D'adopter formellement, en accord avec l'Agence USL, des outils pour une évaluation préalable à l'achat de technologies de la part de cette dernière (*health technology assessment*) ;
6. De réaliser une structure de jour ou à cycle continu destinée à accueillir une résidence sanitaire d'assistance (RSA) dans le chef-lieu régional ou dans ses environs immédiats ;
7. D'entamer les procédures d'accès aux financements prévus à l'échelon national ou européen en matière de construction sanitaire ;
8. D'accéder aux nouveaux systèmes d'informations pour la gestion des données relatives aux investissements structurels et technologiques (Observatoire des investissements public dans le secteur de la santé) et pour la classification des structures sanitaires et socio-sanitaires.

Objectif n° 29

Doter le réseau des services d'aide sociale de structures logistiques appropriées aux fins du soutien du processus de décentralisation de l'assistance sociale.

Activité : Adapter le réseau des infrastructures des services d'aide sociale aux nouveaux besoins de la population régionale, eu égard notamment à la réalisation de projets spécifiques dans le domaine de l'assistance aux personnes âgées et handicapées

Cadre de référence

Au cours de la période 2002/2005, d'importants travaux d'aménagement de structures d'aide sociale ont été réalisés, aux fins du développement des services destinés aux personnes âgées et handicapées, ainsi qu'à la petite enfance.

Dans le cadre des travaux de rénovation, d'agrandissement et d'entretien extraordinaire en vue de la mise aux normes fonctionnelles des structures d'aide sociale destinées aux personnes âgées, la planification régionale se concrétise par deux procédures administratives :

1. Par des actions de finances locales, au sens des dispositions combinées du deuxième alinéa de l'art. 1^{er} et du premier alinéa de l'art. 2 de la loi régionale n° 80 du 21 décembre 1990 modifiée ;
2. Par la prise en charge des travaux par la Région, au sens de l'art. 17 de la loi régionale n° 21 du 15 décembre 2003 modifiée.

La délibération du Gouvernement régional n° 3733 du 25 octobre 2004 a approuvé les critères et les modalités d'accès au financement et de réalisation des travaux d'agrandissement, de rénovation et d'entretien extraordinaire nécessaires aux fins de la mise aux normes fonctionnelles des ouvrages publics destinés aux personnes âgées et infirmes, au sens de l'art. 17 de la loi régionale n° 21 du 15 décembre 2003 modifiée. Dans l'état actuel des choses, la dépense nécessaire pour lesdits travaux est estimée à 5 millions d'euros par an.

Dans le cadre des services destinés à l'assistance des personnes âgées, la propriété de huit structures de la Région (situées à Brusson, Cogne, Fénis, Gaby, Gressan, La Thuile, Perloz et Verrayes) est en cours de transfert aux collectivités locales qui les gèrent, au sens du deuxième alinéa de l'art. 40 de la loi régionale n° 5 du 25 janvier 2000 modifiée. Le transfert de la propriété des structures susmentionnées est, par ailleurs, directement lié à la disposition établissant que la gestion de celles-ci est du ressort exclusif des Communautés de montagne approuvée par la délibération du Gouvernement régional n° 1164 du 18 avril 2005.

Pour ce qui est des structures destinées à l'assistance des personnes handicapées, les actions prévues par le plan socio-sanitaire 2002/2004 ont été réalisées, à savoir l'agrandissement du siège du centre d'éducation et d'assistance (CEA) de Châtillon, auprès de la structure propriété de la Région dénommée « Ex casa De Matteis », et l'aménagement d'un nouveau CEA dans la commune de Hône.

Dans ce contexte, en 2004, le CEA de Quart a été transféré dans les locaux du centre agricole pour les personnes handicapées d'Ollignan, dans la commune de

Quart, afin que les usagers et les opérateurs puissent disposer d'une structure plus adéquate dans laquelle effectuer leurs activités ; le siège du CEA de Châtillon étant en cours d'agrandissement, suivant les indications des projets définitif et d'exécution, le service en cause est fourni, à titre temporaire, dans un immeuble propriété de la Commune, à Perolle de Châtillon.

Le CEA destiné à accueillir les usagers des CEA de Quart et d'Aoste ne sera pas situé dans les locaux au rez-de-chaussée de l'ancienne maternité, dans la commune d'Aoste. En effet, il a été considéré que les 25-30 usagers prévus doivent être accueillis dans une nouvelle structure, à Aoste ou dans ses environs. Une structure moderne, située dans un contexte urbain et dotée d'espaces verts appropriés permettrait à l'Administration régionale de mieux utiliser les ressources humaines et technologiques. Dans l'état actuel des choses, la dépense nécessaire pour réaliser les travaux en question est estimée à 5 millions d'euros. Pareillement, les usagers de la haute vallée auront la possibilité de bénéficier d'une structure supplémentaire située, du point de vue logistique, dans une meilleure position par rapport à celles à proximité du chef-lieu régional.

La réalisation d'une nouvelle structure au chef-lieu régional ou dans les alentours permettrait, entre autres, d'augmenter les places disponibles dans la communauté pour mineurs « Petit Foyer » qui, de nos jours, est située dans le même immeuble que celui où se trouve le CEA d'Aoste.

La réalisation d'un nouveau CEA dans la commune de Hône est justifiée par l'exigence de créer une structure unique où accueillir les services qui sont actuellement fournis au rez-de-chaussée du centre pour personnes âgées situé dans ladite commune et dans une structure située à Champdepraz. Ce nouveau CEA est, partant, prévu dans le cadre d'un accord de programme plus général passé avec la Commune de Hône pour la réalisation d'un certain nombre de travaux de requalification urbanistique. Par ailleurs, l'utilisation des structures à vocation touristique à des fins sociales pourrait connaître un important développement.

Pour ce qui est des structures d'aide sociale à la petite enfance, le financement régional pour la réalisation des crèches est réglementé par la loi régionale n° 77 du 15 décembre 1994, qui prévoit que les dépenses relatives à la conception, à la réalisation, à la remise en état, à l'achat de mobilier et d'équipements, ainsi qu'à l'entretien extraordinaire des crèches sont financées par la Région sur la base de plans triennaux approuvés par le Conseil régional, sur proposition du Gouvernement régional. Afin de pouvoir répondre aux éventuels nouveaux besoins de la population dans le domaine de la petite enfance, il serait par ailleurs opportun de décider, de concert avec le Conseil permanent des collectivités locales, les modalités de financement de la construction d'autres crèches, le cas échéant par des actions directes de la Région.

Dans ce contexte général, il s'avère nécessaire de garantir le meilleur partage possible des espaces physiques à l'intérieur des structures socio-sanitaires ou d'aide sociale entre les personnels de la Région, ceux des collectivités locales et ceux de l'Agence USL et ce, par la passation d'accords qui assurent des conditions de travail optimales et la possibilité, pour tous les personnels intéressés, d'utiliser les structures en question, et qui favorisent ainsi l'intégration socio-sanitaire.

Description des actions

Aux fins de la réalisation de l'objectif en question, il est nécessaire :

1. De compléter le transfert aux organismes gestionnaires des biens immeubles propriété de la Région destinés à l'assistance des personnes âgées, au sens de l'art. 40 de la loi régionale n° 5/2000 modifiée ;
2. D'adopter un plan pluriannuel de financement des travaux de mise aux normes fonctionnelles des structures destinées à l'assistance des personnes âgées, compte tenu également du respect des conditions structurelles et organisationnelles requises pour le fonctionnement desdites structures ;
3. D'adopter un plan pluriannuel de financement des travaux de réalisation et de mise aux normes fonctionnelles des structures socio-éducatives, eu égard notamment aux crèches ;
4. De faire démarrer la conception des travaux de réalisation des deux nouveaux centres d'éducation et d'assistance (CEA) à Hône et au chef-lieu régional ou dans les alentours ;
5. De définir, en accord avec le Conseil permanent des collectivités locales, les procédures pour la réglementation de la coprésence des opérateurs sanitaires et sociaux, même appartenant à des organismes différents, dans les structures socio-sanitaires et d'aide sociale situées sur le territoire régional, en leur garantissant des conditions de travail optimales et en favorisant l'intégration socio-sanitaire.

Objectif n° 30

Soutenir les actions du présent plan par des ressources financières adéquates.

Activités : Détermination des critères de financement des actions nécessaires aux fins de la satisfaction des besoins de santé et de bien-être social

Cadre de référence

L'orientation des services vers la satisfaction des besoins de santé, l'intégration des services sanitaires et des services d'aide sociale, l'introduction des niveaux essentiels des prestations sociales et le développement d'une organisation à base territoriale sont autant de stratégies qui nécessitent qu'une attention particulière soit accordée au rapport entre les activités et les ressources utilisées et, notamment, à la certitude des sources de financement.

Le tableau ci-après fait état, à titre général et spécifique, des fonds régionaux globalement utilisés dans les différents secteurs (données historiques – prévision en début d'année) :

	EXERCICES FINANCIERS							
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Dépenses totales à la charge du budget régional (y compris les comptabilités spéciales)	2 038 350 540	2 027 276 000	1 939 655 000	2 108 376 000	2 130 176 000	2 257 239 000	2 246 642 000	2 276 665 000
	VALEURS ABSOLUES							
Dépenses pour la santé	166 599 699	225 642 148	210 213 476	229 580 279	233 668 890	251 480 856	256 537 791	265 500 791
Dépenses pour les politiques sociales	51 081 407	47 823 268	51 431 194	59 690 983	61 800 130	67 807 734	67 334 000	68 520 000
Dépenses pour les ressources	16 968 191	19 728 536	14 483 757	11 333 103	11 948 320	13 382 500	33 037 500	36 847 500
Total des dépenses sociales et sanitaires	234 649 298	293 193 952	276 128 427	300 604 365	307 417 340	332 671 090	356 909 291	370 868 291
	VALEURS EN POURCENTAGE							
Dépenses pour la santé	8,17%	11,13%	10,84%	10,89%	10,97%	11,14%	11,42%	11,66%
Dépenses pour les politiques sociales	2,51%	2,36%	2,65%	2,83%	2,90%	3,00%	3,00%	3,01%
Dépenses pour les ressources	0,83%	0,97%	0,75%	0,54%	0,56%	0,59%	1,47%	1,62%
Total des dépenses sociales et sanitaires	11,51%	14,46%	14,24%	14,26%	14,43%	14,74%	15,89%	16,29%

L'examen des données issues des documents comptables prévisionnels de la période 2001/2008 fait ressortir que les dépenses sociales et sanitaires ont une incidence de plus en plus grande sur le budget régional.

Les dépenses de santé sont représentées, pour la plupart, par les crédits versés à l'Agence USL de la Vallée d'Aoste pour les dépenses de fonctionnement, conformément aux dispositions de l'art. 34 de la loi n° 724 du 23 décembre 1994 (Mesures de rationalisation des finances publiques – Loi de finances 1995), au sens duquel la Région doit pourvoir, de manière autonome, au financement du Service sanitaire régional « sans aucun apport du budget de l'État, en utilisant, à titre prioritaire, les recettes dérivant des allocations qui lui sont attribuées [...] et, à titre complémentaire, les crédits inscrits à ses budgets ».

L'analyse du compte économique des cinq derniers exercices, opportunément classé jusqu'au niveau du résultat opérationnel, fait ressortir les indications suivantes :

- les crédits pour les dépenses de fonctionnement (204 millions d'euros en 2004) représentent, dans chacune des années prises en considération, environ 94/95 p. 100 de la valeur de production ; les autres composantes des recettes (revenus et recettes

diverses, coûts capitalisés et concours aux dépenses de santé) ont chacune une incidence de 2 p. 100 environ ;

Compte économique (en millions d'euros)	2000	en %	2001	en %	2002	en %	2003	en %	2004	en %
Crédits pour les dépenses de fonctionnement	153,8	95,56%	150,7	94,39%	190,2	95,08%	194,6	94,10%	204,2	93,99%
Revenus et recettes diverses	2,8	1,73%	3,4	2,14%	3,3	1,67%	4,2	2,03%	4,4	2,03%
Concours, recouvrements, remboursements pour des activités caractéristiques	0,3	0,18%	0,6	0,36%	0,6	0,28%	0,5	0,23%	0,6	0,27%
Concours aux dépenses de santé	2,9	1,80%	2,9	1,83%	3,0	1,50%	3,3	1,60%	3,8	1,76%
Coûts capitalisés	1,2	0,73%	2,0	1,28%	2,9	1,47%	4,2	2,05%	4,2	1,95%
VALEUR DE LA PRODUCTION	161,0	100%	159,7	100%	200,1	100%	206,8	100%	217,2	100%
Coût pour l'achat de biens	18,7	9,06%	17,4	8,39%	19,3	9,35%	20,8	10,07%	22,9	10,56%
Coût pour l'achat de prestations sanitaires fournies par le secteur public	5,7	2,77%	1,1	0,52%	1,6	0,77%	2,1	1,00%	2,2	1,00%
Coût pour l'achat de prestations sanitaires fournies par des privés	44,5	21,50%	50,5	24,42%	52,3	25,31%	56,1	27,16%	62,2	28,62%
Coût pour l'achat de prestations non sanitaires fournies par des privés	5,5	2,65%	7,8	3,76%	8,0	3,88%	7,6	3,65%	7,9	3,63%
Coût pour l'entretien et les réparations	5,3	2,54%	5,1	2,46%	5,0	2,41%	4,8	2,34%	5,2	2,42%
Coût pour l'utilisation de biens appartenant à des tiers	2,9	1,42%	3,7	1,79%	4,1	1,96%	3,9	1,89%	4,1	1,89%
Variation des restes sanitaires et non	-1,2	-0,59%	0,4	0,20%	-0,3	-0,13%	1,3	0,63%	0,2	0,07%
Frais de gestion divers	10,3	4,96%	10,9	5,29%	5,5	2,64%	6,5	3,15%	7,7	3,56%
Total coût pour l'achat de biens et de services op.	91,6	56,92%	96,9	60,65%	95,5	47,74%	103,2	49,89%	112,4	51,76%
VALEUR AJOUTÉE	69,4	43,08%	62,8	39,35%	104,6	52,26%	103,6	50,11%	104,8	48,24%
Salaires, traitements, cotisations sociales et autres - P. sanitaire	61,9	29,96%	63,5	30,73%	65,7	31,79%	66,9	32,35%	70,4	32,41%
Salaires, traitements, cotisations sociales et autres - Professionnels	0,1	0,06%	0,2	0,10%	0,3	0,14%	0,3	0,15%	0,3	0,13%
Salaires, traitements, cotisations sociales et autres - P. technique	12,3	5,93%	12,6	6,07%	12,6	6,09%	12,3	5,97%	12,8	5,87%
Salaires, traitements, cotisations sociales et autres - P. administratif	7,2	3,47%	7,9	3,82%	7,9	3,84%	8,3	4,00%	8,8	4,05%
Indemnité de départ, fonds de pension et similaires	0,0	0,00%	0,0	0,00%	0,0	0,00%	0,0	0,00%	0,0	0,00%
Coût du travail	81,5	50,63%	84,2	52,71%	86,6	43,26%	87,8	42,46%	92,2	42,46%
MARGE OPÉRATIONNELLE BRUTE	-12,2	-7,55%	-21,3	-13,35%	18,0	9,00%	15,8	7,65%	12,5	5,78%
Amortissement des immobilisations immatérielles	0,6		1,1		1,6		1,8		1,4	
Amortissement des immobilisations matérielles	0,5		0,9		1,4		2,4		2,9	
Autres dévaluations des immobilisations	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	
Dévaluation d'actifs à B/T	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	
Provisions pour risque	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	
Autres provisions	0,0		0,0		5,5		4,3		0,7	
Amortissements, dévaluations et provisions	1,2	0,76%	2,1	1,31%	8,4	4,21%	8,6	4,14%	5,0	2,29%
RÉSULTAT OPÉRATIONNEL	-13,4	-8,31%	-23,4	-14,66%	9,6	4,79%	7,2	3,50%	7,6	3,48%

- il est à remarquer une augmentation progressive tant de la valeur de la production que des crédits de 20/25 p. 100 entre 1999 et 2000 et entre 2001 et 2002 ; en substance, la situation de 2003 n'avait pas changé, alors que l'année 2004 a été caractérisée par une légère augmentation (+3 p. 100) par rapport à l'inflation.

Postes du budget	Année 2000	Année 2001	Année 2002	Année 2003	Année
Valeur de la production	19,4%	-0,8%	25,3%	3,3%	5,0
Valeur de la valeur de la production compte tenu de la déflation	16,4%	-3,4%	22,3%	0,9%	3,0
Crédits pour les dépenses de fonctionnement	19,1%	-2,0%	26,2%	2,3%	4,9
Crédits pour les dépenses de fonctionnement compte tenu de la déflation	16,1%	-4,6%	23,2%	-0,2%	2,9

- les coûts relatifs au personnel, aux prestations fournies par des tiers (notamment, les prestations sanitaires fournies par des privés) et à l'achat de biens représentent entre 85 et 90 p. 100 de la valeur de la production.

Coûts	Année 2000	Progr. %	Année 2001	Progr. %	Année 2002	Progr. %	Année 2003	Progr. %	Année 2004	Progr. %
Coût du travail	81,5	50,63%	84,2	52,71%	86,6	43,26%	87,8	42,46%	92,2	42,46%
Coût pour l'achat de prestations sanitaires fournies par des privés	44,5	72,14%	50,5	77,13%	52,3	68,57%	56,1	69,62%	62,2	71,09%
Coût pour l'achat de biens	18,7	81,20%	17,4	85,52%	19,3	77,92%	20,8	79,69%	22,9	81,65%
Coût pour l'achat de prestations non sanitaires fournies par des privés	5,5	83,84%	7,8	89,29%	8,0	81,80%	7,6	83,34%	7,9	85,28%
Coût pour l'achat de prestations sanitaires fournies par le secteur public	5,7	86,61%	1,1	89,81%	1,6	82,57%	2,1	84,35%	2,2	86,28%

- il ressort du rapport annexé au budget 2004 qu'une partie considérable des coûts ne découlent pas entièrement des choix de gestion de l'Agence, mais de décisions prises à l'échelon des administrations centrales de l'État (voir par ex. les conventions collectives des personnels des filières et des dirigeants du secteur médical et des secteurs liés à ce dernier).

Les données indiquées ci-dessus font prévoir une augmentation des crédits pour les dépenses de fonctionnement d'au moins deux points par rapport au taux d'inflation ; cette augmentation peut être supérieure si des besoins supplémentaires surgissent, dérivant du renforcement ou de l'introduction de nouvelles activités sanitaires et socio-sanitaires ou de dépenses obligatoires engendrées par la convention nationale du secteur.

Pour ce qui est des investissements en capital, la Région a viré chaque année à l'Agence USL des crédits équivalant en moyenne à 2,5 p. 100 du financement global. Lesdits crédits se sont souvent avérés insuffisants à couvrir les besoins de l'Agence USL, compte tenu de la cession à titre de prêt à usage des biens immeubles propriété régionale destinés à des activités sanitaires (ce qui a engendré l'obligation de l'entretien extraordinaire desdits biens), ainsi que de l'évolution rapide et de l'obsolescence des systèmes d'information et des technologies sanitaires. L'Agence a donc dû faire appel, à plusieurs reprises, à l'excédent de gestion pour disposer des ressources nécessaires aux fins des investissements en capital.

D'après les analyses récentes effectuées à l'échelon national, les dépenses de santé par personne que la Région autonome Vallée d'Aoste a supportées pour la fourniture des niveaux essentiels d'assistance (LEA) au titre de 2002 s'élèvent à 1 688,00 euros environ, soit +19,8 p. 100 par rapport à la moyenne nationale, qui est de 1 409,00 euros. Il s'agit là de la valeur absolue la plus élevée après celle de la Province autonome de Bolzano.

D'après les données relatives à 2002, la dépense par personne est composée comme suit :

- 103 euros sont destinés à l'assistance sanitaire collective dans les milieux de vie et de travail, ce qui correspond à +89 p. 100 par rapport à la moyenne nationale, qui est de 55 euros. Ledit montant comprend également les dépenses relatives à la santé vétérinaire ;
- 750 euros sont destinés à l'assistance territoriale de district (+7,3 p. 100 par rapport à la moyenne nationale, qui est de 699 euros), et notamment 223 euros à l'assistance spécialisée ambulatoire (+23,2 p. 100 par rapport à la moyenne nationale, qui est de 181 euros), 183 euros à l'assistance pharmaceutique territoriale (-12 p. 100 par rapport à la moyenne nationale, qui est de 207 euros), 11,2 euros à l'assistance territoriale ambulatoire et à domicile en faveur des personnes âgées non autonomes (-18 p. 100 par rapport à la moyenne nationale, qui est de 13,7 euros) et 5,4 euros à l'assistance territoriale (centres d'hébergement et de jour) pour personnes âgées non autonomes (-75

- p. 100 par rapport à la moyenne nationale, qui est de 38,2 euros) ; il y a lieu toutefois de préciser que cette dernière donnée ne tient pas compte des dépenses relatives au secteur social indiquées ci-après ;
- 835 euros pour l'assistance hospitalière (+27 p. 100 par rapport à la moyenne nationale, qui est de 657 euros).

Les principales catégories de dépenses pour l'assistance sanitaire témoignent du fait que la fourniture des prestations sanitaires en Vallée d'Aoste est influencée par les conditions géographiques, orographiques et climatiques particulières des zones de montagne, comme le préambule du présent plan l'a mis en évidence. Une dépense par personne plus élevée de 20 p. 100 par rapport à la moyenne nationale s'avère donc conforme aux indications de la commission chargée des problèmes de la santé dans les zones de montagne créée par le Ministère de la santé.

Pour ce qui est de l'examen des dépenses sociales, il est fait appel aux indicateurs fixés par la délibération du Gouvernement régional n° 2453 du 19 juillet 2004.

Les premiers indicateurs se rapportent à la consistance globale de la dépense pour les politiques sociales, avec une attention particulière aux différentes aires d'action et aux trois dernières années (2002-2004). Au cours de la dernière année prise en considération, l'allocation définitive se chiffre à 63 481 709,00 euros, avec une augmentation de 8 700 000,00 euros (+15,9 p. 100) par rapport à 2002.

Aire d'action globale	Allocation finale 2002	Allocation finale 2003	Allocation finale 2004
Personnes âgées et handicapées	27 052 387	31 146 596	27 635 051
Formation	69 700	50 000	45 000
Fonctionnement	274 887	400 943	377 500
Invalides et autres mesures d'assistance	20 591 958	22 044 000	24 200 000
Mineurs et familles	5 980 450	6 145 532	9 648 228
Politiques migratoires	175 877	150 000	600 000
Pauvreté et exclusion sociale	399 314	675 000	809 800
Toxicomanies et santé mentale	224 073	224 000	150 000
Autres finalités	0	46 799	16 130
Total	54 768 646	60 882 870	63 481 709

Au cours des années concernées, l'on observe que le pourcentage des dépenses le plus élevé correspond aux aires d'action relatives aux personnes âgées et handicapées (50,2 p. 100 en 2002, 51,1 p. 100 en 2003 et 44,2 p. 100 en 2004), aux invalides (respectivement 36,6, 36,2 et 37,4 p. 100) et aux mineurs et aux familles (respectivement 11,1, 10,1 et 15,3 p.100). Pour les aires d'action restantes, le pourcentage des dépenses globales est inférieur à 1 point.

Aire d'action globale	% de la dépense par aire d'action 2002	% de la dépense par aire d'action 2003	% de la dépense par aire d'action 2004
Personnes âgées et handicapées	50,28%	51,16%	44,24%
Formation	0,13%	0,08%	0,07%
Fonctionnement	0,45%	0,66%	0,61%
Invalides et autres mesures d'assistance	36,67%	36,21%	37,44%
Mineurs et familles	11,11%	10,09%	15,27%
Politiques migratoires	0,33%	0,25%	0,98%
Pauvreté et exclusion sociale	0,62%	1,11%	1,11%
Toxicomanies et santé mentale	0,42%	0,37%	0,24%
Autres finalités	0,00%	0,08%	0,03%
Total	100,00	100,00	100%

La deuxième catégorie d'indicateurs concerne le Fonds national pour les politiques sociales et analyse les dépenses engagées par aires d'action au cours de la même période. En général, la dépense relative au fonds en cause a augmenté de 28,7 p. 100 au cours des trois dernières années, en passant de 2 226 537,00 euros à 2 866 130,00 euros. La distribution des dépenses effectivement supportées par aire d'action n'a pas été la même au cours des trois années analysées : en 2002, lesdites dépenses ont concerné essentiellement l'aire des personnes âgées et handicapées (61 p. 100), des toxicomanies (10 p. 100) et du fonctionnement (10 p. 100) ; en 2003, leur distribution a été plus uniforme, avec toutefois des pourcentages plus élevés pour les aires des personnes âgées et handicapées (38 p. 100), de l'enfance et de l'adolescence (19 p. 100) et du fonctionnement (14 p. 100) ; l'année 2004, enfin, a été caractérisée par un meilleur équilibre entre les dépenses relatives aux aires des personnes âgées et handicapées, celles relatives aux politiques migratoires et celles relatives à la petite enfance.

Aire d'action du Fonds national pour les politiques sociales	Dépense engagée 2002	Dépense engagée 2003	Dépense engagée 2004
Personnes âgées et handicapées	1 354 966	950 000	850 000
Fonctionnement	222 655	350 000	350 000
Enfance et adolescence	157 866	464 667	300 000
Politiques migratoires	175 877	150 000	600 000
Pauvreté et exclusion sociale	67 000	100 000	0
Petite enfance	24 100	200 000	600 000
Toxicomanies et santé mentale	224 073	224 000	150 000
Autres finalités	0	46 799	16 130
Total	2 226 537	2 485 466	2 866 130

La consistance du Fonds régional pour les politiques sociales et sa répartition entre allocations et dépenses engagées représentent le troisième type d'indicateurs proposés pour décrire les dépenses de santé et d'aide sociale en Vallée d'Aoste.

Comme pour les autres fonds pris en considération, les fonds régionaux ont augmenté au cours des deux dernières années en passant de 14 547 411,00 euros en 2002 à 15 185 948,00 en 2003 (+4,2 p. 100) et à 16 659 604,00 euros en 2004 (+9,7 p. 100). Les aires d'action ayant une plus grande incidence sont celles des personnes âgées et handicapées (52 p. 100 en 2002, 55 p. 100 en 2003 et 52 p. 100 en 2004) et des mineurs et des familles (40 p. 100 en 2002, 36 p. 100 en 2003 et 40 p. 100 en 2004).

Aire d'action du Fonds régional pour les politiques sociales	Allocation 2002	Allocation 2003	Allocation 2004
Personnes âgées et handicapées	7 560 519	8 461 962	8 695 051
Formation	69 700	50 000	45 000
Fonctionnement	52 232	50 943	27 500
Invalides et autres mesures d'assistance	734 162	709 000	532 000
Mineurs et familles	5 798 484	575 000	809 800
Pauvreté et exclusion sociale	332 314	5 339 043	6 550 253
Total	14 547 411	15 185 948	16 659 604
Total du budget régional	2 027 276 000	1 939 655 000	2 108 376 000
Incidence sur le budget régional	0,72%	0,79%	0,79%

En sus des fonds susmentionnés, la dépense régionale pour les politiques sociales comprend les crédits destinés au versement des aides en faveur des invalides civils et à la réalisation d'autres mesures d'aide sociale, dont le montant a été de 19 857 796,00 euros en 2002, de 21 335 000,00 euros en 2003 et de 23 758 000,00 euros en 2004, ainsi que les

investissements en capital destinés, au cours des trois dernières années, aux structures d'aide sociale pour les personnes âgées, qui, au cours de la période 2002/2004, sont passés de 3 521 727,00 euros à 6 460 867,00 euros.

Dépenses régionales relatives à l'aire « Invalides et autres mesures d'assistance » ne relevant pas du Fonds social régional			
Année	Allocation	Dépense engagée	Différence
2002	19 857 796	18 824 795	1 033 011
2003	21 335 000	21 245 000	90 000
2004	23 758 000	22 571 507	1 186 493

Investissements pour l'aire d'action « Personnes âgées et handicapées »			
Année	Allocation	Dépense engagée	Différence
2002	3 521 272	3 366 336	154 936
2003	4 934 634	4 933 042	1 592
2004	6 460 867	6 124 029	336 838

Une remarque à part doit être effectuée pour les mesures de finances locales destinées à la couverture des dépenses supportées par les collectivités locales dans le cadre des services sociaux qui, au cours des trois années concernées, ont progressivement augmenté jusqu'à atteindre un tiers environ de la dépense sociale générale.

Mesures en matière de finances locales			
Année	Allocation	Dépense engagée	Différence
2002	14 615 630	14 615 630	0
2003	16 800 000	16 800 000	0
2004	20 197 975	20 197 975	0

À ce propos, le plan socio-sanitaire régional 2002/2004 prévoyait déjà la création d'un fonds régional pour les politiques sociales – sans distinction entre les dépenses directes de la Région et les finances locales – en tant que modalité de gestion financière susceptible de permettre la réalisation des objectifs suivants :

- valorisation de l'autonomie décisionnelle des collectivités locales chargées de la gestion des services socio-éducatifs et d'aide sociale, selon les modalités établies par la planification régionale ;
- exercice des fonctions de planification, d'orientation, de coordination et de contrôle de la part de la Région ;
- simplification et accélération des modalités de versement des financements et de vérification des niveaux et de la qualité de la dépense.

Le présent cadre de référence met donc en évidence :

- l'incidence croissante de la dépense sanitaire et sociale sur le budget régional, qui s'ajoute à une gestion seulement partielle de ladite dépense ;
- l'absence quasi totale de sources autres que les crédits du budget régional pour le financement de la dépense sanitaire et sociale, ainsi que le faible apport de ressources de l'État et de l'Union européenne ;
- la couverture seulement partielle des dépenses en capital du ressort de l'Agence USL pour l'entretien extraordinaire des structures sanitaires et d'aide sociale, ainsi que pour l'achat et l'entretien des technologies et des systèmes d'information dans le secteur de la santé ;
- la nécessité d'établir un critère contraignant et constant dans le temps pour la définition du montant des ressources financières attribuées au Fonds régional pour les politiques sociales ;

- le besoin d'une confrontation avec les collectivités locales sur l'équité de la création d'un fonds destiné obligatoirement à la fourniture de prestations socio-éducatives et d'aide sociale et de la définition de critères de répartition du Fonds pour les politiques sociales à attribuer auxdites collectivités ;
- l'exigence d'un lien direct entre l'accès aux financements régionaux des établissements qui fournissent les prestations sanitaires et d'aide sociale et la garantie d'un niveau qualitatif minimum desdites prestations ;
- la nécessité de prévoir des formes de financement, même alternatives (comme par exemple la « philanthropie communautaire ») pour le soutien du bénévolat dans le secteur de la santé et de l'aide sociale, conformément à la réglementation régionale en vigueur en la matière.

Description des actions

Aux fins de la réalisation du présent objectif et de la couverture financière des actions visant à la réalisation de tous les objectifs du présent plan, il est nécessaire :

1. De prévoir une augmentation des crédits pour les dépenses de fonctionnement destinés chaque année à l'Agence USL de la Vallée d'Aoste de deux points, en général, par rapport au taux d'inflation ; cette augmentation peut être supérieure si des besoins supplémentaires surgissent, dérivant du renforcement ou de l'introduction de nouvelles activités sanitaires et socio-sanitaires ou de dépenses obligatoires engendrées par la convention nationale du secteur ;
2. De prévoir un financement en capital destiné chaque année à l'Agence USL de la Vallée d'Aoste, équivalant normalement à 5 p. 100 au moins des dépenses ordinaires, pour la couverture des dépenses d'investissement ;
3. De prévoir un financement annuel destiné au Fonds social régional équivalant normalement à 1 p. 100 au moins du total du budget régional (y compris les mouvements d'ordre) ;
4. De garantir une couverture financière croissante pour les nouveaux investissements en matière de construction dans le secteur de la santé et de l'aide sociale prévus par les objectifs y afférents du présent plan ;
5. De créer, pour la partie des finances locales également, le Fonds régional pour les politiques sociales, comme le prévoit l'objectif y afférent ;
6. D'établir des formules pour la création de fonds publics d'assistance qui soient en mesure de couvrir une partie des besoins pour les dépenses sanitaire et sociale, afin de diminuer celles à la charge du budget régional ;
7. De prévoir des formules administratives qui, de manière graduelle, subordonnent l'accès des établissements qui fournissent les services sanitaires et sociaux aux financements régionaux à la possession des conditions requises par les dispositions en matière d'autorisation et d'accréditation, et ce, afin d'améliorer progressivement le niveau qualitatif desdits services ;
8. De mettre en place, en collaboration avec les structures compétentes en la matière, qu'elles appartiennent ou non à l'Administration régionale, des procédures permettant d'accéder à des sources alternatives de financement du système socio-sanitaire régional, et notamment à celles provenant de l'Union européenne.

En ce qui concerne les critères établis pour le financement des actions nécessaires à la satisfaction des besoins de santé et de bien-être social, contraignants aux fins de l'établissement du budget prévisionnel annuel et pluriannuel, l'Administration régionale – éventuellement par l'intermédiaire de Finaosta SpA – procède à un contrôle, au moins annuel, de l'efficacité et de l'efficacités desdits critères.

Le contrôle des critères de financement des actions nécessaires à la satisfaction des besoins de santé et de bien-être social a pour but d'en vérifier la fonctionnalité par rapport aux objectifs stratégiques de l'Administration régionale dans les secteurs sanitaire et de l'aide sociale, dans l'optique, entre autres, du développement progressif desdits critères et de leur affinage dans le cadre des futurs documents de planification socio-sanitaire à moyen terme.

Pour ce qui est de la création de fonds publics d'assistance qui soient en mesure de couvrir une partie des dépenses sanitaire et sociale et, à titre prioritaire, les dépenses pour le soutien des citoyens non autonomes, il serait opportun de charger les sociétés d'économie mixte qui œuvrent dans le secteur du crédit et des pensions complémentaires et dans lesquelles la Région détient des parts de vérifier s'il existe les conditions normatives, socio-économiques et financières nécessaires pour mettre en place en Vallée d'Aoste des formes innovantes d'aide économique, comme l'a fait la Région Trentin-Haut-Adige avec la loi régionale n° 1 du 18 février 2005.

LIENS ENTRE LA PLANIFICATION SOCIO-SANITAIRE ET LA PLANIFICATION ECONOMIQUE REGIONALE ET SUIVI DES ACTIVITES DU PRESENT PLAN

Liens entre la planification socio-sanitaire et la planification économique et financière régionale

D'année en année, dans le cadre des documents de planification économique et financière régionale, il est procédé à la définition des principales phases d'application du présent plan.

Le plan économique et financier régional (PREF) définit, en particulier, les objectifs prioritaires à courte échéance et les ressources nécessaires pour l'application de ceux-ci, qui doivent être prévues par la loi de finances et par le budget prévisionnel de la Région au titre de l'année suivante.

Tout cela permet la faisabilité des objectifs définis par le présent document triennal et oriente, d'année en année, les choix du projet que le présent plan considère comme prérogative nécessaire à la réalisation des objectifs qui, pour des raisons d'ambition et de complexité, ont une validité supérieure aux trois ans prescrits par la planification économique et financière régionale.

La faisabilité des actions prévues par les objectifs du présent plan est garantie par les virements des crédits nécessaires à l'Agence sanitaire locale ou aux collectivités locales en fonction de leurs compétences respectives, virements qui sont effectués par l'Administration régionale sur la base de lois régionales ad hoc et subordonnés à une activité institutionnelle de vérification et de contrôle.

Les objectifs sanitaires à courte échéance (triennaux), pour la réalisation desquels l'activité de l'Agence sanitaire locale est fondamentale, sont garantis par les instruments prévus par la planification annuelle, au sens de la loi régionale n° 5 du 25 janvier 2000 modifiée, et consistant dans les directives régionales à l'intention de ladite Agence, dans le plan local d'application (PAL) et dans l'accord de programme entre la Région et l'Agence susmentionnée.

Pour ce qui est des politiques sociales, lors de l'achèvement de la phase relative au transfert des compétences et au virement des crédits y afférents aux collectivités locales, il y aura lieu de définir les instruments nécessaires aux fonctions de contrôle et de suivi de la réalisation des objectifs concordés.

Suivi des activités du plan

Afin de permettre aux organismes compétents, délégués démocratiquement à l'effet de représenter la population régionale, de réaliser correctement les activités de suivi et de vérification relatives à l'obtention des objectifs du présent plan, deux modalités différentes, qui utilisent chacune leurs propres instruments de suivi et de contrôle, ont été adoptées.

La première modalité est réalisée pour les objectifs agrégés et ceux de nature générale, au titre desquels les publications effectuées chaque année par l'Observatoire régional d'épidémiologie et des politiques sociales (OREPS) au sens de la loi régionale n° 5 du 25 janvier 2000 modifiée représentent un moment institutionnel pour le suivi des résultats à longue échéance dérivant des actes de planification précédents. Les exemples y afférents sont représentés par le Rapport sur l'état de santé et de bien-être social de la population régionale en version stratégique (par ex. Rapport en matière de santé et d'aide sociale 1999-2000 et

2001) ou conjoncturelle (par ex. Atlas de la mortalité 1980/2003 ; Les accidents sur les lieux de travail 1991/2000 ; Les personnes âgées), ainsi que par le Rapport de l'Observatoire pour les politiques sociales (par ex. Premier rapport 2005).

Ces publications représentent, dans le cadre institutionnel, à la fois des actes préparatoires à la planification sanitaire et sociale à longue échéance, en orientant les choix prioritaires, et des instruments pour une évaluation générale, et non pas ponctuelle, des résultats de la planification en cours de réalisation et de celle précédente, en raison du fait que souvent les mécanismes qui causent les phénomènes observés remontent à un passé éloigné.

Les publications reposent sur la valorisation et sur l'analyse des indicateurs épidémiologiques et sociaux utilisés couramment par la communauté scientifique pour l'évaluation de l'état de santé et de bien-être social régional et ont une valeur de suivi de la situation régionale dans le temps et de confrontation avec d'autres réalités. L'évaluation de l'activité et des résultats en matière de santé est donc garantie par les systèmes d'indicateurs validés à la fois à l'échelon national (à savoir ceux pour le suivi des niveaux essentiels d'assistance prévus par le décret ministériel du 12 décembre 2001 portant système de garanties pour le suivi de l'assistance sanitaire) et à l'échelon régional (à savoir l'indicateur utilisé pour le suivi de l'activité sanitaire de l'Agence USL).

La deuxième modalité de suivi des objectifs du plan est représentée par un instrument sans doute plus ponctuel que celui indiqué ci-dessus, mais qui nécessite une précision quant à la complexité des organismes et des institutions concernés par la poursuite des objectifs définis et partagés, ainsi qu'aux facteurs intervenant à différents titres, susceptibles de représenter des limites en cours d'exécution et nécessitant des solutions impossibles à prévoir à l'heure actuelle.

Cet instrument de suivi est le plan chronologique, annexé au présent plan, qui indique par ordre chronologique les étapes des actions prévues aux fins de la réalisation de chaque objectif.

Il s'agit d'un acte nécessaire dans une logique de planification transparente, effectuée suivant des méthodologies précises d'analyse de la faisabilité, mais qui présente toutes les limites d'un compte-rendu statique et qui, surtout, se trouve « en amont » des nombreux et complexes processus qui permettront, dans le temps, d'atteindre de manière concrète et dynamique le seul objectif politique général, à savoir un niveau plus élevé de santé et de bien-être social pour les Valdôtains.

Le niveau de réalisation des objectifs définis par le présent plan est donc soumis au suivi effectué par les structures régionales compétentes en la matière et par les organes de la Région sur la base des différentes compétences. Avant la fin du premier quadrimestre de chaque année, l'assesseur à la santé, au bien-être et aux politiques sociales informe les commissions du Conseil compétentes au sujet des activités réalisées au cours de l'année précédente.

Pour conclure, l'état de réalisation de la planification sanitaire et sociale visée au présent plan fait l'objet d'un débat annuel au cours de la Conférence socio-sanitaire, occasion privilégiée pour le dialogue entre les sujets réalisateurs et les représentants des établissements publics et privés œuvrant dans le secteur.

Annexe de l'objectif n° 18

Considérer le territoire du district en tant que domaine de lecture, d'analyse et de satisfaction des besoins et aire privilégiée pour la planification du réseau des services et des relations interdépendantes.

Lignes directrices des plans de zone

La Vallée d'Aoste est aujourd'hui au cœur de phénomènes complexes de mutation sociale dus, d'une part, à des raisons propres à la réalité locale et, d'autre part, à des causes externes, avec d'importantes répercussions sur les équilibres locaux.

Le premier de ces phénomènes est l'évolution démographique qui, tout en étant comparable à la tendance italienne, présente des caractères spécifiques au niveau local, et ce, tant pour ce qui est du vieillissement de la population, que pour ce qui est de la persistance d'un niveau de natalité très faible.

Le plan socio-sanitaire 2002-2004 avait défini le rôle des politiques sociales en Vallée d'Aoste sur la base des forts dangers d'exclusion provoqués par les tendances sociales existantes, ce qui a mené à la constatation de la nécessité d'investir dans les politiques d'inclusion sociale en faveur des personnes et des familles.

Il s'avère donc nécessaire d'améliorer, du point de vue quantitatif et qualitatif, l'offre de services, d'augmenter la flexibilité de ceux-ci, de les rapprocher le plus possible du domicile des personnes et de les intégrer – tant du point de vue organisationnel que du point de vue opérationnel – aux autres services à la personne (sanitaires, socio-sanitaires, éducatifs et formatifs).

Pour ce faire, les ressources économiques et professionnelles à la disposition des usagers sur le territoire valdôtain doivent être qualifiées.

Il s'agit donc d'un problème de qualité de la dépense sociale et de composition de celle-ci dans le cadre du welfare régional.

Au niveau étatique, ce processus a été entamé par la loi n° 328/2000 qui vise à la réalisation d'un système intégré d'actions et de services sociaux par des procédures de recomposition, de réorganisation et de qualification de la dépense et des ressources disponibles dans ce secteur.

L'évolution socio-économique et démographique, ainsi que la situation politique, institutionnelle, géographique et morphologique de la Vallée d'Aoste ont contribué à la consolidation, dans le secteur des services à la personne, de modalités opérationnelles tout à fait spéciales. Les services sont, en effet, uniformément distribués sur le territoire régional, si l'on considère les problèmes et les particularités ci-après :

- la faible dimension des communes ne permet pas de réaliser des services à la personne ciblés selon les différentes caractéristiques des besoins ;
- les difficultés de déplacement sur ce territoire essentiellement montagneux exigent un effort sensible des communautés locales pour garantir les services à domicile et, partant, maintenir les personnes dans leur milieu ;

- la dispersion démographique et résidentielle exige un effort organisationnel accru pour garantir l'équité de l'offre même dans les zones où cela s'avère objectivement difficile.

Ce sont ces spécificités qui ont consolidé les pratiques institutionnelles, techniques et organisationnelles qui sont à la base de l'actuel réseau d'offres caractérisé comme suit :

- forte présence de la Région dans la planification et la gestion des services ;
- effort important de la Commune d'Aoste, même dans la gestion des prestations, d'une manière absolument spéciale par rapport aux autres Communes valdôtaines.

Par ailleurs, les difficultés objectives des Communes, notamment de celles à faible densité de population, dans la gestion des services à la personne a conduit certaines administrations à confier cette dernière à la Communauté de montagne qui les assure à l'échelle supracommunale.

Le plan socio-sanitaire 2002-2004 avait fourni une première interprétation et actualisation des principes sanctionnés par la loi-cadre en vue de la réalisation du système intégré des actions et des services sociaux. Il a notamment été question d'investir dans le renforcement des garanties et des options présentes en Vallée d'Aoste, afin de donner la priorité aux personnes et aux familles les plus vulnérables et de poursuivre des objectifs concrets de cohésion et d'inclusion sociale.

Dans ce contexte, le plan de zone est appelé à jouer un rôle fondamental pour répondre aux problèmes des personnes et des communautés locales, dans la mesure où il s'avérera un outil commun de détection des besoins prioritaires et de définition des stratégies de réponse efficace à ceux-ci et permettra la requalification des ressources disponibles partagées par les institutions et les communautés.

Tout cela ne sera possible qu'à travers la réalisation de parcours communs de planification de zone, afin de mieux partager avec les communautés locales les résultats attendus, les standards de fonctionnement et d'efficacité, les responsabilités de gestion, les formes de contrôle, les modalités de vérification et les conditions de promotion de l'évaluation sociale des services à la personne.

Le plan de zone est non seulement un outil technique de planification, mais aussi une occasion privilégiée de participation, dans le cadre de laquelle l'apport des communautés locales est mis en évidence et encouragé par la valorisation de l'autonomie, de la solidarité et de la subsidiarité de chacune de celles-ci, qui s'exprimeront dans les choix concrets de planification, de gestion, d'action et d'organisation.

Sur ces bases, les différents sujets institutionnels – Région, Communes, Communautés de montagne, Agence USL, administrations périphériques de l'État, anciennes institutions publiques d'assistance et de bienfaisance, institutions, fondations, associations bénévoles, coopératives d'aide sociale, associations de promotion sociale, établissements à des fins religieuses et autres organisations privées – sont appelés, dans le respect des attributions et des rôles respectifs, à collaborer à la planification, à la réalisation et à l'évaluation des actions, ainsi qu'à la mise en réseau des ressources, et à partager la responsabilité des résultats.

Grâce au plan de zone et au processus que celui-ci permet d'entamer, les Communes et la communauté locale peuvent devenir les protagonistes des politiques sociales, étant donné que seul un système intégré de services sociaux pourra valoriser le rôle des partenaires publics et l'apport des partenaires privés.

Le démarrage du processus qui conduira au premier plan de zone marquera l'application des dispositions des art. 2 et 3 de la loi n° 328/2000 : c'est en effet par la planification unitaire des actions et des services sociaux à l'échelle des zones que les ressources disponibles sont intégrées, les opérations sont organisées par projets et les résultats sont systématiquement vérifiés, aussi bien en termes de qualité que d'efficacité des réponses.

Les lignes directrices visent à guider le concepteur des plans en vue de la promotion, dans chaque zone, de la réalisation d'un système intégré d'actions et de services sociaux à la fois caractérisé par l'universalité, basé sur des niveaux essentiels de prestations uniformes et garantissant la priorité d'accès aux usagers les plus faibles, à savoir les personnes démunies ou disposant d'un revenu limité, partiellement ou totalement incapables de pourvoir à leurs propres exigences du fait de handicaps physiques ou psychiques, ou ayant des difficultés d'insertion sociale ou professionnelle.

Ces conditions d'ordre général peuvent être résumées dans les orientations spéciales des plans de zone indiquées ci-après :

- en matière sociale, garantir l'homogénéité au sein de chaque zone, de manière à supporter et à réaliser la planification unitaire ;
- promouvoir les solutions organisationnelles susceptibles de garantir l'équité de l'offre de prestations et de services sociaux dans chaque zone ;
- définir les besoins prioritaires dans le cadre de chaque situation sociale, eu égard notamment aux usagers les plus faibles ;
- trouver les outils et les parcours susceptibles de favoriser l'accès équitable des citoyens aux prestations et aux services.

Les lignes directrices se veulent donc une aide au démarrage et à la consolidation du processus déjà défini par le plan socio-sanitaire 2002-2004, compte tenu des points critiques suivants :

à l'échelle de la région :

- complexité du parcours d'intégration du système des services sociaux avec les autres systèmes relevant des politiques sociales et sanitaires ;
- difficulté de mettre à la disposition des usagers défavorisés une offre intégrée des services disponibles ;

à l'échelle des zones :

- faible visibilité des liens organiques qui devraient exister entre les services sociaux et les autres services communaux ;
- retard dans la coordination et la rationalisation des guichets d'accès des usagers aux services et aux prestations.

Le démarrage de la planification de zone par les plans y afférents marque le début d'un parcours d'uniformité et de globalité tant des informations que des processus. Par ailleurs, la loi n° 328/2000 et le plan social étatique 2001-2003 ont mieux décrit cette stratégie de planification et peuvent donc servir de repère dans la phase de réalisation des actions.

Un premier pas est constitué par l'extension de l'optique d'analyse et de planification, par le passage du niveau essentiellement régional au niveau des communes et des communautés locales.

À cette fin, les lignes directrices visent en priorité à favoriser, dans le cadre de la planification de zone, la capacité de lire et de connaître d'une manière homogène, pour chaque zone :

- les besoins sociaux et socio-sanitaires ;
- les ressources opérationnelles et économiques disponibles.

La priorité est donc à la connaissance du territoire en termes de besoins et d'offre. Tout parcours de planification effectivement axé sur les besoins et le potentiel des différentes zones ne saurait se passer d'un tableau exhaustif de la situation existante.

Les acteurs

La coordination de la formulation du plan est confiée en fonction des responsabilités des différents acteurs institutionnels quant aux matières touchées par la planification locale.

Les responsables de la rédaction et de l'élaboration du plan de zone sont, par ordre d'importance :

- les Communes comprises dans les différents ressorts visés à la loi régionale n° 54/1998 et figurant sur la liste en annexe, en tant qu'institutions représentatives de la communauté locale ;
- l'Agence USL, articulées en districts socio-sanitaires, pour ce qui est des fonctions socio-sanitaires.

Dans le détail, pour ce qui est des Communes, il importe de rappeler que les compétences et les fonctions ont été réorganisées, à l'échelle régionale, par les lois régionales n° 54/1998 et n° 1/2002 et, à l'échelle nationale, par l'application de la loi n° 328/2000 qui représente une étape fondamentale du processus d'acquisition, par la Commune, de l'ensemble des pouvoirs et des attributions du secteur des services à la personne. Cela implique une responsabilisation accrue dans le cadre de la planification et de la gestion, directe et/ou indirecte, des prestations et des services sociaux. En vertu du processus de décentralisation, la Commune est appelée à devenir un véritable acteur des politiques sociales et du développement de celles-ci, au sens de la réforme du Titre V de la Constitution (loi constitutionnelle n° 3/2001).

L'Agence USL, par l'intermédiaire de ses districts, est responsable, avec les Communes, de l'intégration socio-sanitaire, aux termes de l'art. 3 septies du décret législatif n° 502/1992 modifié et du plan socio-sanitaire régional 2002-2004. L'action dans le domaine socio-sanitaire concerne les besoins de santé dans les aires de la

protection maternelle et infantile, du handicap et de la non-autonomie, de la santé mentale, des dépendances, des pathologies associées au VIH et des pathologies de la phase terminale de la vie.

Les Communes et les districts organisent leurs ressources professionnelles et informatives respectives en vue de collaborer à la connaissance systématique de leur ressort, des besoins, du rapport entre besoins et réponses, ainsi que de l'efficacité des actions.

Une telle collaboration entre les Communes et l'Agence USL n'est pas seulement un élément important de la réalisation du système intégré des services, mais aussi une condition essentielle si l'on veut planifier et réaliser des services directement et efficacement liés aux besoins des différentes communautés locales.

Parallèlement, les acteurs sont appelés à développer les choix du plan en étroite collaboration avec la Région, du fait non seulement des compétences générales de celle-ci en matière de planification, d'évaluation et de contrôle du système du welfare régional, mais également des attributions de gestion qu'elle exerce compte tenu du haut degré de spécialisation et de la complexité organisationnelle des fonctions énumérées à l'annexe A de la loi régionale n° 1/2002. La Région contribue donc activement à la planification de zone en participant directement à l'analyse et au suivi des besoins, à l'évaluation du rapport entre besoins et réponses et, partant, au rééquilibrage et à la qualification des systèmes locaux d'offre.

La Région garantit son apport à tout stade du processus de planification, en vue de concourir, dans les formes et suivant les modalités les plus appropriées, au traitement de toutes les données et les connaissances nécessaires au concepteur du plan local.

À cette fin, la Région peut faire appel à l'Observatoire régional d'épidémiologie et des politiques sociales (OREPS).

Figurent au nombre des secteurs où la Région apporte sa contribution la formation professionnelle, l'intégration professionnelle, la mobilité (facteur capital, si l'on considère la distribution territoriale des communautés) considérée en fonction des temps de vie des familles et d'autres facteurs de santé psychosociale, ainsi que la prévention des urgences.

Aux fins de la création des conditions favorables à la réussite du parcours de planification, le Consortium des collectivités locales de la Vallée d'Aoste (*CELVA*) est appelé à jouer un rôle fondamental de promotion et de soutien technique et organisationnel. Il s'agit là d'une nouvelle fonction visant à faciliter l'œuvre des Communes – et notamment des Communes disposant de moins de moyens opérationnels – par des actions de diffusion des informations et de liaison entre les collectivités.

Pendant les phases de conception et de réalisation du plan de zone, les Communautés de montagne, en leur qualité d'organismes institutionnellement préposés à l'exercice des fonctions communales à l'échelle supracommunale, peuvent jouer un rôle fondamental dans les matières qui, de par leurs caractéristiques

techniques et dimensionnelles, ne peuvent être gérées d'une manière optimale par les Communes (loi régionale n° 54/1998).

Les autres organismes publics présents sur le territoire sont eux aussi appelés à fournir leur apport fondamental à la collecte des données, à la prise des décisions, à l'application du plan de zone et au contrôle des résultats y afférents, et ce, dans les secteurs tels que l'éducation, la formation professionnelle, l'emploi et la mobilité.

Parallèlement, les organisations syndicales et le troisième secteur sont appelés, chacun en fonction de ses attributions et de la connaissance des différentes réalités, à contribuer à la définition des besoins, en vue de la lecture des problèmes du territoire et de la formulation de propositions innovantes.

La planification concertée

Le processus de planification territoriale doit comporter la participation de tous les acteurs institutionnels compétents en matière de politiques sociales, en vue de la définition concertée des fonctions, des rôles et des modalités d'action synergiques.

Il convient, donc, de trouver des parcours, des moyens et des occasions ad hoc pour favoriser la réalisation de ce processus, compte tenu, entre autres, des expériences réalisées jusqu'ici dans les différents ressorts.

Afin de faciliter l'application des lignes directrices pour l'élaboration des plans de zone, le président de la Région convoque la Conférence des syndics de chaque ressort.

Ensuite, chaque Conférence des syndics entame la procédure de planification, eu égard aux caractéristiques des trois niveaux concernés :

- niveau politique, pour la concertation des orientations et des stratégies et pour la planification de l'intégration institutionnelle ;
- niveau technique et opérationnel, pour la définition des choix et du niveau de faisabilité de ceux-ci et pour la recherche des meilleures conditions organisationnelles ;
- niveau communautaire, pour promouvoir, d'une part, la connaissance et la valorisation des particularités des acteurs territoriaux et, d'autre part, la possibilité que ceux-ci partagent les objectifs à atteindre.

Notamment, pendant la première phase de travail, il s'avère indispensable, aux fins d'une analyse correcte des ressources et des besoins, d'adopter des modalités de travail communes et intégrées qui permettent aux Communes, responsables de la planification, d'acquérir les compétences et les capacités opérationnelles nécessaires.

Dans ce processus, le soutien que la Région et le *CELVA* pourront assurer, suivant des modalités distinctes, est essentiel pour la promotion du partage des connaissances, de la collaboration et de l'intégration des responsabilités aux différents niveaux.

La communauté locale est le lieu le plus qualifié pour la résolution des problèmes de la personne et pour la réponse aux besoins de celle-ci ; le territoire n'est donc pas seulement un bassin d'usagers, mais aussi un réseau de relations qui représentent un patrimoine d'occasions et de ressources et dans le cadre desquelles interagissent différentes responsabilités solidaires.

Dans ce sens, tous les sujets qui réalisent des actions, des services et des prestations d'aide sociale sont appelés à collaborer afin qu'avec leur participation positive et active, les objectifs du plan de zone soient atteints.

À cette fin, il y a lieu de mettre en valeur les différentes responsabilités du bénévolat, de l'associationnisme de promotion sociale, des entreprises d'aide sociale, des fondations, des organismes religieux et de tous les autres acteurs de la solidarité sociale qui contribuent à la réalisation du welfare local.

Dans la première phase de rédaction du premier plan de zone, les communautés devront faire preuve, lors des phases de lecture des besoins et de définition des ressources disponibles, de capacités concrètes de cohésion. Car une participation attentive et positive à ce stade de la planification peut faciliter la responsabilisation des acteurs dans la définition des objectifs stratégiques de bien-être social, par l'amélioration et la qualification du réseau des services territoriaux.

La participation à la planification, dans les limites des responsabilités respectives et dès les premières phases, peut contribuer à mieux définir les rôles au sein de ce processus et à garder distincts la participation sociale à l'élaboration du plan et les choix de gestion des services.

Les Communes sont à la fois les moteurs et les garants de la concertation territoriale et participent activement aux différentes phases du parcours de planification pour ce qui est :

- de l'analyse des besoins et des ressources ;
- du choix des priorités et de la mise en œuvre des programmes ;
- de la définition des critères d'évaluation concertée des résultats.

En résumé, par le premier plan de zone des services à la personne, chaque communauté locale a la possibilité de créer une nouvelle politique sociale, grâce à la participation des personnes, des familles et des groupes sociaux, et de rendre tous les acteurs en cause conscients des problèmes mais, surtout, des capacités qu'ils peuvent mobiliser pour répondre aux exigences de tous ceux qui habitent, travaillent et vivent sur le territoire.

Les contenus des plans de zone

Le plan de zone est l'outil de planification stratégique pour la gestion homogène des services à la personne.

À cette fin, il y a lieu de faire référence aux dispositions suivantes :

- deuxième alinéa de l'art. 22 de la loi n° 328/2000, eu égard notamment aux mesures de lutte contre la pauvreté et de soutien au revenu des familles, aux aides financières à la vie autonome et à la permanence au domicile des personnes totalement

- dépendantes ou incapables d'accomplir les gestes de la vie courante, aux actions de soutien des mineurs en situation de malaise et de promotion des droits des enfants et des adolescents, aux mesures en faveur des responsabilités familiales, de la conciliation entre vie familiale et vie professionnelle et des femmes en difficulté, aux interventions pour l'intégration des personnes handicapées et aux prestations socio-éducatives à l'intention des enfants et des adolescents, contre les dépendances, la pauvreté et l'exclusion sociale, notamment des immigrés ;
- quatrième alinéa de l'art. 22 de la loi n° 328/2000, qui définit les principales modalités de réponse sociale aux problèmes sur le territoire, à savoir les services sociaux professionnels, le secrétariat social, le secours social d'urgence, l'aide à domicile, ainsi que les services d'hébergement et de jour ;
 - art. 3 septies du décret législatif n° 502/1992 modifié, eu égard aux besoins, constatés lors des expériences quotidiennes, de nombreuses personnes et familles dans les domaines de la santé maternelle et infantile, des maladies mentales, du handicap, des dépendances, des pathologies ayant un impact social important (tel que le sida) et des infirmités dérivant des maladies dégénératives chroniques, qui exigent des niveaux différents d'intégration socio-sanitaire.

En vertu des dispositions ci-dessus, le plan de zone prévoit des solutions pour la réalisation sur le territoire d'un système intégré des services à la personne par la qualification des dépenses et des ressources disponibles.

Le processus nécessaire à cette fin peut être résumé dans les phases suivantes :

1. Connaissance des besoins sociaux et socio-sanitaires de la population ;
2. Connaissance des ressources opérationnelles par la collecte des données mises à disposition par tous les acteurs œuvrant sur le territoire ;
3. Choix des priorités d'action dans les différents secteurs d'intervention.

Pour ce qui est de la connaissance, la collecte et le traitement des données doivent tenir compte des paramètres ci-après :

- *besoins détectés sur une base démographique*, selon la commune de référence et la classe d'âge ;
- *secteur de besoin*, à partir des secteurs définis dans le plan social national 2001-2003 et dans le plan socio-sanitaire régional 2002-2004, à savoir : mineurs et familles, personnes âgées, personnes handicapées, personnes souffrant de trouble mental, nouvelles formes de pauvreté et urgences ;
- *solutions existantes*, en termes tant de prestations que de services, qui composent le système d'offre de zone.

Aux fins de la connaissance des besoins, il importe d'enquêter sur les besoins liés à l'âge (mineurs, adolescents, adultes et personnes âgées), dérivant des maladies (infirmités et handicaps) ou concernant la pauvreté provoquée soit par le chômage et l'exclusion sociale, par les problèmes de logement, par les problèmes familiaux découlant des séparations conflictuelles et des charges d'assistance trop onéreuses, par la marginalisation sociale et la solitude, par la déviance sociale ou par l'inégalité d'accès aux services, soit par l'immigration et par les problèmes d'intégration sociale et éducative.

Le classement des solutions existantes doit se baser sur une connaissance approfondie du système actuel des services dans chaque ressort. Il s'agit de prendre en

compte, pour chaque niveau organisationnel (services à domicile, de jour et résidentiels), le type et le volume des prestations et des centres d'offre, les modalités d'accès, les dépenses et les formes de couverture y afférentes, l'organisation des responsabilités, le type et le nombre de figures professionnelles, ainsi que les modalités de garantie des niveaux essentiels d'assistance.

Dans le cadre de ce parcours, il importe notamment d'étudier l'adéquation des solutions aux besoins réels et l'équité d'accès des citoyens aux services.

À cette fin, il y a lieu d'utiliser les fiches de collecte des données sur les besoins et les ressources prévues par les lignes directrices.

Pour ce qui est du choix des priorités, il convient de concentrer l'attention sur deux types d'objectifs :

- objectifs d'efficacité, ayant un impact direct sur la santé et sur le bien-être des personnes et des familles ;
- objectifs d'amélioration du système d'offre et des solutions organisationnelles susceptibles de contribuer à la qualification de celui-ci.

L'élaboration de cette partie du plan de zone devra elle aussi prendre en considération les secteurs de besoin précédemment mentionnés.

Pour chacun de ceux-ci, il faudra définir les actions considérées comme prioritaires pour la réalisation des objectifs, les temps et les ressources nécessaires, les responsabilités et les indicateurs de résultat.

Le premier plan de zone doit, donc, contenir tous les éléments indispensables au responsable de la planification zonale pour faire démarrer le processus et passer, dans chaque ressort, de la collecte des données à la gestion des connaissances.

Ainsi, il y a lieu de mettre en évidence les particularités historiques et culturelles de chaque ressort et, sur cette base, d'entamer le processus de planification suivant deux axes fondamentaux :

- axe stratégique, comportant la définition des choix de politique sociale en passant de l'analyse des besoins à la détermination des niveaux de l'offre sur la base des principes d'équité et de justice sociale et l'expression des priorités qui s'ensuivent ;
- axe de la participation, dans le parcours qui, depuis la connaissance des besoins et des ressources, mène au gouvernement solidaire des différentes facettes des politiques sociales. Cela implique une planification partagée qui favorise une utilisation plus efficace des ressources disponibles en termes de crédits, de compétences professionnelles et de solidarité.

C'est ainsi que, lors de la phase suivante de la planification, il sera possible d'arriver à des choix partagés au niveau de la communauté locale, conjuguant sciemment et judicieusement les droits et les devoirs qui seront ainsi à la base du développement social et de la qualification du système de welfare.

À cette fin, le premier plan de zone devra prendre en compte les compétences et les fonctions sociales et socio-sanitaires intégrées en vue du partage de toutes les ressources économiques et opérationnelles, ainsi que les responsabilités respectives.

Les conditions de promotion de l'intégration socio-sanitaire dépendent essentiellement de la capacité d'articuler l'intégration et ses contenus sur quatre niveaux : institutionnel, gestionnaire et organisationnel, professionnel et communautaire, grâce à la participation des différents acteurs de la communauté locale.

Dans le cadre d'une telle stratégie, le plan des activités territoriales (PAT) et le plan de zone (PdZ) ne sont que les deux faces d'une même médaille. Il s'agit, en effet, de deux outils de planification censés définir, dans le respect de la méthode de l'intégration, les stratégies spécifiques de développement des services sociaux, sanitaires et socio-sanitaires tout en garantissant l'homogénéité du processus de planification et la compatibilité des deux démarches. Pour obtenir ce résultat, il y a lieu de faire coïncider les délais de ces démarches et d'intégrer les parcours de décision, en vue d'un meilleur partage politique et technique des choix.

Sans préjudice de l'autonomie et de la particularité de chaque ressort, le plan de zone est structuré comme suit (schéma-type) :

Le contexte social du plan

Analyse du contexte social du ressort : situation territoriale et situation institutionnelle ;
Situation sociale et démographique ;
Situation des services à la personne ;
Services ayant un impact social important : transports, éducation, formation ;

Approfondissements

Domaines d'approfondissement et acteurs de la connaissance ;
Besoins des communautés locales (analyse) ;
Offre existante et distribution de celle-ci (analyse) ;

Ressources

Ressources financières et structurelles ;
Ressources opérationnelles et professionnelles ;
Ressources du bénévolat et de la communauté solidaire ;

Choix

Priorités d'action, eu égard aux besoins ;
Priorités d'action sur l'offre ;
Résultats attendus ;
Actions du plan et modalités de gestion ;
Niveaux essentiels d'assistance ;
Actions stratégiques ;

Système de responsabilité et d'évaluation

Acteurs institutionnels responsables et modalités d'intégration et de collaboration ;
Acteurs sociaux, responsabilités respectives et participation ;
Niveaux supplémentaires de responsabilité dans la réalisation des objectifs du plan ;

Formes d'évaluation politique et technique des résultats ;
Formes d'évaluation sociale des résultats.

Les phases de préparation du plan

L'initiative en vue de la préparation du plan de zone revient au président de la Région, ou à l'assesseur compétent en la matière, qui convoque la Conférence des syndicats du district concerné. Cette dernière définit les lignes directrices pour le travail du Groupe du plan.

Sur cette base, le Groupe du plan :

- définit les modalités de mobilisation des acteurs concernés et le parcours susceptible de favoriser la participation de toutes les ressources actives du territoire ;
- collecte les données suivant les indications et les modalités définies par les lignes directrices et par les fiches en annexe ;
- demande aux bureaux régionaux les données dont ils disposent, relatives aux besoins constatés dans chaque ressort (avec le concours de l'OREPS) ;
- prépare, sur la base des données collectées, un rapport d'analyse qui servira de base de connaissance des besoins et des ressources du ressort.

La Conférence des syndicats, au vu du rapport de la phase 2, définit les priorités pour le Groupe du plan, qui établit les objectifs y afférents.

Le Groupe du plan prépare le plan de zone sur la base des lignes directrices de la Conférence des syndicats et suivant le schéma-type précédemment évoqué.

Le parcours de planification s'achève par l'approbation du plan de zone par la Conférence des syndicats.

Le plan de zone est adopté par un accord de programme qui vaut engagement en vue de la poursuite du processus de planification et de la réalisation des objectifs définis par ledit plan. L'accord de programme est signé non seulement par les Communes, la Région et l'Agence USL mais aussi par les Communautés de montagne et les autres acteurs publics ayant contribué à la rédaction du plan en mettant à disposition des ressources et en assumant une partie de la responsabilité de l'application de celui-ci.

L'accord de programme est approuvé par acte formel du syndic qui préside la Conférence des syndicats (loi régionale n° 54/1998).

Des accords, des contrats et des conventions peuvent être passés avec les acteurs du troisième secteur et les autres acteurs privés impliqués dans la planification et dans l'application du plan de zone.

Le syndic qui préside la Conférence des syndicats adresse le plan de zone à la Région en vue de l'évaluation de celui-ci par le Groupe de coordination régional des plans de zone.

Les Communes qui n'adoptent pas leur plan de zone dans les délais et suivant les modalités établis par les présentes lignes directrices sont exclues de tous les financements prévus par la Région en la matière.

Le Groupe du plan, institué par la Conférence des syndicats dans le cadre du ressort de celle-ci en vue de la rédaction du plan de zone, se compose des référents désignés par les acteurs responsables de la planification qui œuvrent sur le territoire correspondant : Communes, district socio-sanitaire, Région, Communauté de montagne et autres sujets publics et du troisième secteur.

Le Groupe du plan nomme, en son sein, un coordinateur et le secrétariat technique dont le siège opérationnel sera situé dans la commune ou la communauté de montagne dont relève le président de la Conférence des syndicats.

Afin de satisfaire aux exigences d'action et d'approfondissement liées à la planification, le Groupe du plan peut faire appel à des collaborateurs professionnels externes lorsque aucun de ses membres ne justifie des compétences nécessaires. Le Groupe du plan tient la Conférence des syndicats au courant de ses activités.

Sur la base des indications de la Conférence des syndicats, le Groupe du plan dresse le rapport d'analyse de la situation locale des besoins et de l'offre et, compte tenu des priorités définies, rédige le plan de zone à soumettre à ladite conférence.

Le Groupe régional de suivi et de coordination des plans de zone est institué par la Région et se compose des dirigeants des secteurs régionaux concernés, du directeur de l'aire territoriale de l'Agence USL de la Vallée d'Aoste et de deux représentants du CELVA.

Il exerce une fonction de support au profit de la Région aux fins des opérations d'évaluation des plans et collabore aux phases d'attribution des ressources et d'évaluation de l'efficacité, de concert avec les acteurs sociaux visés au cinquième alinéa de l'art. 1^{er} de la loi n° 328/2000.

Le Groupe régional de suivi et de coordination dresse un rapport annuel sur l'état d'application des plans de zone et le soumet à la commission du Conseil compétente en la matière au plus tard au mois de mars de chaque année, avec le rapport sur l'activité et les résultats des actions visé à l'activité B de l'objectif 16 du présent plan.

Les niveaux essentiels des prestations

Les objectifs des actions sur les besoins et sur le système de l'offre peuvent être atteints plus efficacement – par des initiatives planifiées selon les différentes aires de besoin – lorsque le plan de zone s'insère dans une optique de gestion des divers facteurs des politiques sociales.

Dans cette optique, l'un des passages fondamentaux consiste dans la définition des actions qui, dans chaque aire de besoin, représentent le niveau essentiel des prestations sociales susceptibles d'être fournies aux usagers sous forme de biens et de services, suivant les conditions établies par la planification locale et régionale.

La définition des niveaux essentiels des prestations tient compte des contenus du deuxième alinéa de l'art. 22 de la loi n° 328/2000, à savoir :

- mesures de lutte contre la pauvreté et de soutien au revenu des familles et services d'accompagnement ;
- aides financières pour favoriser la vie autonome et la permanence au domicile des personnes totalement dépendantes ou incapables d'accomplir les gestes de la vie courante ;
- actions de soutien des mineurs en situation de malaise, par le soutien des familles ou l'insertion dans une famille ou dans un foyer ;
- actions de promotion des droits des enfants et des adolescents ;
- mesures en faveur des responsabilités familiales, en vue de la conciliation entre vie familiale et vie professionnelle ;
- mesures de soutien au profit des femmes en difficulté ;
- interventions pour la pleine intégration des personnes handicapées ;
- mesures pour le maintien à domicile des personnes âgées et handicapées ;
- prestations socio-éducatives intégrées contre les dépendances ;
- information et conseil en faveur des personnes et des familles pour favoriser leur accès aux services et pour promouvoir la solidarité réciproque sous différentes formes.

À court et à moyen terme, le premier plan de zone doit viser à articuler les niveaux d'offre sur le territoire en fonction des aires de besoins indiquées ci-dessus. Il doit, par ailleurs, préciser et quantifier les solutions visées au quatrième alinéa de l'art. 22 susmentionné, soit l'organisation et la qualification du secrétariat social et du service social professionnel, la définition des actions de secours social d'urgence et l'articulation homogène sur le territoire de l'offre de services à domicile, d'hébergement et de jour.

À cette fin, il y a lieu de prévoir des expérimentations pour la qualification de l'accès unitaire des services, pour la personnalisation des actions, pour la prise en charge intégrée des besoins et pour la continuité de l'assistance.

Ces expérimentations devront également favoriser les actions systématiques de contrôle et d'évaluation des résultats.

Les actions de soutien

La Région contribue aux différentes phases des processus de planification territoriale par un soutien technique et informationnel.

À cette fin, la Région réalise, en collaboration avec le *CELVA*, un parcours d'accompagnement visant à accroître, avec les lignes directrices, la connaissance des élus et des techniciens locaux de la législation sociale et socio-sanitaire, ainsi que des conditions nécessaires à l'application des plans de zone.

La Région, par l'intermédiaire de ses bureaux compétents en la matière, met ses données sur les besoins et les ressources à la disposition des intéressés, sous forme agrégée par district.

Dans la phase suivant la diffusion des lignes directrices, la Région garantit la réalisation de parcours de recyclage et de formation à l'intention des opérateurs publics et du troisième secteur, afin que chacun puisse collaborer à la planification locale au mieux, en fonction de son propre rôle et de ses attributions dans le cadre de celle-ci.

Le travail du Groupe régional de coordination des plans de zones, effectué en étroite collaboration avec les Communautés de montagne et la Commune d'Aoste, favorise la mise au point d'un parcours d'information et de connaissance approprié.

En conclusion, la Région garantit, face au concours des collectivités locales, un complément de ressources financières en vue des actions d'innovation et de requalification du système de l'offre.

Le financement régional pour la réalisation du processus de planification consiste notamment dans les ressources suivantes :

- crédits gérés directement, en vue des actions d'accompagnement du processus de planification ;
- crédits nécessaires au partage des données et des connaissances des besoins et des services dans chaque ressort ;
- crédits destinés à chaque ressort pour la réalisation du processus de planification par la Conférence des syndics, par le Groupe du plan et par les spécialistes éventuellement nécessaires ;
- crédits pour la couverture des frais de fonctionnement du Groupe régional de coordination des plans de zone.

ANNEXE DE L'OBJECTIF N° 25

Soumettre à autorisation toutes les structures et les activités sanitaires et sociales afin de garantir le niveau qualitatif de leurs prestations, ainsi qu'appliquer et développer le régime d'accréditation des structures, des activités et des professionnels du secteur sanitaire et social.

Les besoins en termes de soins résidentiels

Les paramètres de l'assistance

Les paramètres fixés par la planification nationale pour les Régions qui ont accès aux financements de l'État destinés à la santé prévoient la réalisation des objectifs suivants avant 2007 :

- le plafonnement des hospitalisations à 180 tous les 1 000 habitants ;
- un pourcentage d'hospitalisations en régime de jour (chirurgie de jour et hôpital de jour) de 20 p. 100 ;
- un rapport de 4,5 lits tous les 1 000 habitants, dont 1 réservé à la rééducation et à l'hospitalisation de longue durée.

Selon les paramètres fixés par la planification nationale, la Région autonome Vallée d'Aoste est caractérisée par :

- le non-respect du plafond des hospitalisations susmentionné, le nombre y afférent étant de 200 tous les 1 000 habitants (y compris le flux sortant de malades et exception faite des hospitalisations à la maison de soins *San Michele* d'Albenga) ;
- le respect du taux de 20 p. 100 des hospitalisations de jour par rapport au nombre total des hospitalisations ;
- le non-respect du rapport de 1 lit tous les 1 000 habitants réservé à la rééducation et à l'hospitalisation de longue durée.

La nécessité de parvenir à un rapport différent entre l'assistance hospitalière et les soins résidentiels fournis sur le territoire est étroitement liée à l'exigence de limiter le flux sortant de malades et d'améliorer l'efficacité et l'adéquation du système sanitaire et d'aide sociale régional.

Les paragraphes suivants résument les principaux points sur lesquels doit être axée l'action stratégique et conjoncturelle de l'Administration régionale au cours des trois prochaines années.

L'offre de soins résidentiels fournis dans les centres hospitaliers et dans les structures territoriales de la région.

Dans le cadre de l'assistance hospitalière, la situation est la suivante :

Tableau 1 – Nombre d’hospitalisations de patients valdôtains, dans quelque structure que ce soit, indiqué en fonction du type de régime, du type d’hospitalisation et de l’année de référence. Valeurs absolues et taux pour 100 000 habitants (années 2002/2004).

Hospitalisations	2002	2003	2004
Dans la région			
Ordinaires	13 665 (70%)	13 350 (71,4%)	13 254 (59%)
De jour	5 852 (30%)	5 360 (28,6%)	5 477 (41%)
<i>Total</i>	<i>19 517</i> <i>(100%)</i>	<i>18 710</i> <i>(100%)</i>	<i>18 731</i> <i>(100%)</i>
Nombre moyen de lits pour les hospitalisations ordinaires	454,75	447,50	436,67
Nombre moyen de lits pour les hospitalisations de jour	49,75	53,50	54,58
En dehors de la région (fuite)			
Ordinaires	3 311	3 539	3 576
De jour	1 293	1 246	1 410
Outlier	48	61	50
De longue durée	12	6	7
Rééducation	311	327	370
<i>Total</i>	<i>4 975</i>	<i>5 179</i>	<i>5 413</i>
Total des patients valdôtains	24 492	23 889	24 144
Taux d’hospitalisations (sans fuite)*	162	155	155
Taux d’hospitalisations Total*	203	200	200

L’on entend par hospitalisation en régime de jour tant l’hôpital de jour que la chirurgie de jour.
 * calculé sur une population de 120 909 habitants au 31 décembre 2001.

Au cours des trois dernières années, l’on enregistre donc, d’une part, une réduction de la demande et, par conséquent, de l’offre de soins hospitaliers dans les structures régionales et, de l’autre, une augmentation des hospitalisations de jour qui a été, en Vallée d’Aoste, plus rapide par rapport aux prévisions des paramètres nationaux pour 2007.

Comme il a été précisé au préambule, le taux global d’hospitalisations est plus élevé par rapport à celui prévu par les paramètres nationaux pour 2007, mais si l’on sépare les besoins qui ont été satisfaits dans le cadre de la région de ceux qui l’ont été dans des structures situées hors de la Vallée d’Aoste, ledit taux s’avère inférieur aux paramètres nationaux pour ce qui est des premiers et supérieur si l’on prend également en compte le recours aux structures situées hors de la région.

Pour ce qui est de l’assistance fournie dans les centres hospitaliers régionaux, les hospitalisations *outlier*, à savoir celles qui dépassent le seuil prévu pour chaque GHM, ont été réparties comme suit par tranches d’âge :

Tranches d'âge	Sorties de l'hôpital	
	en 2003	en 2004
0-14	14	14
15- 64	88	94
Plus de 65	259	237
Total	361	345

D'après lesdites données, en 2003 et en 2004, 71 p. 100 et 68 p. 100 respectivement des jours d'hospitalisation *outlier* ont concerné des patients âgés de plus de soixante-cinq ans, ce qui représente un indicateur indirect du besoin de soins résidentiels différents de ceux prévus à l'heure actuelle dans les structures pour les cas aigus.

Sur le total des unités organisationnelles hospitalières, les jours d'hospitalisation *outlier* sont les suivants :

	Jours d'hospitalisation		Jours <i>outlier</i>		Sorties de l'hôpital	
	2003	2004	2003	2004	2003	2004
Hôpital régional	21 116	19 198	8 142	6 902	361	345

Si l'on traduit les 6 902 jours *outlier* susdits en besoin de soins résidentiels et si on les considère comme étant à risque potentiel d'inadéquation, ils correspondent à environ 20 lits occupés.

Dans le cadre de l'assistance territoriale, la situation des hébergements dans des structures publiques et privées à l'échelon régional est la suivante :

Tableau 2. Lits dans des structures territoriales d'hébergement en Vallée d'Aoste par district (année 2006).

	Assistance socio-sanitaire dans les RSA (y compris l'assistance aux malades d'Alzheimer)		Assistance socio-sanitaire aux patients psychiatriques		Assistance socio-sanitaire aux personnes dépendantes de substances d'abus		Aide sociale en faveur des personnes âgées et handicapées	
	2003	2006	2003	2006	2003	2006	2003	2006
District 1	0	0	25	25	8	8	178	185
public	0	0	0	0	0	0	113	120
privé	0	0	25	25	0	0	65	65
District 2	0	20	0	8	40	40	412	417
public	0	20	0	0	0	0	177	277
privé	0	0	0	8	40	40	235	140
District 3	0	20	0	0	0	0	117	124
public	0	0	0	0	0	0	52	59
privé	0	0	0	0	0	0	65	65
District 4	11	11	0	10	0	0	217	242
public	0	0	0	10	0	0	147	170
privé	11	11	0	0	0	0	70	72
TOTAL	11	51	25	43	48	48	924	968
Lits tous les 1 000 habitants	0,09	0,43	0,21	0,36	0,40	0,40	0,77	0,81

Compte tenu de la disponibilité de lits dans les structures d'accueil enregistrée en 2003, pour faire front à la demande croissante de soins post-aigus des trois dernières années, l'Administration régionale a étendu l'offre d'assistance tant dans le domaine sanitaire que dans celui de l'aide sociale, et ce, grâce :

- à l'ouverture de la résidence sanitaire d'assistance (RSA) d'Antey-Saint-André et ensuite de celle d'Aoste, dans le cadre de l'Agence de services publics J.-B. Festaz, qui disposent de vingt lits chacune ;
- à l'augmentation de l'offre publique et privée accréditée de soins psychiatriques ;
- à l'augmentation de 924 à 968 du nombre de lits dans les structures d'aide sociale publiques et privées destinées aux personnes âgées et, parallèlement, à la mise en route d'un vaste plan de remise en état et d'amélioration de la capacité d'accueil desdites structures.

La réduction de presque 5 p. 100 des jours d'hospitalisation ordinaire dans les centres hospitaliers a entraîné l'augmentation des jours d'hospitalisation dans les structures d'hébergement socio-sanitaires et d'aide sociale, suivant un parcours qui améliore l'efficacité et l'adéquation du système socio-sanitaire régional.

Toutefois, une partie des prestations de rééducation est encore fournie dans le cadre du parcours hospitalier, alors qu'elles devraient l'être dans des structures différenciées selon le type de rééducation requise et selon son intensité, surtout pour ce qui est des usagers de plus de soixante-cinq ans.

Le renforcement et la valorisation de l'offre régionale de soins thermaux, citée tant dans l'objectif 15 (action 3) que dans le cadre de référence de l'objectif 28, par le rappel à la loi régionale n° 38 du 26 mai 1998 modifiée, représenteront une action de lutte contre la fuite des malades et permettront d'offrir, grâce par exemple à l'établissement situé dans la commune de Saint-Vincent, non pas un centre thermal sans caractérisation dans le cadre d'un marché national déjà consolidé, mais bien un centre régional d'excellence unissant à l'offre touristique la capacité d'attirer les résidents et les touristes grâce aux traitements spécialisés de maladies telles que les maladies vasculaires (deuxième cause des hospitalisations hors de la Vallée d'Aoste) et, en particulier, cardio-vasculaires.

La valorisation du centre thermal dans une optique de recherche et de soins spécialisés aux malades permet de renforcer l'offre de soins résidentiels sur le territoire dans une optique différente de celle traditionnelle, selon laquelle la santé n'est pas considérée seulement comme absence de maladies, mais également et surtout comme bien-être en cas de maladies en présence desquelles il est impératif de rechercher la meilleure qualité de la vie possible.

Les soins résidentiels fournis dans les centres hospitaliers et les structures territoriales situés hors de la Vallée d'Aoste.

Pour évaluer correctement les besoins de soins résidentiels dans le cadre des soins hospitaliers et territoriaux qu'il faudra satisfaire dans la région, sans préjudice toutefois de la liberté de choix de chaque individu et des dispositions du présent plan, il suffit d'analyser le type de soins fournis à l'heure actuelle aux patients valdôtains hors de la région.

Années	Fuite		
	Valeur absolue	Variation valeur absolue	Variation valeur %
1997	4 159	***	***
1998	4 640	481	11,57%
1999	4 848	208	4,48%
2000	4 998	150	3,09%
2001	4 991	-7	-0,14%
2002	4 975	-16	-0,32%
2003	5 179	204	4,1%
2004	5 413	234	4,52%

En 2004, pour ce qui est des GHM chirurgicaux, les hospitalisations de résidents valdôtains dans des structures situées hors de la région ont été au nombre de 3 145 (2 924 en 2003), alors que pour le GHM médicaux, lesdites hospitalisations ont été au nombre de 2 172 (2 150 en 2003).

L'analyse par types de soins peut également être effectuée par l'étude des macro-catégories de diagnostic qui ont mené à une hospitalisation hors de la région, comme il appert du tableau ci-après :

Tableau 3. Nombre d'hospitalisation de patients valdôtains hors de la région pour les trois premières macro-catégories de diagnostic (MDC). Valeurs absolues et pourcentages (années 2002/2004).

MDC	2002	2003	2004	Pourcentage de fuite
Code 08	1 191	1 419	1 548	27 %
Code 05	549	554	669	11 %
Code 01	403	409	428	8 %
Tous les codes	4 975	5 179	5 413	100 %

08 = maladies et troubles de l'appareil musculaire et squelettique et du tissu connectif ;
 05 = maladies et troubles de l'appareil circulatoire ;
 01 = maladies et troubles du système nerveux.

En sus des causes d'hospitalisation dues aux « hautes spécialités », les maladies relevant des trois grandes aires susmentionnées – qui engendrent entre autres la plupart des besoins de rééducation – causent 40 p. 100 environ des fuites de patients et il est donc évident que l'offre future d'assistance doit tenir compte desdits besoins.

En particulier, les prestations de rééducation fournies hors de la région à des résidents valdôtains représentent plus de 7 p. 100 du total et la partie la plus importante – qui a été analysée de manière plus précise – concerne l'appareil musculaire et squelettique. En 2004, compte tenu des hospitalisations avec au moins un code de procédure pour des prestations de physiothérapie musculaire et squelettique, sur un total de 5 413 hospitalisations, 315 (soit 5,8 p. 100) étaient caractérisées par le besoin de ce type de prestations, fournies à une population

représentée à hauteur de 54,6 p. 100 (correspondant à 172 hospitalisations) par des personnes âgées de 65 ans ou plus.

Aux prestations de rééducation hospitalière s'ajoutent celles fournies par l'Agence USL de la Vallée d'Aoste qui acquiert chaque année – sur la base d'un contrat passé avec la maison de soins *San Michele* d'Albenga – 11 000 journées d'hospitalisation environ. Le nombre annuel potentiel de patients varie entre 650 et 730 et les lits réservés aux résidents valdôtains sont au nombre de 30.

Pour compléter le cadre de référence de l'assistance fournie par des structures d'hébergement situées hors de la région, il y a lieu de rappeler que 36 patients valdôtains sont encore accueillis dans des centres de soins psychiatriques, pour un nombre total d'environ 13 000 jours d'assistance par an, et que, d'après une étude effectuée récemment par le groupe de travail interdisciplinaire chargé des problèmes du besoin de soins résidentiels des personnes âgées – qui a abouti à une proposition technique de définition des standards auxquels doivent répondre les services en cause et les activités y afférentes – les besoins présumés d'assistance avec hébergement correspondront d'ici 2010 à 1400 lits.

La demande future de soins résidentiels destinés aux personnes âgées s'ajoute à celle déjà enregistrée et n'ayant pu être satisfaite dans la région.

**PLAN CHRONOLOGIQUE
DES OBJECTIFS
DU
PLAN RÉGIONAL
DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL
2006-2008**

Objectif	Description de l'objectif	Activité	Description de l'activité	Détails					Notes	
				1 ^{er} semestre 2006	2 ^e semestre 2006	1 ^{er} semestre 2007	1 ^{er} semestre 2008	1 ^{er} semestre 2008		Après 2008
n° 1	Garantir le développement de la connaissance des besoins de santé et de bien-être social, au regard notamment à l'analyse des inégalités de santé et des facteurs qui les influencent	A	Consolidation de l'observation épidémiologique	1. Réviser le plan des activités épidémiologiques et des compétences professionnelles en vue de l'utilisation intégrée des données et de leur prise en compte à des fins épidémiologiques, s'il y a lieu par la mise en œuvre de parcours de formation ciblés ;	2. Développer de nouvelles activités épidémiologiques et professionnelles en vue de l'utilisation intégrée des données et de leur prise en compte à des fins épidémiologiques, s'il y a lieu par la mise en œuvre de parcours de formation ciblés ;	3. Concevoir et réaliser des actions minimales de correction des systèmes d'information sanitaire nécessaires en vue de l'analyse, du suivi et de l'évaluation du problème de légitimité dans le domaine de la santé ;	4. Sélectionner des politiques et des mesures portant sur le revenu, l'emploi, l'environnement et le welfare qui, dans les réalités autres que la réalité valdôtaine, se sont avérées efficaces pour réduire les inégalités concernant la santé et l'accès aux services et présenter, aux différents niveaux de responsabilité technique et politique, un plan d'intervention pour l'équité sanitaire ;	6. Développer, en collaboration avec le réseau des référents régionaux, une activité épidémiologique dans le domaine pédiatrique, eu égard notamment aux pathologies neuropsychiatriques ;	Après 2008	4. Sélectionner des politiques et des mesures portant sur le revenu, l'emploi, l'environnement et le welfare qui, dans les réalités autres que la réalité valdôtaine, se sont avérées efficaces pour réduire les inégalités concernant la santé et l'accès aux services et présenter, aux différents niveaux de responsabilité technique et politique, un plan d'intervention pour l'équité sanitaire ;
				5. Réaliser des analyses géographiques des données sur la santé et sur l'offre de services, eu égard notamment aux problèmes liés à la santé dans les zones de montagne ;	7. Planifier des initiatives de communication des résultats de l'enquête épidémiologique et développer des compétences en matière de communication des risques, eu égard notamment aux problèmes de la santé dans les zones de montagne ;	6. Développer les compétences en matière de communication, ainsi que la planification de cycles de présentation des résultats faisant l'objet de documents soit à caractère technique et organisationnel, soit à caractère politique et de programmation ;	5. Construire et mettre en œuvre un réseau régional stable de référents qui contribue à l'identification des nouveaux besoins de données, à la conception des actions de collecte y afférentes et à l'interprétation des résultats, dans les différentes sphères de compétence ;			
n° 2	Étendre l'observation épidémiologique aux déterminants environnementaux	UNIQUE	Institutionnalisation de l'observation épidémiologique environnementale	1. Identifier des indicateurs d'activité supplémentaires, toujours plus ciblés sur l'évaluation des processus et des résultats ;	2. Consolider l'activité éditoriale de l'Observatoire des politiques sociales par la planification d'une série de publications tant à caractère général qu'à caractère thématique, dans le sillon du projet déjà entamé sur les problèmes de la famille et du logement. Réviser le plan par des outils d'enquête ad hoc ;	3. Soutenir la création et la rationalisation des flux d'informations d'ordre social et socio-sanitaire, dans une optique intégrée, s'il y a lieu ;	3. Encourager la conception d'une plate-forme informative commune aux deux secteurs concernés (santé et environnement) ;	4. Augmenter et encourager le développement à tous niveaux d'une culture axée sur l'observation institutionnelle en tant que moment irremplaçable de la planification et de l'évaluation des politiques et des mesures dans le domaine social, s'il y a lieu par des actions formatives ;		
				1. Développer les formes de collaboration actuelles au sujet de la détermination des compétences dans le secteur de l'épidémiologie environnementale en Vallée d'Aoste ;	2. Formuler une proposition, partagée par les référents de l'ARPE de la Vallée d'Aoste, de l'OREPS et de l'Agence USL, en vue de la définition des compétences en matière d'épidémiologie environnementale et de l'attribution de celles-ci au niveau régional ;	3. Mettre en route un parcours de formation ciblé, en collaboration, éventuellement, avec d'autres agences pour la protection de l'environnement ;	5. Développer des systèmes d'information intégrés dans les secteurs sanitaire et environnemental, ainsi que des méthodes communes pour les analyses et l'interprétation de leurs résultats ;	6. Appuyer la définition des indicateurs régionaux de santé sensibles aux objectifs de qualité environnementale, de concert avec l'ARPE de la Vallée d'Aoste ;		
n° 3	Rationaliser l'organisation des activités de prévention et de promotion de la santé	UNIQUE	Développement de l'organisation des activités par districts et révision des tâches du Département de prévention	1. Compléter la révision des activités du Département de prévention dans le but de définir, de cataloguer et d'évaluer les actions de prévention en cours, afin que puissent être favorisées les seules pratiques dont l'efficacité a été prouvée ;	2. Rendre le modèle organisationnel du Département de prévention par la mise à jour des dispositions régionales en la matière et l'organisation des activités par districts ; à cet effet, il y a lieu de repérer des référents qui participent au plan en question par la réalisation d'actions dans les districts et qui répondent aux exigences spécifiques de la zone territoriale de référence ;	3. Augmenter, au niveau central, les capacités de conception et d'orientation des activités de prévention efficaces par la réalisation d'actions de formation, de projets pilotes tels que le « Guichet unique de la prévention » et de registres pour les causes de décès ou pour les pathologies ;	4. Encourager la conception et l'orientation des activités de prévention efficaces par la réalisation d'actions de formation, de projets pilotes tels que le « Guichet unique de la prévention » et de registres pour les causes de décès ou pour les pathologies ;	4. Concevoir la normalisation logistique des activités réalisées de manière centralisée par le Département de prévention ;		
				2. Rendre le modèle organisationnel du Département de prévention par la mise à jour des dispositions régionales en la matière et l'organisation des activités par districts ; à cet effet, il y a lieu de repérer des référents qui participent au plan en question par la réalisation d'actions dans les districts et qui répondent aux exigences spécifiques de la zone territoriale de référence ;	3. Augmenter, au niveau central, les capacités de conception et d'orientation des activités de prévention efficaces par la réalisation d'actions de formation, de projets pilotes tels que le « Guichet unique de la prévention » et de registres pour les causes de décès ou pour les pathologies ;	4. Encourager la conception et l'orientation des activités de prévention efficaces par la réalisation d'actions de formation, de projets pilotes tels que le « Guichet unique de la prévention » et de registres pour les causes de décès ou pour les pathologies ;	4. Concevoir la normalisation logistique des activités réalisées de manière centralisée par le Département de prévention ;			

Cronoprogramma.uniformato.xls

Objectif	Description de l'objectif	Activité	Description de l'activité	Détails				Notes		
				1 ^{er} semestre 2006	2 ^e semestre 2006	1 ^{er} semestre 2007	II ^e semestre 2007		III ^e semestre 2008	Après 2008
n° 4	Elaboration de plans de prévention primaire pour la promotion de la santé et pour la protection contre les risques	UNIQUE	Promotion d'un style de vie correct	1. Réaliser des actions ayant pour cible des tranches de population – définies entre autres sur la base de données concernant les inégalités sociales – et pour objectif principal la modification des styles de vie et des conditions environnementales, notamment de campagnes d'information et de formation portant sur les sujets suivants : – « parcours naissance » et campagnes vaccinales à l'intention notamment de la population immigrée et défavorisée ; – habitudes alimentaires et modification des exigences nutritionnelles en fonction des moments et de l'âge (notamment la période de grossesse et l'âge adulte) ; – importance d'une activité physique correcte, continue et adaptée à l'âge (actions visant aussi bien la population que les acteurs du monde du sport amateur et de compétition et de l'école) ; – limitation des mauvaises habitudes telles que le tabagisme et l'alcoolisme par le développement et la diffusion territoriale des services d'aide à la personne (centres de consultation sociales, activités territoriales sanitaires et sociales) et des initiatives destinées aux adolescents et aux jeunes adultes ; 2. Réaliser des actions de formation des personnels sanitaires et sociaux en vue de leur apprendre à : – interpréter correctement leur rôle fondamental de prévention ; – distinguer les mesures de prévention primaire de celles de prévention secondaire (dépistage précoce) ; – promouvoir la santé directement ; 4. Ouvrir un service de médecine sportive géré directement par l'Agence USL de la Vallée d'Aoste ; 6. Evaluer, en fonction des ressources disponibles, la possibilité d'insérer des niveaux d'assistance supplémentaires dans le cadre de la médecine scolaire ;	9. Promouvoir des programmes visant à assurer le suivi et la réduction de l'obésité chez l'enfant ;	5. Réaliser des confrontations, des analyses et des études visant à multiplier les propositions relatives au problème de l'éducation à la santé dans l'arc alpin, après avoir établi les caractéristiques similaires, égales et parallèles des régions concernées ;	8. Soutenir les associations d'entraide dans le domaine de l'alcoolisme ;	7. Mettre en place le suivi des phénomènes du tabagisme et de l'alcoolisme pour en évaluer l'importance et en définir les pourcentages de diminution à atteindre ;	Action 1) Les plans de prévention et de promotion de la santé préciseront toutes les actions annuelles	
n° 5	Promouvoir la santé et la sécurité sur les lieux de travail, ainsi que la prévention des accidents domestiques	A	Prévention des accidents sur les lieux de travail	1. Définir des cartes de risque régionales divisées par secteur et par gravité ; 2. Etablir, en collaboration avec le Département de Prévention de l'USL et l'INAIL, de la Vallée d'Aoste, un plan régional de prévention visant à la protection de la santé sur les lieux de travail et organisant de manière efficace les différents outils de prévention (éducation et formation, gestion du risque, répression, etc.) ; 4. Développer, le cas échéant en collaboration avec l'ARPE de la Vallée d'Aoste, les initiatives de promotion de la santé et de prévention des risques liés à l'exposition aux rayons UV, eu égard notamment aux comportements à adopter en cas d'exposition solaire pendant l'activité de travail et en dehors de celle-ci, à l'utilisation incorrecte des moyens de protection et au contrôle périodique de la peau ;	3. Réaliser ledit plan et vérifier les résultats obtenus ;					
		B	Prévention des accidents domestiques	1. Assurer le suivi du phénomène à travers le Secours d'urgence et le Département des urgences et de l'accueil par l'ajout d'informations (qui d'habitude ne sont pas collectées par le Secours d'urgence) au sens du protocole SINJACA de l'Institut supérieur de la santé et compléter ces données avec d'autres sources d'information (lettres de sortie de l'hôpital, mortalité) ; 2. Mettre en œuvre une campagne d'information à l'intention des sujets les plus à risque, afin de les sensibiliser sur les sources potentielles de danger dans les lieux de travail ; 3. Promouvoir un groupe de travail dont font partie l'Assessorat du territoire, de l'environnement et des ouvrages publics, le service compétent de l'Agence USL, l'INAIL, l'ISPEL, les représentants des collectivités locales et les ordres professionnels, ainsi que tout autre sujet concerné, chargé d'analyser les problèmes liés à la prévention des accidents domestiques et de planifier les interventions nécessaires ;						
				5. Améliorer la protection et la promotion de la santé dans les espèces délimitées, notamment dans les lieux de travail où est prévue l'utilisation d'agents chimiques ;						
									Action 4) Les plans de prévention et de promotion de la santé préciseront toutes les actions annuelles	

Objectif	Description de l'objectif	Activité	Description de l'activité	Détails					Notes	
				1 ^{er} semestre 2006	2 ^e semestre 2006	1 ^{er} semestre 2007	II ^e semestre 2007	I ^{er} semestre 2008		II ^e semestre 2008
n° 6	Garantir la sécurité des aliments, conformément aux indications de la réglementation communautaire, et encourager l'amélioration qualitative des productions traditionnelles	A	Responsabilisation des producteurs alimentaires	1. Favoriser l'expérimentation sur le terrain des modalités de gestion de la documentation colligeant les exploitations agricoles et les élevages de bovins, d'ovins et de caprins ; #####		3. Définir et formaliser à l'échelon régional une liste des médecins vétérinaires, des agronomes et des techniciens d'entreprises	4. Favoriser la préparation et l'application de guides de bonnes pratiques vétérinaires dans les exploitations agricoles et dans les élevages	5. Favoriser la préparation de guides de bonnes pratiques vétérinaires destinés aux opérateurs de la filière des produits bénéficiant de l'appellation d'origine protégée (AOP) ou des produits traditionnels, y compris dans la phase de fourniture des dits produits		
		B	Développement du système d'analyse du risque	2. Réorganiser le système d'information vétérinaire en définissant les flux de données et en complétant ces dernières avec celles provenant de l'Assessorat compétent en matière d'agriculture, de l'ISZS et de l'ARPE ; #####	1. Réorganiser le répertoire des producteurs d'aliments en unifiant les répertoires existants ;	3. Consulter un Comité régional pour la sécurité alimentaire chargé d'évaluer le risque alimentaire ;	6. Vérifier par audit si les contrôles effectués par les services du Département de prévention sont efficaces	7. Organiser un système de communication du risque prévoyant la participation des citoyens, par l'intermédiaire des associations catégorielles des producteurs et des consommateurs, et la publication sur le site de la Région et sur les sites mis à la disposition par les associations du résultat des contrôles officiels effectués		
n° 7	Lutter contre les principales causes de décès pour maladie dans la population, eu égard notamment aux pathologies cardiovasculaires et cérébrovasculaires et aux cancers	A	Réalisation de plans de prévention primaire et secondaire	1. Réaliser des plans intégrés avec la collaboration de l'Agence USL, des associations et des collectivités locales, pour une correcte éducation et formation en matière d'alimentation ;						
		B	Développement et mise en œuvre de programmes de dépistage	2. Mettre en œuvre des actions de sensibilisation et de promotion pour l'adoption de styles de vie corrects, destinées à des groupes spécifiques de la population ;	3. Élaborer des plans d'éducation sanitaire visant à modifier le style de vie des patients à risque et des membres de leur famille, en collaboration avec les médecins généralistes (MMG), les pédiatres de famille (PLS) et les spécialistes travaillant à l'hôpital et sur le territoire ;	4. Améliorer les connaissances des risques liés au tabagisme actif et passif, notamment pour ce qui est des personnes qui sont plus à risque (enfants, femmes enceintes, personnes atteintes de pathologies respiratoires), et promouvoir des actions de contraste destinées à réduire ou à empêcher l'initiation au tabagisme, eu égard notamment aux adolescents et aux femmes ;				

Objectif	Description de l'objectif	Activité	Description de l'activité	Détails					Notes	
				1 ^{er} semestre 2006	2 ^e semestre 2006	1 ^{er} semestre 2007	II ^e semestre 2007	1 ^{er} semestre 2008		II ^e semestre 2008
n° 8	Renforcer les relations hôpital-territoire et concrétiser la continuité de l'assistance et le développement de l'organisation unitaire des services de district	A	Développement de la synergie hôpital-territoire	1. Achèver l'organisation des prestations par profils d'assistance sanitaire plutôt que par compétences, de façon à garantir le respect de la place centrale de l'usager ;						L'action 5 est liée à l'approbation des accords régionaux relatifs aux médecins de base de passage de l'action 2. L'action 1 sert de préparation à l'action 2.
				2. Définir et appliquer des modalités d'organisation intégrées, aussi bien à l'échelon des départements qu'à celui des districts ;						
				3. Définir des modalités d'évaluation multidimensionnelle et multiprofessionnelle de l'usager susceptibles de permettre une prise en compte correcte et complète des besoins de l'usager ;						
				4. Définir et appliquer des modalités de travail par équipes territoriales, organisées à l'échelle du district et comprenant toutes les compétences professionnelles (cliniques, spécialisées, organisationnelles et sociales) propres à garantir la continuité de l'assistance ;						
				5. Réaliser des activités de formation, en vue de la phase de passage à un modèle stable de synergie entre l'assistance de district et l'assistance hospitalière ;						
				6. Poursuivre à la modernisation et au développement continu du système d'information, des bases de données, de la communication interprofessionnelle et intraprofessionnelle, ainsi que de la communication interinstitutionnelle et intrasituationnelle ;						
				7. Prévoir et appliquer des formes de participation des représentants des collectivités locales aux fins de la planification des activités à l'échelle du district ;						
				1. Définir des modalités de renforcement de la synergie spécialiste hospitalier - spécialiste sur le territoire - pédiatre de famille ;						
				2. Soutenir le projet pour la promotion de l'allaitement maternel ;						
				3. Consolider le « parcours naissance », au regard notamment à la prévention et au soutien du rôle parental ;						
				4. Développer l'activité d'information et de prévention relative à l'interruption volontaire de grossesse dans le cadre du « parcours naissance », au regard notamment à la population immigrée ;						
		B	Renforcement des activités dans l'aire de la santé périnatale et infantile	5. Analyser, par le biais du Département de santé publique, les besoins et les modalités locales et territoriales du réseau organisationnel du réseau territorial des centres de consultation, en vue d'une éventuelle révision de celui-ci ;						
				6. Diffuser et valoriser, à l'échelle des centres de consultation, le rôle spécifique des obstétriciennes dans le parcours de la grossesse physiologique ;						
				1. Définir les principaux parcours d'assistance liés aux besoins ;						
				2. Déterminer les besoins en prestations sanitaires et sociales ;						
				3. Prendre en compte les besoins dans le cadre des plans annuels d'application, en collaboration avec les différentes instances de gestion accréditées ;						
				4. Assurer la participation de toutes les composantes sanitaires du SSR au système de gratification ;						
				5. Instituer un groupe régional de suivi des listes d'attente, intégrant entre autres le médiateur, le CELVA, les organisations de protection les plus représentatives et la Coordination des services de Bénévolet ;						
		C	Réduction des listes d'attente et renforcement des parcours de soins	6. Réaliser, à l'intention des opérateurs, une formation spécifique sur la médecine et l'assistance fondées sur les faits probants ;						
				7. Inclure un nombre accru de pratiques de diagnostic, de visites et d'actions de soins dans les centres chirurgicales dans le système informatisé du centre unique de réservation (CUP) et étudier parallèlement de nouvelles modalités de réservation exploitant l'Internet et le réseau informatisé des médecins généralistes ;						
				L'action 1 et l'action 1 de l'objectif 8, activité A, sont concomitantes. L'action 1 sert de préparation à l'action 1 de l'objectif 8, activité A, sont concomitantes. Les actions 1, 2 et 3, sont la conséquence l'une de l'autre et sont soumises à une actualisation progressive.						

Objectif	Description de l'objectif	Activité	Description de l'activité	Délais					Notes
				1 ^{er} semestre 2006	2 ^e semestre 2006	1 ^{er} semestre 2007	1 ^{er} semestre 2008	Après 2008	
n° 9 Développer l'assistance de base, la médecine spécialisée territoriale et les soins palliatifs et assurer le suivi de l'assistance pharmaceutique	Actualisation du modèle d'assistance de base	A		1. Prévoir et appliquer un modèle organisationnel de district qui développe en priorité des formes de médecine telles que les associations médicales et la médecine de groupe, susceptibles de compléter la pratique individuelle, de manière à élargir quantitativement et qualitativement l'assistance de base en faisant appel aux spécialistes et aux médecins de la continuité de l'assistance, même par l'intermédiaire de groupements qui auront le droit de participer aux activités de district et notamment à la définition des modèles organisationnels, à la détermination des mécanismes de planification et de contrôle, ainsi qu'à la fixation des objectifs de budget.	2. Définir les accords régionaux liés au CNU et notamment aux exigences en matière de qualité, de continuité des soins et d'assistance dans les zones les plus périphériques ;	3. Elaborer de nouvelles modalités de collaboration entre MMG, PLS, MCA et spécialistes des centres de consultation au sujet de la continuité des soins, et ce, pour que les médecins de la continuité de l'assistance puissent avoir de meilleures conditions de travail et un rapport plus étroit avec leurs collègues et avec leurs patients, respectifs.	4. Définir les modalités de collaboration entre MMG, PLS, MCA et spécialistes des centres de consultation au sujet de la continuité des soins, et ce, pour que les médecins de la continuité de l'assistance puissent avoir de meilleures conditions de travail et un rapport plus étroit avec leurs collègues et avec leurs patients, respectifs.	5. Définir les modalités de collaboration entre MMG, PLS, MCA et spécialistes des centres de consultation au sujet de la continuité des soins, et ce, pour que les médecins de la continuité de l'assistance puissent avoir de meilleures conditions de travail et un rapport plus étroit avec leurs collègues et avec leurs patients, respectifs.	L'action 1 est liée à l'approbation des accords régionaux relatifs aux médecins de base (voir également l'action 2)
				6. Préparer une nouvelle modalité de vérification des conditions économiques des destinataires des niveaux régionaux complémentaires d'assistance sur la base de l'INSE ;	7. Préparer conjointement avec l'Agence USL une étude pour la révision des modalités actuelles de fourniture des prothèses odontologiques, eu égard notamment à la projection des coûts hypothétiques ;	8. Définir les modalités de collaboration entre MMG, PLS, MCA et spécialistes des centres de consultation au sujet de la continuité des soins, et ce, pour que les médecins de la continuité de l'assistance puissent avoir de meilleures conditions de travail et un rapport plus étroit avec leurs collègues et avec leurs patients, respectifs.	9. Définir les modalités de collaboration entre MMG, PLS, MCA et spécialistes des centres de consultation au sujet de la continuité des soins, et ce, pour que les médecins de la continuité de l'assistance puissent avoir de meilleures conditions de travail et un rapport plus étroit avec leurs collègues et avec leurs patients, respectifs.		
				10. Définir les modalités de collaboration entre MMG, PLS, MCA et spécialistes des centres de consultation au sujet de la continuité des soins, et ce, pour que les médecins de la continuité de l'assistance puissent avoir de meilleures conditions de travail et un rapport plus étroit avec leurs collègues et avec leurs patients, respectifs.	11. Définir les modalités de collaboration entre MMG, PLS, MCA et spécialistes des centres de consultation au sujet de la continuité des soins, et ce, pour que les médecins de la continuité de l'assistance puissent avoir de meilleures conditions de travail et un rapport plus étroit avec leurs collègues et avec leurs patients, respectifs.	12. Définir les modalités de collaboration entre MMG, PLS, MCA et spécialistes des centres de consultation au sujet de la continuité des soins, et ce, pour que les médecins de la continuité de l'assistance puissent avoir de meilleures conditions de travail et un rapport plus étroit avec leurs collègues et avec leurs patients, respectifs.	13. Définir les modalités de collaboration entre MMG, PLS, MCA et spécialistes des centres de consultation au sujet de la continuité des soins, et ce, pour que les médecins de la continuité de l'assistance puissent avoir de meilleures conditions de travail et un rapport plus étroit avec leurs collègues et avec leurs patients, respectifs.		
				14. Définir les modalités de collaboration entre MMG, PLS, MCA et spécialistes des centres de consultation au sujet de la continuité des soins, et ce, pour que les médecins de la continuité de l'assistance puissent avoir de meilleures conditions de travail et un rapport plus étroit avec leurs collègues et avec leurs patients, respectifs.	15. Définir les modalités de collaboration entre MMG, PLS, MCA et spécialistes des centres de consultation au sujet de la continuité des soins, et ce, pour que les médecins de la continuité de l'assistance puissent avoir de meilleures conditions de travail et un rapport plus étroit avec leurs collègues et avec leurs patients, respectifs.	16. Définir les modalités de collaboration entre MMG, PLS, MCA et spécialistes des centres de consultation au sujet de la continuité des soins, et ce, pour que les médecins de la continuité de l'assistance puissent avoir de meilleures conditions de travail et un rapport plus étroit avec leurs collègues et avec leurs patients, respectifs.	17. Définir les modalités de collaboration entre MMG, PLS, MCA et spécialistes des centres de consultation au sujet de la continuité des soins, et ce, pour que les médecins de la continuité de l'assistance puissent avoir de meilleures conditions de travail et un rapport plus étroit avec leurs collègues et avec leurs patients, respectifs.		
		B	1. Réaliser un système régional en réseau pour les soins palliatifs visant à l'intégration des activités hospitalières, des services de soins à domicile, à l'hôpital et en établissement et à la mise en œuvre d'une offre adéquate sur tout le territoire régional	2. Etablir un set minimum d'indicateurs pour la collecte des informations nécessaires à la description qualitative de la consommation des médicaments et des dépenses pharmaceutiques y afférentes, distinctes en fonction de leur nature (dépenses pharmaceutiques hospitalières, dépenses pharmaceutiques territoriales, distribution directe de médicaments, distribution pour le compte d'une structure sanitaire et dépenses de médicaments, distribution pour le compte d'une structure sanitaire et dépenses de médicaments, distribution pour le compte d'une structure sanitaire et dépenses de médicaments)	3. Former les opérateurs concernés et leur fournir les moyens nécessaires aux fins de la collecte des données relatives aux modalités d'assistance au malade et de la comparaison desdites données	4. Définir les modalités de collaboration entre MMG, PLS, MCA et spécialistes des centres de consultation au sujet de la continuité des soins, et ce, pour que les médecins de la continuité de l'assistance puissent avoir de meilleures conditions de travail et un rapport plus étroit avec leurs collègues et avec leurs patients, respectifs.	5. Définir les modalités de collaboration entre MMG, PLS, MCA et spécialistes des centres de consultation au sujet de la continuité des soins, et ce, pour que les médecins de la continuité de l'assistance puissent avoir de meilleures conditions de travail et un rapport plus étroit avec leurs collègues et avec leurs patients, respectifs.	6. Définir les modalités de collaboration entre MMG, PLS, MCA et spécialistes des centres de consultation au sujet de la continuité des soins, et ce, pour que les médecins de la continuité de l'assistance puissent avoir de meilleures conditions de travail et un rapport plus étroit avec leurs collègues et avec leurs patients, respectifs.	L'action 2 est liée à l'action 2 de l'objectif 8, activité A L'action 3 sert de préparation à l'action 4
		C	1. Réaliser un système régional en réseau pour les soins palliatifs visant à l'intégration des activités hospitalières, des services de soins à domicile, à l'hôpital et en établissement et à la mise en œuvre d'une offre adéquate sur tout le territoire régional	2. Etablir un set minimum d'indicateurs pour la collecte des informations nécessaires à la description qualitative de la consommation des médicaments et des dépenses pharmaceutiques y afférentes, distinctes en fonction de leur nature (dépenses pharmaceutiques hospitalières, dépenses pharmaceutiques territoriales, distribution directe de médicaments, distribution pour le compte d'une structure sanitaire et dépenses de médicaments, distribution pour le compte d'une structure sanitaire et dépenses de médicaments)	3. Former les opérateurs concernés et leur fournir les moyens nécessaires aux fins de la collecte des données relatives aux modalités d'assistance au malade et de la comparaison desdites données	4. Définir les modalités de collaboration entre MMG, PLS, MCA et spécialistes des centres de consultation au sujet de la continuité des soins, et ce, pour que les médecins de la continuité de l'assistance puissent avoir de meilleures conditions de travail et un rapport plus étroit avec leurs collègues et avec leurs patients, respectifs.	5. Définir les modalités de collaboration entre MMG, PLS, MCA et spécialistes des centres de consultation au sujet de la continuité des soins, et ce, pour que les médecins de la continuité de l'assistance puissent avoir de meilleures conditions de travail et un rapport plus étroit avec leurs collègues et avec leurs patients, respectifs.	6. Définir les modalités de collaboration entre MMG, PLS, MCA et spécialistes des centres de consultation au sujet de la continuité des soins, et ce, pour que les médecins de la continuité de l'assistance puissent avoir de meilleures conditions de travail et un rapport plus étroit avec leurs collègues et avec leurs patients, respectifs.	
		D	1. Réaliser un système régional en réseau pour les soins palliatifs visant à l'intégration des activités hospitalières, des services de soins à domicile, à l'hôpital et en établissement et à la mise en œuvre d'une offre adéquate sur tout le territoire régional	2. Etablir un set minimum d'indicateurs pour la collecte des informations nécessaires à la description qualitative de la consommation des médicaments et des dépenses pharmaceutiques y afférentes, distinctes en fonction de leur nature (dépenses pharmaceutiques hospitalières, dépenses pharmaceutiques territoriales, distribution directe de médicaments, distribution pour le compte d'une structure sanitaire et dépenses de médicaments, distribution pour le compte d'une structure sanitaire et dépenses de médicaments)	3. Former les opérateurs concernés et leur fournir les moyens nécessaires aux fins de la collecte des données relatives aux modalités d'assistance au malade et de la comparaison desdites données	4. Définir les modalités de collaboration entre MMG, PLS, MCA et spécialistes des centres de consultation au sujet de la continuité des soins, et ce, pour que les médecins de la continuité de l'assistance puissent avoir de meilleures conditions de travail et un rapport plus étroit avec leurs collègues et avec leurs patients, respectifs.	5. Définir les modalités de collaboration entre MMG, PLS, MCA et spécialistes des centres de consultation au sujet de la continuité des soins, et ce, pour que les médecins de la continuité de l'assistance puissent avoir de meilleures conditions de travail et un rapport plus étroit avec leurs collègues et avec leurs patients, respectifs.	6. Définir les modalités de collaboration entre MMG, PLS, MCA et spécialistes des centres de consultation au sujet de la continuité des soins, et ce, pour que les médecins de la continuité de l'assistance puissent avoir de meilleures conditions de travail et un rapport plus étroit avec leurs collègues et avec leurs patients, respectifs.	

Objectif	Description de l'objectif	Activité	Description de l'activité	Détails					Après 2008	Notes
				1 ^{er} semestre 2006	2 ^e semestre 2006	1 ^{er} semestre 2007	II ^e semestre 2007	I ^{er} semestre 2008		
n° 10	Maintenir et contrôler la qualité et la spécificité du système des urgences sanitaires	UNIQUE	Suivi de l'activité du système des urgences sanitaires aux fins de l'amélioration des prestations			1. Le système régional des urgences doit être conçu comme un organisme opérationnel unique, dépasser la division actuelle entre la composante territoriale et celle hospitalière et prévoir le plus grand roulement des personnels sanitaires ; 4. Le système de la continuité de l'assistance doit être réorganisé par son insertion totale dans le cadre des activités de l'assistance de base du district ; il y a lieu de définir un système d'information informatisé unique pour tout le système des urgences comprenant la gestion de l'appel de secours, du triage et des activités territoriales (ambulance, hélicoptère, PPS) ;	2. Les contrats professionnels doivent envisager des solutions qui permettent de réduire le changement des médecins du système en favorisant le plus possible les recrutements stables, à savoir les contrats de travail salarié à durée indéterminée 3. La Centrale opérationnelle doit être réorganisée et insérée dans le cadre de la Centrale unique régionale en cours de constitution			
n° 11	Renforcer les activités d'assistance à domicile, d'assistance de jour et d'hébergement alternatives à l'hospitalisation par la mise en place de services sanitaires et sociaux	A	Développement des services à domicile, de jour et d'hébergement dans le cadre d'un réseau de services sanitaires et d'aide sociale			1. Pourvoir à la définition, et à l'extension à tout le territoire régional, de modalités uniformes d'accès aux services d'aide à domicile, de jour et d'hébergement, sur la base de l'évaluation pluriprofessionnelle et multidimensionnelle des besoins sanitaires et sociaux de l'usager, en garantissant l'intégration des services sanitaires territoriaux et des services d'aide sociale gérés par les collectivités locales, ce qui est tout à l'avantage de la population adulte 2. Appliquer à l'échelon de chaque district la planification des activités et des prestations sanitaires pouvant être fournies sans qu'il soit nécessaire de faire appel à la structure hospitalière ; 7. Réaliser dans le chef-lieu ou dans les environs, une RSA destinée tant à la réduction qu'aux soins post-urgés, évitant ainsi l'entrée dans le système des urgences existantes opportunément accréditées ;	3. Assurer le suivi de la rationalisation des parcours d'assistance à l'échelon de chaque district ; 4. Etendre le service d'aide à domicile réglée sur l'ensemble des territoires régionaux, en analysant les positifs de l'expérimentation dans la commune d'Aoste ; 5. Renforcer la centrale opérationnelle territoriale des fonctions de soutien de l'ADI 6. Qualifier le marché privé du service d'aide à domicile par des actions de formation et d'accréditation spécifiques et, en même temps, en orienter et soutenir la demande par le versement, entre autres, d'aides économiques proportionnelles aux capacités de dépense des ménages et aux dépenses effectivement supportées 8. Définir un nouveau modèle organisationnel de structure de jour et d'hébergement pour personnes âgées, catégorisé par trois niveaux différents, dans le but de répondre aux besoins des personnes âgées et de favoriser leur autonomie 9. Ouvrir le service d'hébergement pour le traitement des malades en phase terminale (Hospice) dès que la structure y afférente sera achevée			L'action 1 est liée à l'action 4 de l'objectif 8, activité A L'action 3 est liée à l'action 2 de l'objectif 8, activité A L'action 2 est liée à l'action 3 de l'objectif 8, activité A

Objectif	Description de l'objectif	Activité	Description de l'activité	Détails					Notes		
				1 ^{er} semestre 2006	2 ^e semestre 2006	1 ^{er} semestre 2007	1 ^{er} semestre 2008	2 ^e semestre 2008			
n° 11		B	Développement et consolidation des services territoriaux pour la santé mentale	1. Réaliser, par des protocoles spécifiques, de collaboration des mesures de prévention visant à l'identification des jeunes, et notamment des adolescents, des cultures et des contextes à risques ;	3. Mettre en place les structures nécessaires à la mise en œuvre de plans d'assistance de jour ;	4. Favoriser la naissance et le fonctionnement de groupes d'aide mutuelle composés de patients et de membres de leurs familles, ainsi que de coopératives d'aide sociale ayant pour but l'insertion professionnelle des usagers concernés ;	5. Mettre en réseau les informations et les données collectées en matière de dépendance, de déviance et de malaise et renforcer la collecte informatisée de ces données, conformément aux indicateurs fixés à l'échelon européen, afin d'améliorer la connaissance épidémiologique du phénomène ;				
				2. Promouvoir une formation intégrée des opérateurs publics et privés cohérente avec les nouveaux besoins et les nouveaux objectifs ;	2. Qualifier et adapter l'offre d'assistance et, si nécessaire, reconstruire les structures thérapeutiques et de rééducation aux fins d'une meilleure réponse aux problèmes qui se posent, tels que la gestion du double diagnostic, l'alcoolisme, les troubles de personnalité (troubles de partiel, jeux de hasard, etc.) ;	3. Faire appel à des compétences professionnelles et à des collaborations continues, partagées par les différents acteurs mobilisés, afin de renforcer les opportunités de réinsertion sociale, professionnelle et au domicile ;	4. Mettre en place et définir un réseau régional intégré de services consacré aux patients ayant des problèmes liés à l'alcool, aux fins de la prévention, du diagnostic, du traitement et de la rééducation y afférents ;	1. Réaliser des actions d'offre active de protection de la santé mentale (par le recours éventuellement aux médiateurs culturels) ;			
n° 12	Développer l'activité relative à l'assistance de longue durée et à la réduction intensive, suivant la logique de réseau intégré de services à la personne	UNIQUE	Amélioration de l'offre d'assistance dans les secteurs de la rééducation et de l'hospitalisation de longue durée	2. Prévenir et réduire les maladies infectieuses (amélioration des conditions hygiéniques personnelles et du milieu), les toxomanies et toute forme d'automutilation ;	3. Offrir un soutien spécial aux détenus (médiation culturelle) ;	4. Réaliser des parcours d'assistance et d'aide sociale aux fins de la réinsertion des détenus (accords avec l'Agence USL, les Communes, l'Agence de l'emploi, les associations de bénévoles, etc.) ;					
				1. Définir avec clarté les domaines et les limites de l'assistance pendant la phase post-aiguë, pour ce qui est tant des cas aigus que des cas chroniques, et justifier de parcours cohérents et de modèles d'évidence clinique mesurables	2. Analyser le système à l'aide de flux d'information objectifs et cohérents visant à évaluer le meilleur modèle organisationnel intermédiaire, dans l'attente du regroupement des structures hospitalières dans un hôpital unique, ce qui permettrait la spécialisation de l'hôpital Beaugregard dans le domaine des cas non aigus ;	3. Développer l'offre d'assistance territoriale de rééducation et d'hospitalisation de longue durée par l'augmentation des lits dans les RSA, par l'amélioration de la qualité et de la quantité des prestations d'assistance à domicile ;	5. Diminuer progressivement le niveau des prestations effectuées en régime de convention avec d'autres régions ;				

Pour ce qui est de 2006, l'action 3 se réfère à l'ouverture de la RSA d'Aoste et à la consolidation de son activité

Objectif	Description de l'objectif	Activité	Description de l'activité	Détails						Notes
				1 ^{er} semestre 2006	2 ^e semestre 2006	1 ^{er} semestre 2007	II ^e semestre 2007	I ^{er} semestre 2008	Après 2008	
n° 13	Promouvoir une nouvelle organisation des centres hospitaliers suivant des critères d'excellence	UNIQUE	Développement de l'organisation hospitalière suivant des logiques orientées vers les processus et les différents degrés d'intensité des soins	1. Garantir le développement des capacités de direction par la gouvernance clinique et organisationnelle ;	2. Garantir le développement de la collaboration entre le personnel médical de l'aire des hospitalisations et les services territoriaux ;	3. Prouvoir à la valorisation de l'activité d'hospitalisation en la reorganisant suivant des critères qui prévoient la répartition entre : - les activités relatives au traitement des cas aigus, avec l'intégration des départements et le développement de l'excellence et de l'organisation d'aires d'assistance telles que l'aire sub-intensive, l'aire pédiatrique et l'aire des urgences ; - les activités relatives aux soins réduits ("low care"), grâce auxquelles il est possible de fournir une réponse complète, intégrée et efficiente – mais séparée du point de vue fonctionnel – aux exigences d'une population qui vieillit de plus en plus et a donc besoin de prestations plus complexes et multidimensionnelles ; <small>Les activités de soutien, hébergées par les unités de soins, sont destinées à assurer la continuité des soins et la qualité des services.</small>				La première partie de l'action 2 concerne l'organisation des départements mixtes, alors que la deuxième concerne son application
n° 14	Limiter les flux sortants de malades	UNIQUE	Contrôle de la demande de prestations sanitaires et développement de l'offre complète tenu des causes de fuite et de l'essor des activités d'excellence	1. Réaliser un système régional de suivi sur base annuelle nécessaire aux fins de l'évaluation des priorités d'action, par l'analyse des prestations au moyen du recensement des données relatives à l'information provenant des lettres de sortie de l'hôpital et des flux interrégionaux de patients ;	2. Etablir les spécialités hospitalières au taux de fuite le plus élevé qui doivent être effectivement remises auprès du Centre hospitalier d'Aoste, par le développement de l'offre de soins propres que par la mise en place de records interrégionaux, surtout avec le Piémont et avec l'Université, visant à faire venir en Vallée d'Aoste des spécialistes de haut niveau dans les disciplines nécessaires ;	3. Passer, en application des toutes récentes dispositions étatiques et régionales, des accords spécifiques avec les structures et les Régions concernées par les fuites, aux fins de la détermination des volumes d'activité et des plafonds de dépense, et mettre en place, parallèlement, des modalités de vérification de l'adéquation des prestations ;	4. Définir, en fonction des données relatives aux fuites, les structures d'attraction avec lesquelles passer des accords pour des prestations spécifiques auxquelles participeraient aussi des spécialistes exerçant leurs fonctions en Vallée d'Aoste ;	5. Garantir l'adéquation, l'efficacité et l'efficience des prestations concernées par le taux de fuite le plus élevé, par des initiatives visant à réduire les listes d'attente, à utiliser mieux et davantage les salles d'opération et à enrichir la formation des professionnels intéressés, même en faisant appel aux compétences de spécialistes extra-régionaux pour opérer, selon des critères d'excellence, dans le cadre du Centre hospitalier régional ;	6. Favoriser les échanges de communication entre les médecins généralistes prescripteurs et les médecins hospitaliers afin d'améliorer leurs rapports ;	
n° 15	Renforcer l'attention de la planification sanitaire pour les activités visant à assurer aux touristes des services d'excellence	UNIQUE	Recensement et développement des prestations d'assistance sanitaire les plus requises pendant les périodes d'affluence touristique ;	1. Intégrer le réseau des centres traumatologiques dans les sièges des services territoriaux, par le renforcement – surtout pendant les périodes de forte affluence touristique – des activités de district exercées dans les dispensaires hospitaliers existants et par la mise en place de centres de soins de jour et de nuit en fonction de leur utilisation réelle et les relater aux services des urgences ;	2. Consolider la flexibilité de réponse des structures du Service sanitaire régional aux différents besoins d'assistance liés aux flux touristiques	3. Développer la médecine thermique et en approfondir les potentialités thérapeutiques dans le traitement des différentes pathologies ;	4. Favoriser l'insertion du milieu montagnard dans les parcours de soins des principales maladies chroniques et dégénératives ;			

Objectif	Description de l'objectif	Activité	Description de l'activité	Détails						Notes
				1 ^{er} semestre 2006	2 ^e semestre 2006	1 ^{er} semestre 2007	II ^e semestre 2007	1 ^{er} semestre 2008	II ^e semestre 2008	
n° 16	Séparer la définition des politiques sociales de celles des activités qui les découlent et promouvoir la coordination des politiques sociales avec les autres politiques d'attention envers les personnes	A	Identification des sujets chargés de réaliser les politiques sociales à l'échelon régional	3. Créer un groupe de travail chargé d'approfondir les aspects juridiques et organisationnels servant à la détermination et à la définition des sujets chargés des fonctions de réalisation des politiques sociales ;	2. Déterminer, le cas échéant, les autres fonctions régionales relatives à la définition des politiques (points de 1, 4 et de 6 à 9 de l'art. 5 de la LR n° 18/2001) et à la réalisation de celles-ci (points 5 et 10 de l'art. 5 de la LR n° 18/2001) qui doivent être transférées aux collectivités locales. Parmi ces fonctions, par ailleurs, il y a lieu d'isoler celles qui relèvent exclusivement du niveau régional et qui ne sont pas susceptibles d'être fractionnées en raison de leur nature de haute spécialisation et de leur complexité du point de vue de l'organisation et de la gestion, ce qui empêche les Communes, isolées ou groupées dans les Communautés de montagne, de les assurer suivant des critères d'efficience et d'économicalité ;	1. Compléter le transfert des fonctions aux collectivités locales, au sens de la LR n° 12/2002 ;	4. Mettre au point et développer une activité d'accompagnement des processus liés au transfert des fonctions, afin que la Région joue effectivement un rôle de règle	La réalisation de cet objectif nécessite un parcours complexe comportant différentes phases de travail, dans lesquelles il y a lieu de mettre en place des processus de concertation et de partage avec les différents acteurs		
				1. Mettre en route le processus de coordination et d'intégration des politiques sociales avec les autres politiques d'attention envers les personnes ;	2. Instituer des groupes de concertation inter-institutionnels et multidisciplinaires, composés de représentants de la Région, des collectivités locales et du troisième secteur, aux fins du partage des fonctions, des rôles et des modalités d'intervention dans les choix d'évaluation et de réalisation des actions sociales ;	3. Encourager activement une coordination, une collaboration et une prise de responsabilités meilleures à tous les niveaux institutionnels, aux fins de la concertation et de la planification de réponses adéquates aux besoins, notamment dans les secteurs de la crise du logement et de l'immigration ;	5. Parvenir, sur la base des données de connaissance et de suivi du phénomène, à l'élaboration d'une stratégie sur l'immigration qui favorise la participation des immigrants à la vie communautaire, dans le respect de leurs droits ;			
		B	Promotion et développement, dans le cadre des services sociaux, de l'interdisciplinarité et de la coordination avec les politiques pour la santé, l'éducation, la formation, l'emploi, le logement, les transports et la protection des droits	14. Présenter à la commission du Conseil compétente, avant la fin du mois de mars de chaque année et en même temps que le rapport sur l'application des plans de zone, visés à l'objectif n° 18, un rapport sur l'activité et les résultats des actions en cause				Les actions prévues pour la réalisation de cet objectif ont déjà été lancées dans certains secteurs : politiques du travail, logement, etc. Pour ce qui est de la crise du logement, mettre en route le plus tôt possible l'action 3. Il est entendu que la poursuite de l'objectif en cause est transversale et concerne toute la période de validité du Plan, avec une attention prioritaire et particulière pour les secteurs du travail et du logement.		

Objectif	Description de l'objectif	Activité	Description de l'activité	Détails					Notes
				1 ^{er} semestre 2006	2 ^e semestre 2006	1 ^{er} semestre 2007	1 ^{er} semestre 2008	1 ^{er} semestre 2008	
n° 17	Considérer les niveaux régionaux essentiels des prestations (LEP) comme un instrument servant à assurer l'uniformité des prestations dans le domaine socio-éducatif et de l'assistance et instituer le fonds régional pour les politiques sociales, même pour la partie relative aux finances locales	A	Définition des prestations qui constituent les niveaux essentiels	1. Procéder à une reconnaissance des prestations fournies actuellement, en distinguant celles qui représentent le niveau minimum constitutionnellement garanti ;		2. Réunir les principaux acteurs sociaux aux fins d'une confrontation ;	3. Définir les prestations fournies à l'échelon régional qui représentent le niveau essentiel des prestations sociales et revêtent donc le caractère de droits subjectifs parfaits, pour lesquels la couverture financière est toujours garantie ;	4. Définir les autres prestations pouvant être insérées dans la planification des services pour devenir exigibles selon des critères de progression, en fonction des ressources disponibles (principales et exploitables) ;	En 2006, il sera procédé à la mise au point de l'outil nécessaire aux fins de la reconnaissance des prestations. L'année 2008 sera consacrée à la concertation sur les modalités de définition des caractéristiques des prestations qui représenteront le "niveau essentiel", ainsi que des prestations qui pourront être considérées comme exigibles suivant des critères de progression.
n° 18	Considérer le territoire du district en tant que domaine de lecture, d'analyse et de satisfaction des besoins et être privilégiée pour la planification du réseau des services	B	Institution du fonds régionaux pour les politiques sociales, même pour la partie relative aux finances locales	1. Etablir, de concert avec les collectivités locales, les modalités de destination obligatoire – même pour la partie relative aux finances locales – du fonds en cause à l'exercice des fonctions relatives au domaine socio-éducatif et de l'assistance ;			2. Destiner – après avoir défini les niveaux essentiels des prestations (LEP) – le fonds relevant des finances locales à la fourniture des prestations sociales à l'échelon local ;	Aux fins de la réalisation de cet objectif, un processus de concertation et de partage avec les collectivités locales est nécessaire : les délais de sa réalisation dépendent de la collaboration et des efforts de tous les acteurs concernés ;	
n° 19	Élaborer un plan régional de communication sociale afin de réduire les obstacles qui entravent l'accès aux services	UNIQUE	Démarrage des actions visant à l'établissement des plans de zone	1. Faire démarrer la procédure de rédaction des plans de zone, par la définition du parcours de soutien et, ensuite, par la constitution de la Conférence des syndics des Communes comprises dans le ressort du district concerné qui est chargée d'établir les lignes directrices pour le travail du Groupe du plan ;			2. Définir le travail de préparation : le Groupe du plan établit les modalités de participation et d'implication des sujets intéressés, collecte les informations suivant les indications et les modalités prévues par les lignes directrices, obtient des bureaux régionaux, de TOREPS et des éventuels observatoires activés par le troisième secteur les informations et les données dont ceux-ci sont en possession et établit, sur la base des informations collectées, un rapport d'analyse qui constitue la base cognitive des besoins et des ressources du domaine territorial ;	Aux fins de l'élaboration complète et de l'approbation des plans de zone, un processus de concertation et de partage, ainsi que l'effort commun de tous les acteurs concernés seront nécessaires. Sur la base des parcours choisis, il sera décidé si l'élaboration et l'application des plans de zone auront lieu simultanément sur tout le territoire régional ou, au début, uniquement dans certaines zones.	
		UNIQUE	Élaboration d'un plan régional de communication sociale afin de réduire les obstacles qui entravent la mise en place d'une stratégie d'information dans une logique de réseau	1. Créer un groupe de travail chargé de définir des actions visant à l'amélioration de l'information sociale ;					
		UNIQUE		2. Coordonner les différents points d'information et d'orientation sociale existants ;					
				3. Élaborer un plan régional de communication sociale ;					

Objectif	Description de l'objectif	Activité	Description de l'activité	Détails					Notes
				1 ^{er} semestre 2006	2 ^e semestre 2006	1 ^{er} semestre 2007	1 ^{er} semestre 2008	II ^e semestre 2008	
n° 20	<p>Achever la définition des standards des prestations sociales et consolider et étendre l'utilisation des instruments susceptibles de garantir l'équité d'accès aux prestations et aux services</p>	A	Achèvement de la définition des standards des prestations sociales	1. Définir et appliquer les standards en matière de services aux personnes âgées ;	1. Définir et appliquer les standards en matière de services aux personnes âgées ;	2. Définir et appliquer les standards en matière de services à la petite enfance ;			<p>Les références territoriales concernent la définition des standards, alors que les délais d'application sont les suivants : 3 ans à compter de l'approbation pour ce qui est des conditions en matière de gestion et 5 ans pour ce qui est des conditions en matière de structures.</p>
		B	Consolidation et extension de l'utilisation des instruments susceptibles de garantir l'équité d'accès aux prestations et aux services	1. Evaluer les résultats de l'expérimentation de l'IRSEE en matière de politiques sociales avec la mobilisation des parties sociales, la commission régionale du Conseil entendaue ;	2. Etendre l'application de l'IRSEE à d'autres secteurs d'intervention de la protection sociale ;	3. Promouvoir l'application de l'IRSEE à d'autres aires de gouvernance de la planification régionale, telles que les transports, l'éducation, le logement, etc. ;	4. Aider de manière adéquate les citoyens, pour ce qui est de la présentation des pièces nécessaires au calcul de l'IRSEE, et les opérateurs, pour ce qui est de la définition de l'accès aux services et de la contribution à la charge des usagers ;		
n° 21	<p>Développer la solidarité et la responsabilité sociale suivant le principe de la subsidiarité verticale et horizontale</p>	A	Promotion d'un centre régional de coordination pour les politiques de la jeunesse	1. Instaurer un dialogue avec les sujets publics, les sujets du secteur privé social et les jeunes en vue de partager l'analyse des expériences existant en Vallée d'Aoste et solliciter la participation des jeunes et la prise de responsabilité sociale de la part de ceux-ci dans les projets qui les concernent ;	3. Constituer un centre régional de coordination qui puisse fonctionner en tant qu'organisme de promotion, d'essor et de suivi des politiques de la jeunesse en Vallée d'Aoste ;				
		B	Mesures de soutien pour la famille en tant que ressource de cohésion et de solidarité sociale	1. Suivre l'activité du groupe régional pour la famille ;	2. Définir les orientations régionales pour la réalisation d'actions dans le secteur des jeunes, compte tenu également de l'expérience européenne et des autres régions italiennes ;				
		C	Mesures de soutien, à l'échelon régional, national et international, du bénévolat social	3. Préparer la troisième Conférence régionale sur la famille ;					
				2. Veiller à l'application de l'art. 20 de la LR n° 44 du 27 mai 1998 ;					
				2. Impliquer les bénévoles dans les activités de sensibilisation en matière de prévention des maladies et des besoins sociaux, notamment des sujets les plus démunis ;					
				1. Renforcer la collaboration avec les bénévoles pour la réalisation d'initiatives de prévention et de promotion de la santé, eu égard notamment aux dépistages des cancers ;					
				3. Poursuivre l'expérience dans le cadre du projet « Madagasgar. Aulaire ospedalil africana », en favorisant la participation des opérateurs sanitaires à cette initiative ;					
				4. Soutenir les initiatives visant à lutter contre les situations de pauvreté et d'exclusion sociale ;					

Objectif	Description de l'objectif	Activité	Description de l'activité	Délais					Notes	
				1 ^{er} semestre 2006	2 ^e semestre 2006	1 ^{er} semestre 2007	1 ^{er} semestre 2007	1 ^{er} semestre 2008		Après 2008
n° 22 Activer des politiques de prévention du malaise des mineurs et des jeunes et d'action en faveur des mineurs et des jeunes en situation de difficulté	A	Prévention du malaise des mineurs et des jeunes	1. Lancer un système permanent de mise en réseau des données relatives aux conséquences sanitaires, sociales et légales des comportements déviants ;	1. Lancer un système permanent de mise en réseau des données relatives aux conséquences sanitaires, sociales et légales des comportements déviants ;						
			2. Organiser – en collaboration avec les forces de l'ordre, l'Agence UCL, les institutions scolaires et les associations – des campagnes de presse, de conférences publiques et de conférences au sein des écoles portant sur les dangers liés aux comportements déviants et aux nouvelles dépendances ;	2. Organiser – en collaboration avec les forces de l'ordre, l'Agence UCL, les institutions scolaires et les associations – des campagnes de presse, de conférences publiques et de conférences au sein des écoles portant sur les dangers liés aux comportements déviants et aux nouvelles dépendances ;						
			3. Favoriser la sensibilisation au malaise, par des actions spécifiques à réaliser dans les lieux de rencontre privilégiés des mineurs et des jeunes ;	3. Favoriser la sensibilisation au malaise, par des actions spécifiques à réaliser dans les lieux de rencontre privilégiés des mineurs et des jeunes ;						
B	Actions en faveur des jeunes majeurs en situation de difficulté	1. Mettre en œuvre de nouvelles formes de soutien, éventuellement économique, en faveur des familles de placement disposées à accueillir les jeunes même après leur majorité ;	1. Mettre en œuvre de nouvelles formes de soutien, éventuellement économique, en faveur des familles de placement disposées à accueillir les jeunes même après leur majorité ;							
C	Aménagement d'une structure d'accueil d'urgence pour les mineurs étrangers non accompagnés, complémentaire par rapport aux foyers régionaux pour mineurs	1. Repérer des locaux adaptés, préférables dans la ville d'Aoste, pour l'accueil des mineurs étrangers non accompagnés	1. Repérer des locaux adaptés, préférables dans la ville d'Aoste, pour l'accueil des mineurs étrangers non accompagnés							
		2. Définir les caractéristiques de la gestion et des objectifs du service, éventuellement en collaboration avec les structures compétentes en matière d'éducation et les agences de formation ;	2. Définir les caractéristiques de la gestion et des objectifs du service, éventuellement en collaboration avec les structures compétentes en matière d'éducation et les agences de formation ;							
		3. Organiser la prise en charge des mineurs en fonction de leur âge et en liaison avec les deux foyers régionaux ;	3. Organiser la prise en charge des mineurs en fonction de leur âge et en liaison avec les deux foyers régionaux ;							

Objectif	Description de l'objectif	Activité	Description de l'activité	Détails				Notes	
				1 ^{er} semestre 2006	2 ^e semestre 2006	1 ^{er} semestre 2007	1 ^{er} semestre 2008		Après 2008
n° 23	Développer les initiatives visant à lutter contre les situations de besoin social, eu égard notamment aux handicaps et aux états de dépendance	A	Actions de soutien destinées aux personnes handicapées et à leurs familles et de renforcement du travail en réseau	1. Amplifier l'offre des communautés protégées pour personnes handicapées, notamment pour ce qui est des personnes dépourvues de soutien familial en raison de l'augmentation de leur espérance de vie et du vieillissement de leur famille ;	1. Prévoir un service pédagogique de soutien territorial afin de garantir des parcours différenciés et de développer au maximum les capacités des personnes handicapées ;			2. Augmenter, en accord avec les collectivités locales, la disponibilité de places auprès des CEA sur tout le territoire régional et étendre l'offre y afférente au district n° 1 (Haute Vallée) ;	Une confrontation visant à l'augmentation des places dans les CEA aura lieu tout au long des trois années ; les délais y afférents ne peuvent pas être établis a priori ;
		B	Aide à l'intégration sociale des personnes handicapées et insertion de celles-ci dans le monde du travail						Les actions visant à la promotion de l'insertion professionnelle des personnes handicapées sont liées aux activités du groupe interinstitutionnel Handicap ;
n° 24	Assurer la formation continue des professionnels sanitaires et sociaux en fonction de la demande de la population et de la satisfaction des besoins de la population régionale	C	Démarrage d'une expérimentation de secours social d'urgence	1. Mettre en place un groupe de travail promotionnel entre les sujets, institutionnels ou non, titulaires de responsabilités et de compétences dans le secteur des urgences ;	2. Définir – sur la base de l'expérience opérationnelle, des données certifiées sur les situations d'urgence et des ressources disponibles (publiques ou non) – un modèle organisationnel permettant de répondre aux urgences sociales, de l'expérimenter et d'étudier d'autres instruments susceptibles de prévenir...				
		UNIQUE	Suivi des besoins de ressources humaines et professionnelles dans les hôpitaux de planification et de formation continue des professionnels sanitaires et sociaux	1. Déterminer le besoin de médecins spécialistes et d'autres professionnels avec les institutions sanitaires et sociales pour académiques afin que des plans des actions visant à faciliter la formation des étudiants valides dans les disciplines qui souffrent d'une carence en personnel et qui une partie du stage y participent (première année de médecine) dans les hôpitaux régionaux et d'aide sociale régionale ;	4. Organiser chaque année des cours de formation pour opérateurs socio-sanitaires chargés d'activités visant à satisfaire les besoins primaires des usagers et à favoriser le bien-être et l'autonomie de ces derniers, ainsi qu'à garantir, dans le domaine hospitalier, une aide adéquate aux infirmiers, dans le but de parvenir à une assainissement des structures hospitalières différentes et meilleures ;	5. Organiser des cours post-universitaires de spécialisation dans les disciplines médicales liées à la montagne et au secours en montagne ;	6. Achever le développement du système régional d'éducation continue en médecine (ECM) par le recours à la formation à distance (FAD), et ce, pour que tous les opérateurs sanitaires puissent obtenir les crédits de formation prévus, grâce à une offre complète de formation spécifique ;	1. Déterminer le besoin de médecins spécialistes et d'autres professionnels sanitaires et sociaux pour planifier les actions visant à faciliter la formation spécifique ;	Les actions 1, 2 et 3 sont communes aux trois années du plan ;
				3. Promouvoir, dans le cadre des politiques du travail et des activités d'entreprise, des initiatives destinées à favoriser l'insertion professionnelle des personnes handicapées ;	4. Mettre en place des collaborations avec les organismes et les institutions compétents en la matière, afin de favoriser l'insertion professionnelle des personnes handicapées ;				
				7. Réaliser un nouveau système régional d'information permettant de gérer et de suivre le modèle régional ECM en partant de la requête d'accréditation de l'exécutif jusqu'à l'enregistrement des crédits, dans le but d'analyser et de combler tout système ;	8. Encourager la définition du système régional de certification des compétences en vue de la création du répertoire des qualifications professionnelles des opérateurs sociaux et des standards de formation minimaux y afférents ;				

Objectif	Description de l'objectif	Activité	Description de l'activité	Délais					Notes		
				1 ^{er} semestre 2006	2 ^e semestre 2006	1 ^{er} semestre 2007	1 ^{er} semestre 2008	1 ^{er} semestre 2008		Après 2008	
n° 25	Soumettre à autorisation toutes les structures et d'exercer des activités dans les secteurs sanitaire, socio-sanitaire, socio-éducatif et de l'aide sociale	A	Autorisation d'ouvrir des structures et d'exercer des activités dans les secteurs sanitaire, socio-sanitaire, socio-éducatif et de l'aide sociale	1. Fixer, par délibération du Gouvernement régional, les axes qu'elles en matière de prestations sanitaires et socio-sanitaires, en tenant compte des besoins de santé et de bien-être social de la population ;	2. Revoir le cadre normatif régional de référence pour le régime d'autorisation, de façon à garantir l'application d'un passe de la sécurité pour la sécurité du patient ;	3. Définir et appliquer les conditions que les services pour les personnes âgées doivent remplir en matière de structure et de gestion ;	4. Définir et appliquer les conditions que les services doivent remplir en matière de structure et de gestion ;	5. Définir et appliquer les conditions que les services doivent remplir en matière de structure et de gestion ;	6. Définir et appliquer les conditions que les services doivent remplir en matière de structure et de gestion ;	6. Définir et appliquer les dispositions réglementaires en matière d'activité de chirurgie de jour (day surgery)	
				2. Maintenir les niveaux actuels d'accréditation et étendre le régime d'accréditation à toutes les activités sanitaires, socio-sanitaires, publiques et privées ;	3. Définir la réglementation en matière d'accréditation des professionnels du domaine sanitaire et de l'aide sociale, sur la base des lignes directrices établies à l'échelon national ;	4. Définir la réglementation en matière d'accréditation des professionnels du domaine sanitaire et de l'aide sociale, sur la base des lignes directrices établies à l'échelon national ;	5. Étendre verticalement et horizontalement le système de liaison télématique des médecins généralistes (MMG) et des pédiatres de famille (PLS) avec les structures sanitaires hospitalières et territoriales ;	6. Revoir les systèmes de gestion des données d'identification de base de l'aide sociale au niveau régional en vue de la conception de nouveaux systèmes de gestion et de l'uniformisation de ceux existants en vue de la fourniture de prestations sociales complexes ;	7. Réaliser un système régional de prévention, en collaboration avec les établissements de production alimentaire, des aliments ;	8. Définir et développer une banque de données unique des prestations fournies par le Service sanitaire régional (le « data warehouse socio-sanitaire régional ») et du personnel du Service (le « data warehouse du personnel du Service sanitaire régional »), compte tenu également de la planification et de la gestion de la formation continue du personnel sanitaire (Système ECM) ;	
n° 26	Élargir le réseau des systèmes d'information sanitaires et sociaux régionaux afin de favoriser l'accès aux services de la part des citoyens et de faciliter la planification et le contrôle des ressources humaines, économiques et technologiques dans le secteur sanitaire et social	A	Extension du réseau des systèmes d'information sanitaires et sociaux régionaux afin de favoriser l'accès aux services de la part des citoyens et de faciliter la planification et le contrôle des ressources humaines, économiques et technologiques dans le secteur sanitaire et social	1. Introduire et diffuser la carte sanitaire (TS) pour l'accès aux services sanitaires régionaux ;	2. Introduire et diffuser la carte sanitaire (TS) pour l'accès aux services sanitaires régionaux ;	3. Mettre à jour le fichier des personnes inscrites au service sanitaire régional (SSR) et de celles bénéficiant des services d'aide sociale dans le fichier du centre régional de triage des données d'identification (CSIA) ;	4. Introduire et diffuser la carte sanitaire (TS) pour l'accès aux services sanitaires régionaux ;	5. Étendre verticalement et horizontalement le système de liaison télématique des médecins généralistes (MMG) et des pédiatres de famille (PLS) avec les structures sanitaires hospitalières et territoriales ;	6. Revoir les systèmes d'information hospitalier et territorial sur les données existantes, en intégrant les données existantes du RIS, le SAGO et les logiciels de gestion des plans de désistement et par le développement de nouveaux systèmes d'information (par ex. celui lié aux activités chirurgicales) ;	7. Réaliser un système régional de prévention, en collaboration avec les établissements de production alimentaire, des aliments ;	8. Définir et développer une banque de données unique des prestations fournies par le Service sanitaire régional (le « data warehouse socio-sanitaire régional ») et du personnel du Service (le « data warehouse du personnel du Service sanitaire régional »), compte tenu également de la planification et de la gestion de la formation continue du personnel sanitaire (Système ECM) ;
				2. Réaliser le projet « Mattone 1 » : introduire l'utilisation de la carte sanitaire (TS) pour l'accès aux services sanitaires régionaux ;	3. Acheter, dans le cadre du projet « Mattone 1 », au niveau national de classification des structures sanitaires ;	4. Réaliser le système d'information hospitalier et territorial sur les données existantes, en intégrant les données existantes du RIS, le SAGO et les logiciels de gestion des plans de désistement et par le développement de nouveaux systèmes d'information (par ex. celui lié aux activités chirurgicales) ;	5. Étendre et revoir les systèmes d'information relatifs à la gestion des classements régionaux des médecins généralistes (MMG), ainsi qu'à la SDO et aux flux de patients ;	6. Revoir les systèmes d'information hospitalier et territorial sur les données existantes, en intégrant les données existantes du RIS, le SAGO et les logiciels de gestion des plans de désistement et par le développement de nouveaux systèmes d'information (par ex. celui lié aux activités chirurgicales) ;	7. Réaliser un système régional de prévention, en collaboration avec les établissements de production alimentaire, des aliments ;	8. Définir et développer une banque de données unique des prestations fournies par le Service sanitaire régional (le « data warehouse socio-sanitaire régional ») et du personnel du Service (le « data warehouse du personnel du Service sanitaire régional »), compte tenu également de la planification et de la gestion de la formation continue du personnel sanitaire (Système ECM) ;	

Objectif	Description de l'objectif	Activité	Description de l'activité	Détails						Notes
				1 ^{er} semestre 2006	2 ^e semestre 2006	1 ^{er} semestre 2007	II ^e semestre 2007	I ^{er} semestre 2008	II ^e semestre 2008	
n° 27	Concentrer les structures hospitalières dans un centre unique aux fins de l'assistance aux patients aigus en fonction du meilleur rapport entre les prestations fournies et les ressources utilisées	UNIQUE	Concentration des structures hospitalières en un centre unique	1. Réaliser l'étude de faisabilité prévue par le troisième alinéa de l'art. 3 de la loi régionale n° 2/2004, en tenant compte des différentes hypothèses de projet de concentration des structures hospitalières en un centre unique ; 2. Mettre en route - en collaboration avec les structures compétentes en la matière, qu'elles appartiennent ou non à l'Administration régionale - les procédures nécessaires pour accéder à des sources alternatives de financement de l'ouvrage en question, à savoir notamment l'Etat et l'Union européenne ;	3. Choisir et faire appel, aux fins de l'attribution du mandat de conception et de réalisation dudit ouvrage, à des marchés publics garantissant des modalités et des délais certains d'achèvement des travaux ;	4. Procéder à la conception des ouvrages de construction nécessaires pour accueillir les patients aigus fournis par l'Agence USL de la Vallée d'Aoste ;	5. Entreprendre la réalisation des ouvrages de construction nécessaires pour accueillir les patients aigus fournis par l'Agence USL de la Vallée d'Aoste ;			
n° 28	Soutenir le processus de renouvellement structurel et technologique des structures et des activités sanitaires et socio-sanitaires régionales, qui doit être proportionnel au degré d'innovation technologique et organisationnelle dans le domaine sanitaire	UNIQUE	Achèvement des travaux de rénovation et d'entretien extraordinaire du centre hospitalier de l'avenue de Genève, à Aoste, et réalisation de projets ciblés de développement du réseau d'assistance sanitaire territoriale	2. Mettre au point les outils nécessaires à la planification triennale des travaux d'entretien extraordinaire que doit réaliser l'Agence USL, y compris ceux d'achèvement de la « troisième phase » ;	3. Adopter formellement, en accord avec l'Agence USL, des outils pour le suivi et le pilotage de l'achat de technologies de la part de cette dernière (health technology assessment) ;	4. Conduire un contrat, avec l'Agence USL, aux fins de la présence permanente de personnels régionaux dans les structures hospitalières et territoriales de l'Agence ;				L'action 1 "Adopter un modèle de référence pour la réalisation des travaux dans le secteur de la construction sanitaire au sens duquel les compétences relatives à la planification et au contrôle sont attribuées au Département de la santé, du bien-être et des politiques sociales, celles relatives à la construction de nouveaux ouvrages sont attribuées aux structures régionales compétentes en matière de travaux publics et celles relatives aux travaux expérimentaux sont attribuées aux structures techniques et administratives de l'Agence USL" est commune aux trois années de référence.
				6. Réaliser une structure de jour ou à cycle continu destinée à accueillir une résidence sanitaire d'assistance (RSA) dans le chef-lieu régional ou dans ses environs immédiats ; 7. Entamer les procédures d'accès aux financements prévus à l'échelon national ou européen en matière de construction sanitaire ;						

Objectif	Description de l'objectif	Activité	Description de l'activité	Détails						Notes
				1 ^{er} semestre 2006	2 ^e semestre 2006	1 ^{er} semestre 2007	1 ^{er} semestre 2007	1 ^{er} semestre 2007	1 ^{er} semestre 2008	
n° 29	Doter le réseau des services d'aide sociale de structures logistiques appropriées aux fins du soutien du processus de décentralisation de l'assistance sociale	UNIQUE	Adopter le réseau des infrastructures des services d'aide sociale aux nouveaux besoins de la population régionale, eu égard notamment à la réalisation de projets spécifiques dans le domaine de l'assistance aux personnes âgées et handicapées	1. Compléter le transfert aux organismes gestionnaires des biens immeubles propriété de la Région pour les besoins des services d'aide sociale de l'art. 40 de la loi régionale n° 5/2000 modifiée ;	2. Adopter un plan pluriannuel de financement des travaux de mise aux normes fonctionnelles des locaux des services d'aide sociale en fonction des besoins légaux, compte tenu également du respect des conditions structurelles et organisationnelles requises pour le fonctionnement des dites structures ;	3. Adopter un plan pluriannuel de financement des travaux de réalisation et de mise aux normes fonctionnelles des structures socio-éducatives, eu égard notamment aux besoins des centres de crèches ;	5. Définir, en accord avec le Conseil permanent des collectivités locales, les procédures pour la réglementation de la coprésence des opérateurs sanitaires et sociaux, même appartenant à des organismes différents, dans les structures socio-éducatives et d'aide sociale sur le territoire régional, en favorisant l'intégration de travail ordinaires et en favorisant l'intégration socio-sanitaire ;			
n° 30	Soutenir les actions de plan par des ressources financières adéquates	UNIQUE	Détermination des critères de financement des actions nécessaires aux fins de la satisfaction des besoins de santé et de bien-être social	7. Prévoir des formules administratives qui, de manière graduelle, subordonnent l'accès des établissements qui fournissent les services sanitaires et sociaux aux financements régionaux à la possession des conditions requises par les dispositions en matière d'autorisation et d'accréditation, et ce, afin d'améliorer progressivement le niveau qualitatif desdits services ;	8. Mettre en place, en collaboration avec les structures compétentes en matière, qu'elles appartiennent ou non à l'Administration régionale, des procédures permettant d'accéder à des sources alternatives de financement du système socio-sanitaire régional, et notamment à celles provenant de l'Union européenne ;	4. Faire démarquer la conception des travaux de réalisation des deux nouveaux centres d'éducation et d'assistance (CEA) à Hône et au chef-lieu régional ou dans les alentours ;	5. Créer pour la partie des finances locales également le Fonds régional pour les politiques sociales, comme le prévoit l'objectif afférent ;	6. Etablir des formules pour la création de fonds publics d'assistance qui soient en mesure de couvrir une partie des besoins pour les dépenses sanitaire et sociale, afin de diminuer celles à la charge du budget régional ;		Les actions 1, 2, 3 et 4 sont communes aux trois années du plan.