

TESTO UFFICIALE
TEXTE OFFICIEL

PARTE PRIMA

PREMIÈRE PARTIE

LEGGI E REGOLAMENTI

LOIS ET RÈGLEMENTS

Loi régionale n° 34 du 21 octobre 2010,

approuvant le Plan régional 2011-2013 pour la santé et le bien-être social.

LE CONSEIL RÉGIONAL

a approuvé ;

LE PRÉSIDENT DE LA RÉGION

promulgue

la loi dont la teneur suit :

Art. 1^{er}

(Approbation du Plan)

1. Aux termes de l'art. 2 de la loi régionale n° 5 du 25 janvier 2000 portant dispositions en vue de la rationalisation de l'organisation du service socio-sanitaire régional et de l'amélioration de la qualité et de la pertinence des prestations sanitaires et d'aide sociale fournies en Vallée d'Aoste, le Plan régional 2011-2013 pour la santé et le bien-être social est approuvé tel qu'il figure à l'annexe de la présente loi.

Art. 2

(Participation des citoyens à l'application du Plan et institution de la Conférence y afférente)

1. Les résidents en Vallée d'Aoste, seuls ou associés, concourent à la définition et à l'application des politiques de la santé et du bien-être social, ainsi qu'à l'évaluation de l'activité et des résultats des services sanitaires, socio-sanitaires, socio-éducatifs et d'assistance de la région. À cette fin, la Région :

- a) Encourage toute forme de consultation des citoyens sur des questions importantes pour la santé et le bien-être social collectif ;
- b) Définit les moyens susceptibles d'assurer la participation des usagers et de leurs associations à l'évaluation des services sanitaires, socio-sanitaires, socio-éducatifs et d'assistance ;
- c) Suscite la présence et l'activité des organismes bénévoles au sein des structures sanitaires, socio-sanitaires, socio-éducatives et d'assistance.

2. Dans le but de favoriser toute forme de dialogue et pour concrétiser la participation des citoyens au processus décisionnel relatif aux interventions et aux actions indiquées dans le Plan régional 2011-2013 pour la santé et le bien-être social, ainsi qu'aux fins visées au premier alinéa du présent article, il est procédé à l'institution de la Conférence régionale pour la santé et le bien-être social. Celle-ci se compose des organisations syndicales, des associations de bénévoles et des associations de consommateurs qui défendent le droit à la santé et au bien-être social et remplit des fonctions de conseil, d'impulsion et de proposition.

3. Le Gouvernement régional fixe par délibération, la Commission du Conseil compétente entendue, le nombre de membres et les modalités de fonctionnement de la Conférence.

Art. 3

(Institution du Conseil sanitaire et social)

1. Le Conseil sanitaire et social, organe consultatif du Gouvernement régional, est institué pour favoriser les formes de dialogue avec tous les acteurs institutionnels et sociaux aux fins de la définition et de l'application des politiques contenues dans le Plan régional 2011-2013 pour la santé et le bien-être social.

2. Le Conseil sanitaire et social est nommé par le Gouvernement régional pour la durée de la législature.

3. Le Conseil sanitaire et social est composé de l'assesseur régional compétent en matière de santé, qui le préside, du président de la Commission du Conseil compétente en matière de santé, de représentants du Conseil régional, de l'Agence USL, du CPEL et de la Conférence pour la santé et le bien-être social, de personnel de l'Assessorat régional compétent en matière de santé, de bien-être et de politiques sociales, de l'Agence USL et des collectivités locales, ainsi que de représentants du privé social.

4. Le Gouvernement régional fixe par délibération, la Commission du Conseil compétente entendue, le nombre de membres et les modalités de fonctionnement du Conseil.

Art. 4

(Déclaration d'urgence)

1. La présente loi est déclarée urgente aux termes du troisième alinéa de l'art. 31 du Statut spécial pour la Vallée d'Aoste et entre en vigueur le jour qui suit celui de sa publication au Bulletin officiel de la Région.

Quiconque est tenu de l'observer et de la faire observer comme loi de la Région autonome Vallée d'Aoste.

Fait à Aoste, le 21 octobre 2010.

Le président,
Augusto ROLLANDIN

PLAN REGIONAL 2011-2013 POUR LA SANTE ET LE BIEN-ETRE SOCIAL

« La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer.

Pour parvenir à un état de complet bien être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter.

La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie.

La promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas à préconiser l'adoption de modes de vie sains, son ambition est le bien-être complet de l'individu. »

Organisation mondiale de la santé

Préambule

(omissis – publié au Bulletin officiel n° 45 du 2 novembre 2010)

TABLE DES MATIERES

Principes et valeurs de référence	page 4
Méthodes et contenus	page 7
Ressources financières	page 8
Investissements	page 12
Rationalisation des processus de dépense	page 13
Ressources humaines	page 16
Ressources technologiques	page 19
Application du plan précédent et criticités résiduelles	page 20
Lignes directrices stratégiques	page 23
n° 1 Sauvegarder l' EQUITE dans la santé et dans l'accès approprié aux services	page 25
Pourquoi l' EQUITE	page 25
L'équité dans la santé	page 25
- La garantie des niveaux essentiels d'assistance (<i>LEA</i>)	page 26
- Le droit à la santé et à la prévention	Page 27
L'équité dans le bien-être social	page 28
- La conception des prestations sociales	page 28
- La participation des citoyens aux dépenses sociales	page 30
Les actions	page 31
n° 2 Garantir et mesurer la QUALITE du service sanitaire et social	page 34
Pourquoi la QUALITE	page 34
La qualité dans la santé	page 34
- La gouvernance clinique et l'évaluation des performances	page 35
- La recherche clinique	page 35
- L'hospitalisation	page 36
- Le risque clinique	page 37
- Le traitement de la douleur	page 38
- Les réseaux de la qualité clinique	page 38
- Les délais d'attente pour les soins	page 39
- La mobilité sanitaire interrégionale et internationale	page 39
- Les médecines non conventionnelles	page 40
- La sécurité alimentaire	page 41
La qualité dans le bien-être social	page 41
- L'évaluation des besoins	page 41
- L'évaluation des projets et des services sociaux	page 42
L'autorisation et l'accréditation régionales	page 44
Les actions	page 45
n° 3 Créer des ALLIANCES responsables entre les acteurs du système	page 51
Pourquoi les ALLIANCES	page 51
Les alliances pour la santé	page 51
- La santé dans toutes les politiques, les institutions et les interventions publiques	page 52
- L'hygiène environnementale et la sécurité sur les lieux de travail	page 53
- Le réseau de promotion de la santé	page 53
- L'alliance entre médecin et citoyen	page 55
- Les urgences sanitaires et l'observatoire vétérinaire	page 56
- Les animaux de compagnie	page 56
Les alliances pour le bien-être social	page 57

	- Les alliances pour l'aide aux familles	page 58
	- L'hébergement d'urgence	page 58
	- L'alliance avec la famille pour tout citoyen en situation de fragilité	page 58
	- Les mineurs en difficulté	page 59
	- Les alliances pour des projets sociaux responsables	page 59
	Les actions	page 60
n° 4	Orienter les services aux citoyens vers la SIMPLIFICATION et la proximité	page 65
	Pourquoi la SIMPLIFICATION	page 65
	La simplification pour la santé	page 65
	La simplification pour le social	page 66
	Les actions	page 67
n° 5	Valoriser les COMPETENCES des citoyens et des opérateurs comme moyen et fin de toute action d'amélioration de la santé et du bien-être	page 69
	Pourquoi les COMPETENCES	page 69
	Les compétences pour la santé	page 69
	- Les investissements sur la santé et le bien-être des jeunes	page 70
	- La formation dans le secteur de la santé	page 71
	Les compétences pour le bien-être social	page 71
	- Les investissements sur la citoyenneté active des jeunes	page 72
	- La valorisation des personnes âgées actives	page 73
	- La formation dans le secteur social	page 73
	Les actions	page 75
n° 6	Fixer un CADRE TERRITORIAL de plus en plus interprète et acteur des besoins	page 79
	Pourquoi le TERRITOIRE	page 79
	Le secteur de la santé et l'intégration des besoins	page 79
	- L'appropriation et la valorisation de la médecine territoriale	page 80
	- La « médecine d'initiative » et les nouveaux modèles d'assistance primaire	page 81
	Le territoire en tant qu'expression et évaluation des besoins sociaux	page 82
	- Le secrétariat social	page 82
	- Le secours social d'urgence	page 82
	Les actions	page 84
n° 7	Protéger et valoriser les personnes en état de FRAGILITE, avec une attention particulière aux premières et dernières phases de la vie	page 87
	Pourquoi la FRAGILITE	page 87
	- Les premières phases de la vie	page 88
	- Les dernières phases de la vie	page 89
	- Le handicap	page 90
	- La santé en prison	page 92
	- Le malaise familial	page 93
	- Les dépendances pathologiques	page 93
	- La santé mentale	page 94
	- L'immigration	page 94
	- Le malaise économique	page 95
	Les actions	page 96

Principes et valeurs de référence

En matière de santé et de bien-être social, depuis toujours, le « Système Vallée d'Aoste » vise la centralité de la *personne* et de la *famille* dans les différentes phases de la vie et est attentif au *territoire* en tant qu'élément important et décisif pour ce qui est des modalités selon lesquelles naissent et se manifestent les différents besoins. La personne, quel que soit son état ou son besoin, prend une valeur absolue dans le respect de son unicité. Le système valdôtain est donc un système non seulement « des services » mais aussi *des valeurs*, qui vise constamment à l'équité, à la qualité, à la responsabilité et à la durabilité.

Ce sont là des principes qui constituent un élément important de continuité avec tous les documents de planification socio-sanitaire régionale précédents.

Équité Si l'universalité d'accès et la solidarité sociale sont à la base du système public régional, elles n'impliquent pas le devoir de fournir tout à tout le monde, mais le devoir *de garantir à chaque personne ce dont elle a besoin, pour que tous soient égaux, autant que possible, au niveau de la santé ou du bien-être.*

Les causes principales des inégalités en matière de santé et d'accès aux services découlent de facteurs sociaux tels que l'instruction, la position professionnelle, le revenu, les réseaux familiaux et le capital humain. Il importe de continuer à en assurer le suivi dans les sous-groupes de population les plus faibles et défavorisés afin d'en contraster, par des actions ciblées, les effets indésirables et d'aider chaque personne à réunir les conditions nécessaires afin qu'elle puisse se (re)constituer comme principale ressource pour elle-même. Pour cela, il est nécessaire de travailler pour que *la santé et le bien-être social* soient non seulement garantis à chaque individu – de plus en plus responsable et compétent – mais aussi *placés au cœur de toutes les politiques publiques destinées à la personne* (du travail aux transports, du logement à l'instruction), *et cela à tous les niveaux* : de la région au district, du district à la commune.

L'accès simplifié aux services et aux soins, la possibilité d'utiliser les technologies informatiques et l'élimination des barrières culturelles, organisationnelles, fonctionnelles et géographiques peuvent contribuer de manière importante à réduire les inégalités et à augmenter l'équité en matière de santé et de bien-être social en Vallée d'Aoste. Parallèlement, il faut procéder à des analyses objectives de l'offre de soins, mises en corrélation avec des variables épidémiologiques et démographiques, en les comparant avec des situations standard homogènes, et ce, afin de rééquilibrer l'organisation en fonction des besoins réels de santé.

Qualité Le « Système Vallée d'Aoste » entend garantir et améliorer davantage la qualité des services, tant dans le secteur sanitaire que dans le secteur social, quelle que soit leur forme (intégrée ou non intégrée).

En matière de santé, la qualité est le degré d'amélioration que les services obtiennent lorsqu'ils réalisent les objectifs fixés, compte tenu de l'état actuel des connaissances et de la technique professionnelle. Dans ce sens, la qualité est surtout un devoir moral, si nous considérons que le système sanitaire a pour objet de donner des soins à la personne dans le respect de l'identité de celle-ci. La qualité, donc, en tant que sécurité et fiabilité technologique et clinique, mais aussi en tant que recherche continue de la validité diagnostique et thérapeutique et de l'adoption de recommandations cliniques selon les critères de la médecine fondée sur les preuves. Mais qualité signifie aussi information correcte du citoyen. La transparence dans les critères et la communicabilité institutionnelle des choix sont, en effet, indissociables de la garantie de sécurité à laquelle chaque personne a droit. Et cela, aussi bien lorsqu'il s'agit d'informations complexes, liées à l'orientation clinique du traitement que la personne suit, que dans les situations délicates, concernant la sphère éthique, lorsque l'on demande au patient d'être

conscient et informé des soins et des risques y afférents, ou dans les cas plus complexes et spécifiques des consultations relatives à des situations cliniques qui présentent des questions de caractère moral.

Enfin, la qualité concerne aussi la simplicité des procédures d'accès. Simplifier l'accès aux services garantit plus de certitude dans les résultats, plus de respect envers le porteur d'un besoin et plus de qualité dans le rapport entre celui-ci et le professionnel ou l'établissement chargé de satisfaire le besoin en cause.

Dans les services sociaux, l'amélioration de la qualité exige l'introduction de méthodes d'évaluation quantitative et qualitative, entre autres par des actions de partenariat qui peuvent contribuer à élaborer des standards qualitatifs de concert avec les usagers. En outre, la qualité dans les services sociaux d'intérêt collectif exige plus de coordination et d'intégration, en particulier au niveau des services destinés aux personnes les plus défavorisées, et cela même afin de favoriser la réintégration sociale de ces dernières et l'égalité des chances. Enfin, la qualité des services sociaux comporte aussi la diffusion d'une culture éthique et responsable des services, conformément à laquelle, dans l'accueil des requêtes des citoyens et des opérateurs, les exigences de la planification régionale sont reliées avec les lignes d'orientation et les instruments pour la planification de zone, ce qui garantit à tous les résidents l'égalité de traitement dans les services présents sur le territoire régional.

Responsabilité Chaque secteur d'intervention publique fait appel au sens des responsabilités qui doit caractériser l'action institutionnelle. Les droits et les devoirs doivent être clairs à tous les acteurs du système, qui les partagent, de manière responsable et solidaire, et ce, en raison du fait que le secteur de la santé et du bien-être est un secteur dont la subsistance est assurée par les finances publiques, qui sont à leur tour alimentées par le prélèvement fiscal. Responsabilité, donc, en tant que garantie du caractère éthique et de la qualité du système, de l'humanisation des soins et des interventions, de la rapidité et de l'efficacité de la réponse, de l'absence de gaspillage, du respect des décisions et de l'invitation à participer à celles-ci, mais aussi de la formulation de demandes raisonnables et documentées sur les besoins et sur les priorités y afférentes.

Durabilité La durabilité du système pour la santé et le bien-être social de la Vallée d'Aoste implique *la durabilité des décisions prises en fonction de la certitude des ressources disponibles*, celles-ci étant entendues non seulement comme ressources financières, mais aussi comme ressources humaines, structurelles et technologiques, nécessaires pour répondre aux besoins des Valdôtains avec efficacité et efficience. Aucune planification responsable est indépendante des ressources disponibles aux fins de l'obtention des résultats attendus et partagés. Il faudra surveiller l'évolution de l'organisation institutionnelle dans un sens fédéral dans le but de maintenir le plus possible inchangé le système de garanties qui a été jusqu'ici à la base du système régional des services et des soins que chaque personne résidant en Vallée d'Aoste est en droit d'exiger, à savoir l'ensemble constitué des niveaux essentiels d'assistance (*LEA*) et des niveaux des prestations sociales régionales. Et cela pour que les citoyens deviennent de plus en plus conscients de leurs besoins et sachent les porter à l'attention des services et des opérateurs compétents, susceptibles de les satisfaire de manière efficace, responsable et appropriée. Par ailleurs, les opérateurs doivent pouvoir participer davantage aux processus qui se produisent au sein du système, et en être plus conscients, pour qu'il y ait cohérence et harmonie entre les objectifs, les rôles et les bénéficiaires des interventions. Tout cela, avec une attention particulière aux

processus de dépense déclenchés. Dans ce sens, la durabilité devient le résultat souhaité de la recherche de niveaux d'appropriation clinique de plus en plus élevés, qui peuvent également être obtenus par des actions d'appropriation organisationnelle et fonctionnelle.

Le présent Plan représente donc un instrument d'orientation et de gouvernement pour la santé et le bien-être social des Valdôtains pendant la période 2011-2013, ainsi qu'une précieuse occasion pour prendre des mesures susceptibles d'exercer des pressions sélectives sur le système sanitaire et social régional, afin d'en améliorer la qualité, de décourager les mauvaises pratiques et d'encourager les bonnes, au profit de la société valdôtaine.

Méthodes et contenus

Compte tenu des principes et des valeurs indiqués jusqu'ici, qui marquent *la continuité* avec la planification régionale précédente, même *en ce qui concerne la méthode*, le présent Plan complète, ou actualise, les objectifs déjà prévus par le Plan 2006/2008 et toujours valables, dans le cadre d'un processus de planification à construction progressive plus large qui renvoie à des délibérations ou à des actes législatifs ultérieurs toutes précisions relatives aux aspects gestionnaires et opérationnels, y compris les ressources nécessaires à son application. Pour ce qui est du secteur de la santé, cela se concrétise principalement par l'accord de programme visé à l'art. 7 de la loi régionale n° 5 du 25 janvier 2000.

En ce qui concerne les contenus, dans un souci de continuité, les prévisions du plan régional de la santé et du bien-être social 2006/2008 sont confirmées, au titre de la période 2011-2013, pour ce qui est de nombreux thèmes et secteurs de gouvernement, toujours d'actualité, et notamment en matière :

- *de rationalisation de l'activité de prévention et de soin*, selon les critères de la médecine fondée sur les preuves et selon des approches basées sur l'appropriation clinique, qui peuvent être mieux réalisées, entre autres, par des réaménagements fonctionnels et organisationnels ;
- *d'adoption de lignes directrices et de bonnes pratiques*, lorsque cela est possible, tant dans le secteur sanitaire, aux fins de l'application de la rationalisation visée au point précédent, que dans le cadre des projets relevant du social ;
- *de prévention sélective*, soit des actions ne visant pas uniquement à des besoins spécifiques et objectifs de santé (liés aux principales causes de mort et de morbidité), mais aussi, dans le cadre de ces derniers, à des groupes de population les plus ou les moins favorisés du point de vue social, car porteurs de niveaux de risque différents ;
- *de sécurité alimentaire* garantie par le respect des indications des normes européennes ;
- *d'amélioration de la continuité des soins et de développement des soins à domicile*, comme alternatives à l'hospitalisation ou à l'hébergement en institution, à égalité de sécurité clinique et, plus en général, de *renforcement de la médecine territoriale*, entre autres par le *développement des formes associatives* dans le cadre de la médecine primaire ;
- *de maintien des services d'excellence actuellement en fonction dans les hôpitaux régionaux* et de maîtrise du flux sortant de patients ;
- *d'aide au processus de renouvellement structurel et technologique des structures et des activités sanitaires et socio-sanitaires présentes*, en les orientant vers des critères et des niveaux d'excellence ;
- *d'autorisation et d'accréditation*, en tant que procédés à utiliser davantage pour garantir le niveau de qualité des prestations, mais à subordonner à des indications précises sur les besoins établis par le Gouvernement régional ;
- *d'investissement dans le secteur de la santé*, par la réalisation d'un centre hospitalier régional unique pour malades aigus et par la continuation des travaux de construction prévus pour ce qui est des centres d'hébergement de district destinés à prendre en charge les patients non autonomes et les malades chroniques ;
- *de politiques sociales orientées vers la solidarité et le principe de la subsidiarité horizontale et verticale*, surtout en ce qui concerne les projets à l'intention des jeunes et de la famille, ainsi que vers *l'interception précoce de toutes formes de détresse*, en leur donnant des réponses le plus possible unitaires ;

- *de politiques intégrées en faveur des personnes handicapées et non autonomes*, toujours orientées vers la valorisation de la personne, quel que soit son état de santé ou ses fonctions résiduelles ;
- *de développement continu des professions sanitaires et sociales*, en fonction de la demande de soins et compte tenu de la réponse aux besoins de la population régionale.

Sous le profil normatif, le présent Plan est cohérent avec la législation nationale et régionale en vigueur en matière de santé et de bien-être social.

À l'échelon national, les documents les plus récents ayant inspiré ce Plan sont :

- le *Patto per la Salute 2010-2012* (dans sa partie consacrée aux principes), adopté le 3 décembre 2009 par la Conférence permanente pour les rapports entre l'État, les Régions et les Provinces autonomes de Trente et de Bolzano ;
- le *Documento preliminare informativo sui contenuti del nuovo Piano Sanitario Nazionale 2010-2012*, communiqué par le ministre de la santé à la Conférence État-Régions au mois d'avril 2010 et modifié en septembre 2010 au titre de la période 2011-2013.

Il faut ensuite ajouter à ces textes les multiples accords et ententes entre le Gouvernement italien, les Régions et les Provinces autonomes au sujet de leurs différents domaines de compétence, ainsi que la loi n° 42 du 5 mai 2009 relative au fédéralisme fiscal, portant application des dispositions de l'art. 119 de la Constitution.

Par ailleurs, le présent Plan est cohérent avec les lois régionales récemment approuvées, dont, notamment :

- la loi régionale n° 14 du 18 avril 2008 portant système intégré des actions et des services en faveur des personnes handicapées ;
- la loi régionale n° 1 du 23 janvier 2009 portant mesures régionales extraordinaires et urgentes pour la lutte contre la crise et pour le soutien aux familles et aux entreprises ;
- la loi régionale n° 52 du 23 décembre 2009 portant mesures régionales pour l'accès au crédit social ;
- la loi régionale n° 2 du 18 janvier 2010 portant prorogation, au titre de 2010, des dispositions de la loi régionale n° 1 du 23 janvier 2009 (Mesures extraordinaires et urgentes pour la lutte contre la crise et pour le soutien aux familles et aux entreprises) et adoption de mesures supplémentaires.

Ressources financières

Nous vivons à une époque d'importantes réformes institutionnelles et constitutionnelles. C'est le moment de l'application d'un fédéralisme, pour l'instant uniquement fiscal – et d'une certaine manière déjà présent en Vallée d'Aoste – mais qui deviendra nécessairement, très vite, également institutionnel par la définition de modèles et de standards qui devront être compatibles avec les réalités régionales et l'histoire des autonomies, telle que l'histoire de la Vallée d'Aoste. Ce processus, qui ne sera certainement pas sans retombées sur les politiques à moyen et long terme, doit toutefois représenter l'occasion pour parvenir à une conscience nouvelle et plus mûre du véritable potentiel régional de développement des modèles sociaux actuels, ainsi que de soutien à ces derniers. C'est un devoir, non seulement une étape, auquel la Vallée d'Aoste ne peut se soustraire et qui, si bien exercé, renforcera la spécificité et l'autonomie de celle-ci. En effet, il est opportun de rappeler que, pour le gouvernement et la gestion de la santé des Valdôtains, la Région a renoncé aux virements du Fonds sanitaire national et utilise ses ressources propres depuis 1994 et que, pour les politiques sociales, la quote-part provenant du Fonds national compétent s'élève à moins de 3 p. 100 du total de la dépense relative aux services fournis. La garantie et la durabilité du

Système régional pour la santé et le bien-être social doivent toutefois pouvoir trouver, même à l'avenir, un juste équilibre entre la limitation du prélèvement fiscal, la demande croissante de services et de soins et la consommation de ces derniers. C'est uniquement ainsi que le système des garanties sociales et des droits exigibles peut durer et être stable, sans oublier l'existence, dans d'autres régions du nord, de scénarios alternatifs qui font appel à des fonds complémentaires pour les soins médicaux. Les résultats de l'analyse des crédits régionaux globalement utilisés pendant les quatre dernières années dans les différents secteurs relevant de la Région figurent au tableau de synthèse indiqué ci-après :

	2006	EXERCICES FINANCIERS		2009
		2007	2008	
Dépenses totales à la charge du budget régional				
		VALEURS ABSOLUES		
Dépenses pour la santé				
ordinaires		*		**
dont LEA				
en capital				
Total				
Dépenses pour les politiques sociales				
ordinaires				
en capital				
Total				
		EXERCICES FINANCIERS		
	2006	2007	2008	2009
Total des dépenses sociales et sanitaires				
		POURCENTAGES		
% dépenses pour la santé				
% dépenses pour les politiques sociales				
Total dépenses sociales et sanitaires				

* Y compris la somme de 17 470 000 euros pour l'application de la convention 2004-2005 des personnels salariés et conventionnés, en sus de l'application de la convention 2001-2005 relative aux pédiatres de famille. ** Y compris la somme de 8 100 000 euros pour l'application de la convention 2006/2007 des personnels salariés et conventionnés.

Ainsi qu'il appert du tableau ci-dessus, les secteurs de la santé et du bien-être social sont les secteurs où la dépense a historiquement augmenté d'une manière plus que proportionnelle par rapport au produit intérieur brut (PIB) régional. Pour continuer à garantir la durabilité du système, surtout à la lumière des manœuvres financières nationales qui détermineront, vraisemblablement, une diminution des crédits inscrits au budget régional, il est nécessaire de rationaliser les dépenses de manière responsable et partagée. Il est également évident que l'allongement de l'espérance de vie entraîne une série de problèmes liés à la prise en charge des situations chroniques, qui pèsent de manière toujours plus importante sur le système socio-sanitaire régional. Par ailleurs, le taux d'incidence des dépenses sanitaires annuelles sur le budget régional pendant la période 2006/2009 a dépassé de peu 10 p. 100 et il peut être prévue une augmentation des dépenses ordinaires dérivant des frais de gestion liés à la récente ouverture de nouveaux services d'excellence tels que, par exemple, la tomothérapie¹, ainsi que de centres de rééducation et d'hospitalisation de longue durée. Naturellement, l'ouverture de ces nouveaux services doit être accompagnée – en application, entre autres, des dispositions nationales en matière de limitation des dépenses – par une rationalisation efficace des services fournis et des ressources attribuées, par la promotion d'actions visant à favoriser les économies d'échelle et de dépenses, ainsi que par un plan de limitation des dépenses

¹ La tomothérapie est une technique de radiothérapie particulière et avancée, utilisée pour éradiquer les maladies tumorales, ou à des fins palliatives. C'est la plus moderne technique de radiothérapie à faisceau externe existant aujourd'hui. L'avantage principal est la précision avec laquelle les cellules malades sont irradiées et les cellules saines préservées, alors qu'avec les techniques précédentes celles-ci étaient endommagées.

sérieux indiquant l'utilisation de moyens efficaces de suivi et d'intervention, avec une attention particulière aux éléments ci-après :

- personnel ;
- biens et services ;
- hébergement ;
- assistance pharmaceutique ;
- flux sortant de patients.

Une analyse intéressante en vue des prochaines évaluations de durabilité concerne la dynamique de la répartition des dépenses supportées dans notre région pour les niveaux essentiels d'assistance (*LEA*) dans les trois secteurs suivants : la prévention collective et la santé publique, l'assistance au niveau du district et l'assistance hospitalière. Le tableau qui suit en indique les coûts, en pourcentage sur le total, au titre de la période 2006/2009 :

Coûts supportés par la Vallée d'Aoste pour les LEA				
Niveau d'assistance	2006	2007	2008	2009
Prévention				
District				
Hôpital				
Total				

Source : Modèle LA du Ministère de la santé.

La répartition des coûts supportés en Vallée d'Aoste pour les *LEA* s'avère être substantiellement en ligne avec les prévisions de la récente ébauche de décret législatif portant dispositions en matière de détermination des coûts et des besoins standards dans le secteur de la santé² en vue de l'application du fédéralisme fiscal. La tendance régionale confirme, tout particulièrement, la tendance nationale, souvent souhaitée, d'une réduction progressive des dépenses hospitalières au profit des dépenses territoriales, ce qui reste un objectif à poursuivre pendant la période de validité du présent Plan, surtout par l'adoption de modèles innovants dans le cadre de l'assistance primaire. En effet, l'organisation introduite par le précédent document de planification, au sens de laquelle le territoire doit représenter toujours plus le cadre de référence prioritaire pour la prévention, ainsi que pour les soins et la continuité de ces derniers (parcours de soins, assistance à domicile, intégrée et non, centres Alzheimer, résidences sanitaires d'assistance, unités de soins prolongés et micro-communautés, dans le cadre des trois niveaux d'assistance susdit, etc.), est confirmée et, de plus en plus souvent, l'hospitalisation est réservée aux seuls malades aigus, selon des modèles organisationnels fondés sur l'intégration/rationalisation des fonctions dans une optique départementale.

Les dépenses pour l'ensemble des services sociaux garantis sont indiquées dans le tableau ci-après et réparties par secteur d'activité et par exercice financier :

Exercices financiers				
	2006	2007	2008	2009
Dépenses ordinaires				
Personnes âgées et handicapées				
Formation				
Fonctionnement				
Infirmes – Autres interventions d'assistance				
Mineurs et familles				
Plan de zone				
Première enfance				
Politiques migratoires				

² Version modifiée du 20 septembre 2010.

Pauvreté et exclusion sociale				
Toxicodépendance et santé mentale				
Autres fins				
Total				
Dépenses en capital				
Total				
Total des dépenses ordinaires et des dépenses en capital				

Il ressort de l'analyse de la tendance des dépenses pour les politiques sociales, réparties par secteur d'activité, pendant la période 2006/2009, que le taux d'incidence desdites dépenses sur le budget régional dépasse de peu 3 p. 100 et que cela est dû au renforcement et à la requalification des structures et des services du réseau territorial, et notamment à l'engagement croissant pour les services à l'intention de la population âgée. L'augmentation de l'espérance de vie et du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques, de personnes partiellement invalides et de personnes dépendantes comporte une augmentation des coûts sociaux, y compris les dépenses au titre de l'invalidité civile. De plus, pour 2009, l'importante hausse des dépenses doit être liée, entre autres, à la situation conjoncturelle particulièrement défavorable, à laquelle l'Administration régionale s'est opposée en accordant des financements supplémentaires aux mesures existantes et en approuvant deux lois anticrise. En ce qui concerne notre avenir proche, les considérations exprimées sur la durabilité du système sanitaire restent valables pour les politiques sociales, surtout à la lumière des manœuvres financières nationales qui détermineront, vraisemblablement, une diminution des crédits inscrits au budget régional.

Il sera, par ailleurs, nécessaire de continuer à travailler en synergie avec les collectivités locales, les organisations syndicales et le troisième secteur pour ce qui est de la planification et de la rationalisation des services, ainsi que pour la limitation des dépenses, en sauvegardant le plus possible les niveaux d'assistance atteints, conformément à une tendance de croissance qui, si la conjoncture économique actuelle persiste, pourrait aussi dépasser le taux d'inflation programmée.

Par conséquent, pour garantir un contrôle attentif des dépenses, le présent Plan fixe les stratégies suivantes de moyen et long terme en tant que lignes directrices unitaires à suivre :

- maximiser l'efficacité et l'efficience opérationnelle, entre autres par des solutions de gestion innovantes (externalisation ou *outsourcing*) et en réduisant la fragmentation des interventions ;
- concevoir ou reconcevoir l'action publique selon des approches qui relient les actions aux objectifs institutionnels en définissant les résultats attendus et le coût virtuel y afférent ;
- mettre en œuvre des politiques équitables de participation des usagers et de leurs familles aux coûts des services sociaux ;
- renforcer l'intégration entre les secteurs sanitaire et social, mais aussi intra et inter-institutionnel, non seulement en ce qui concerne les moyens et les actions, mais aussi pour ce qui est des objectifs et des cultures, et ce, aux fins de l'amélioration du fonctionnement, de l'efficacité et de l'efficience du système ;
- privilégier les formes de planification partagée et participée des interventions afin de créer des alliances responsables et d'accroître l'esprit de solidarité et l'engagement social de tous (élu, organisations syndicales, opérateurs et citoyens), dans une optique de développement communautaire durable ;
- opérer une orientation générale vers des pratiques dont l'efficacité est reconnue et vers la réalisation d'études de faisabilité justifiant l'engagement financier nécessaire à toute nouvelle intervention ;
- assurer, par des instruments vérifiés à l'échelon national, le suivi de l'activité de gestion des services et rechercher toutes les applications possibles en Vallée d'Aoste des bonnes pratiques qui ont permis, dans d'autres réalités régionales, d'obtenir des résultats meilleurs.

Investissements

En ce qui concerne les investissements pour la santé, les prévisions du Plan 2006/2008 sont confirmées pour ce qui est de la réalisation du centre hospitalier régional unique pour malades aigus de l'avenue de Genève et du respect du nombre maximum de lits disponibles, correspondant à 4,5 p. 1 000 de la population régionale (quelque 575 lits pour une population un peu supérieure à 127 000 habitants), y compris le 1 p. 1 000 à réserver à la rééducation et à l'hospitalisation de longue durée (quelque 58 lits).

Les travaux de réalisation du centre hospitalier régional unique pour malades aigus ont déjà été financés par l'Administration régionale à hauteur de 145 500 000 euros, à valoir sur le Fonds régional pour la réalisation de travaux d'intérêt régional majeur.

Les patients atteints de maladies chroniques seront pris en charge au niveau du district, par les services de soins à domicile ou par les structures d'hébergement ou les centres de jour présents sur le territoire.

Par conséquent, pendant la période de validité du présent Plan, il y a lieu :

- de poursuivre la réalisation du centre hospitalier régional unique pour malades aigus et la réhabilitation de l'hôpital actuel de l'avenue de Genève, par l'intermédiaire d'une société ad hoc ;
- de confirmer le dessein stratégique selon lequel, dans l'attente du transfert des fonctions actuellement assurées par le Beauregard au centre régional unique, la rééducation intensive doit être fournie à l'extérieur de la structure hospitalière (réservée uniquement aux malades aigus) ;
- de compléter et d'actualiser, compte tenu des besoins réels, le plan de réalisation et d'agrandissement des centres socio-sanitaires territoriaux ;
- de compléter et d'actualiser les accords de programme avec le Ministère de la santé, au sens de l'art. 20 de la loi n° 67/1988 ;
- de garantir, sans préjudice des dispositions spécifiques en matière de limitation de la dépense, un transfert financier global destiné à couvrir les dépenses en capital de l'Agence USL tenant compte du patrimoine inventorié et des dépenses effectivement supportées et à supporter pour le remplacement des biens immeubles (amortissement) ;
- de définir une procédure à l'échelon régional pour la réalisation des interventions en capital dans le secteur sanitaire et de créer un Observatoire régional des travaux.

Pour ce qui est des investissements en capital dans le secteur des politiques sociales pendant la période de validité du présent Plan, il y a lieu :

- d'assurer le suivi de l'achèvement des travaux en cours concernant les structures d'assistance pour personnes âgées et de mettre à jour, selon une logique de district, le plan des interventions ;
- de compléter et d'actualiser, compte tenu des besoins effectifs, le plan régional des travaux de réalisation de structures destinées aux personnes handicapées (centres d'éducation et d'assistance) ;
- de continuer, en collaboration avec les structures régionales compétentes, à planifier les travaux d'entretien extraordinaire des structures propriété régionale, ainsi que l'achat du mobilier et des équipements nécessaires.

Enfin, dans l'attente de l'agrandissement de l'hôpital Umberto Parini vers l'est, il s'avère nécessaire de procéder à une coordination des nombreux travaux de réhabilitation dudit centre hospitalier afin de sauvegarder le bon fonctionnement d'un milieu aussi sensible que le milieu hospitalier.

Une attention particulière doit être consacrée au déplacement de tout le secteur psychiatrique et aux questions suivantes :

- nombre de places de stationnement, pour les usagers et pour les opérateurs ;
- locaux adéquats pour les professionnels exerçant en libéral ;
- locaux accessoires pour les activités de formation et les réunions ;
- locaux destinés à la phase qui précède la sortie de l'hôpital.

Rationalisation des processus de dépense

Un dernier élément servant à garantir la durabilité du système des services à la personne et à la famille concerne les mesures en matière de *lutte contre les gaspillages*.

Il y a notamment lieu de consacrer une attention particulière à la centralité de la personne et de la famille, surtout si dans des conditions de fragilité, de garantir à celles-ci le droit aux soins et à l'assistance et de fixer des objectifs de système qui, tout en assurant la qualité, l'adéquation et l'équité du système lui-même, visent à l'améliorer progressivement et à le rendre durable.

L'utilisation de la dépense peut ne pas être optimale ni pleinement efficace même dans le cadre de la gestion ordinaire, et ce, sans aucune intention directe, mais uniquement du fait d'habitudes obsolètes de conception des politiques et de gestion des services publics. Communément, en effet, il ne s'agit pas de responsabilités individuelles ni sectorielles, mais des retombées, longtemps en latence, de la culture précédente des administrations publiques, aujourd'hui plus conscientes de devoir opérer selon des critères d'efficacité, d'efficience et d'économicité dans tous les secteurs pour garantir une couverture équitable des besoins et, conjointement, la durabilité du système. S'il est certainement impossible d'appliquer de manière acritique les paramètres typiques des logiques d'entreprise aux systèmes où, par exemple, le travail intellectuel, les soins ou la valeur de la personne sont importants, il est toutefois nécessaire, en premier lieu, de prévoir le montant de la dépense en fonction des services fournis en réponse aux besoins constatés et que l'on entend satisfaire. En outre, il y a lieu de réaffirmer que seulement une approche transparente et rigoureuse de la dépense permet des services durables et de qualité. Le contrôle de la dépense peut être d'autant plus efficace que la culture de l'évaluation basée sur des standards et des protocoles validés se développe auprès de tous les opérateurs du système. Toujours plus souvent, en effet, lorsqu'on parle de qualité durable du système public des services l'on confirme la thèse selon laquelle il ne peut y avoir efficience sans contrôle.

Dans le secteur sanitaire, si le système public valdôtain a le devoir de garantir la qualité des soins et l'équité dans l'accès aux soins dont l'efficacité est reconnue, il est également tenu de rechercher l'économicité de son action institutionnelle.

Dans le secteur hospitalier, soit dans le secteur qui, à l'échelon national tout comme à l'échelon régional, est le plus facilement contrôlable sous le profil de la dépense, l'on entend poursuivre l'action de *benchmarking* (ou analyse comparative) entre les régions, en utilisant des modèles accrédités et attentifs à la fois aux aspects économiques et à la santé des populations assistées. Il sera ainsi également possible de répondre convenablement aux problèmes constatés, et ce, sans oublier la particularité qui découle du fait d'opérer dans un territoire de montagne.

Il est enfin nécessaire de procéder dans la consolidation de l'organisation départementale, non seulement au niveau hospitalier, mais aussi pour toutes les aires qui composent l'Agence USL, et cela aux fins de la rationalisation de l'offre existante. Le département devra constituer le niveau organisationnel macro avec lequel se rapporte la direction stratégique et, par conséquent, le directeur de département ne devra plus uniquement avoir des compétences fonctionnelles mais il devra acquérir de plus en plus des compétences de gestion, gérer les ressources humaines, instrumentales et structurelles qui lui sont attribuées, ainsi que le budget négocié, et veiller à la

réalisation des objectifs. Il lui sera demandé, entre autres, d'uniformiser les procédures internes, de promouvoir la formation départementale et de réaliser, lorsque cela est possible, des économies d'échelle.

Au nombre des principes directeurs pouvant permettre à l'Agence USL de réaliser l'objectif de rationalisation responsable de la dépense figurent la planification sérieuse des objectifs et l'utilisation efficiente des moyens à disposition. Du reste, une planification sérieuse est strictement reliée au respect d'un rapport correct entre la réalisation des objectifs fixés et l'utilisation des ressources disponibles pendant une période donnée, selon le principe de l'efficace. Le respect de ce principe ou, en tout état de cause, le fait d'appuyer son action sur une philosophie opérationnelle fondée sur l'attention aux ressources disponibles signifie mettre les bases d'un développement du système durable et certain dans ses lignes directrices fondamentales, un développement susceptible de donner pleine application au droit du citoyen de voir garanti son droit fondamental à la santé, mais, parallèlement, d'avoir la certitude que sa contribution fiscale se conjugue avec la capacité essentielle de l'Agence USL d'assurer une utilisation adéquate des ressources disponibles pour des soins dont l'efficacité est reconnue. Cette exigence se fonde sur la garantie d'un juste équilibre entre la limitation du prélèvement fiscal, la demande croissante de services et de prestations et la consommation de ces derniers.

Le principe de l'efficace devra constituer, dans les années à venir, l'un des principes directeurs des administrations publiques, surtout dans un secteur, tel que le secteur sanitaire, caractérisé, de par sa nature, par une tendance physiologique à l'augmentation des coûts de production, du fait du développement naturel des connaissances scientifiques et de l'évolution de la technologie. Un secteur qui a enregistré, pendant les quinze dernières années, une forte augmentation de la dépense, non seulement en termes nominaux, mais aussi par rapport au produit intérieur brut (PIB), à cause de facteurs tels que le vieillissement de la population et l'augmentation des attentes des citoyens, et qui sera appelé à faire face à la difficulté croissante de repérer les ressources nécessaires à ses actions.

Dans cette situation, le principe de l'efficace devra se conjuguer au moins avec le maintien des niveaux des services et des soins déjà garantis et couverts par une dépense supportable, une rationalisation rigoureuse desdits services et soins étant toutefois indispensable. En d'autres termes, la dépense en cause devra prendre en compte non seulement les besoins des citoyens, mais aussi la capacité de l'Agence USL d'appliquer une stratégie opérationnelle permettant d'investir sur les potentialités du système, d'éliminer les lignes de production caractérisées par un rapport coûts/bénéfices marginaux défavorable et d'adopter systématiquement des critères méritocratiques pour l'évaluation des opérateurs.

C'est justement dans le but de donner une application concrète à cette ligne politique que le présent Plan prévoit, déjà à compter de 2010, une enquête visant à l'identification des secteurs, ou prestations, pouvant faire l'objet d'améliorations organisationnelles et mener à des choix stratégiques décisifs ou, subsidiairement, à une différenciation au niveau de l'allocation des ressources. Cela se concrétise dans un processus de négociation entre collectivités et, à l'intérieur de l'Agence USL, entre la direction stratégique et la composante sanitaire. Par ailleurs, dans les années à venir, des lignes d'action concrètes doivent être conçues, capables d'avoir des retombées positives sur les processus et de conduire à un développement durable et efficace du secteur de la santé.

Il est indubitable que toute action de rationalisation des *LEA* devra se doubler de campagnes d'information de la population appropriées, entre autres pour décourager les accès et les demandes incongrus.

Tout comme dans le secteur sanitaire, dans le secteur social, le devoir de garantir l'assistance ne peut faire oublier le principe de l'économicité de l'action publique, tant au niveau de la conception des actions qu'à celui de l'évaluation des effets produits par celles-ci. Il ne s'agit pas d'adopter des politiques de réduction de l'offre actuelle de services pour limiter la dépense, puisque la Vallée d'Aoste a depuis toujours maintenu, dans ses budgets, l'engagement financier en faveur des services

sociaux à un niveau élevé et constant, mais, plutôt, d'adopter une perspective qui favorise la rationalisation des processus et de la dépense à l'intérieur de chaque segment de l'offre de services. Tant dans la conception de nouveaux services ou de nouvelles actions, que dans le remaniement des services existants, la rationalisation doit pouvoir s'appuyer sur une évaluation de l'importance et de la cohérence de ce que l'on entend faire pour répondre aux besoins. De nombreuses actions, bien qu'utiles, peuvent, à la lumière d'une évaluation du besoin, s'avérer peu importantes et non décisives. Il y a lieu, au contraire, de diffuser une approche rigoureuse, sur la base de laquelle les actions et les projets sont définis selon des objectifs fixés avec clarté et quantifiables par rapport au résultat attendu. Rendre transparente, pour les citoyens également, la définition des objectifs quantifiables sur lesquels se fonde l'action publique, en prouver l'importance pour la population tout entière (sur la base, entre autres, de la fréquence) et y relier des actions dont l'efficacité est prouvée, c'est non seulement une façon d'éviter que des gaspillages non voulus se produisent, mais aussi une garantie de la bonté et de la correction des institutions.

Par ailleurs, il existe une limite concernant la qualité du service. C'est-à-dire qu'il faut savoir reconnaître la limite au-delà de laquelle ce qui est proposé (ou offert) à un prix qu'il n'est pas correct, pour des administrateurs de l'argent public, de payer devient du gaspillage. Une logique qui a été considérée, pendant longtemps, étrangère à la gestion des administrations publiques, mais qui doit être aujourd'hui portée à l'attention de tous, spécialement par respect pour l'obligation de prélèvement fiscal, et cela, même si, dans l'évaluation coûts/bénéfices, ce dernier peut être perçu comme virtuellement éloigné et peu lié à la prestation fournie.

Il est donc nécessaire, dans une logique de système, d'opérer, également dans le contexte social, le plus possible pour :

- ramener les services (les lier plus strictement) à leur rôle originaire (la *mission*) et rendre plus claires leurs limites institutionnelles, dans le respect de l'adéquation, de l'économicité et de la participation à l'intérieur d'un cadre stratégique général ;
- définir les modalités de réponse aux besoins documentés et importants, selon des critères objectifs et le plus possible mesurables, et évaluer leur économicité également en termes de comptabilité analytique, pour déterminer le coût unitaire des services ;
- optimiser la mise en réseau des services qui répondent à des macro-secteurs communs de besoins ;
- utiliser les formes de planification participée et le Plan de zone et en optimiser les processus et les résultats pour partager les priorités (l'importance) des besoins à satisfaire et le coût à la charge de l'administration et des familles, coût qui doit être acceptable, selon un processus progressif de responsabilisation des demandeurs et d'utilisation des services et, donc, de légitimité des droits et des devoirs ;
- rendre publique et partagée une « charte des services » énonçant clairement les critères d'accès, les réponses aux besoins, les standards et les garanties, que les citoyens et les institutions doivent à la fois partager et respecter.

Ressources humaines

La dépense relative aux personnels de la santé a une incidence sur le budget global de l'Agence USL qui se situe autour de 45 p. 100. Aux fins de la limitation de la dépense sanitaire, il est opportun de continuer à assurer un suivi attentif de ce poste de dépense, grâce à une collaboration pleine entre la Région et l'Agence USL et à une synergie utile entre les planifications de celles-ci. Par conséquent, le nombre de personnels en service à quelque titre que ce soit au sein de l'Agence USL doit être proportionnel au volume de production de cette dernière, dans une optique d'efficacité et d'efficacité des services fournis et avec une attention particulière au principe d'économicité.

Pour ce qui est de la gestion des ressources humaines, des organigrammes et de la dépense de personnel, il y a lieu de tenir compte des limitations fixées par les dispositions nationales et régionales aux fins de l'obtention de l'équilibre économique et financier de l'Agence USL. Par conséquent, il est nécessaire de définir les ressources financières supplémentaires régionales disponibles pour les mesures d'encouragement du personnel, et ce, dans le but :

- d'assurer une continuité aux lignes de développement et de qualification de l'assistance qui caractérisent le Service sanitaire régional ;
- de disposer de moyens d'évaluation des soins fournis par rapport aux objectifs définis dans la planification sanitaire régionale auxquels associer le versement aux personnels des primes supplémentaires ;
- de renforcer, au niveau de l'Agence USL, le suivi et l'évaluation des soins fournis, compte tenu de l'engagement économique régional supplémentaire et de la particularité locale et en sauvegardant l'autonomie de l'Agence USL, sur laquelle se base la responsabilité de celle-ci ;
- de réserver une attention particulière à la définition des compétences et des responsabilités que l'Agence USL doit attribuer à ses organes aux fins d'une gestion efficace des personnels, compte tenu des principes de la méritocratie et de l'efficacité.

Le présent Plan reconnaît l'importance que les *systèmes d'évaluation et d'encouragement des personnels de la santé* revêtent dans la recherche de la qualité du système de soins à la personne. Il y a lieu, toutefois, de souligner la nécessité de dépasser, dans les systèmes d'évaluation des personnels relevant des catégories et des personnels de direction, les critères basés sur des automatismes pour la distribution des ressources et de fixer des critères et des modalités servant à vérifier concrètement si les objectifs fixés ont été réalisés. Par conséquent, l'Agence USL, de concert avec toutes les parties concernées, doit revoir son système d'évaluation, d'attribution des mandats et d'organisation professionnelle interne, compte tenu des logiques du décret législatif n° 150/2009 (le décret Brunetta), et introduire des systèmes susceptibles de favoriser la fidélisation des personnels appartenant aux profils professionnels les plus requis à l'échelon régional.

Par ailleurs, dans la détermination de ses politiques salariales, l'Agence USL doit respecter le plafond des crédits accordés au sens des dispositions nationales et régionales en vigueur en la matière.

Les demandes d'*augmentation des besoins en personnel* formulées par les dirigeants, à la suite, entre autres, de l'ouverture de nouveaux services, doivent être évaluées par la direction de l'Agence USL compte tenu des possibilités de rationalisation de la gestion des ressources humaines et des processus de révision des modèles organisationnels dans une optique départementale, ainsi que des résultats de l'évaluation de l'ensemble de l'activité et des services fournis.

Il est prioritaire de recruter des personnels sous contrat de travail à durée indéterminée pour répondre à des exigences stables et de réserver les contrats de travail à durée déterminée et/ou atypiques uniquement aux situations extraordinaires et définies dans le temps.

Quant à l'*insuffisance de profils professionnels spécifiques* au sein du Service sanitaire et socio-sanitaire régional, soit d'infirmiers, de techniciens sanitaires de radiologie médicale et d'autres professionnels de santé, il faut reconnaître que ce phénomène prend une importance particulière si l'on considère l'augmentation de la demande d'assistance liée à des facteurs tels que ceux découlant des changements de la situation épidémiologique qui ont été enregistrés au cours des dernières années, l'augmentation de la durée de vie moyenne, l'augmentation de la chronicité et des complexités de nombreuses pathologies et le changement des conditions sociales générales. En effet, pour les structures sanitaires régionales qui visent à atteindre des niveaux appropriés d'assistance sanitaire, la carence des ressources en cause pourrait se traduire par des difficultés organisationnelles.

Le recours à des personnels provenant de l'étranger peut, en partie, combler les lacunes, bien qu'en ce moment, en Vallée d'Aoste, le nombre d'infirmiers étrangers n'atteigne pas des proportions aussi élevées que dans d'autres régions du nord de l'Italie. Compte tenu de cette situation, il est donc nécessaire d'adopter des mesures concrètes visant à optimiser les ressources et les compétences actuelles aux fins d'une qualité et d'une sécurité plus élevées tant des soins fournis que du service infirmier garanti sur tout le territoire régional.

L'évolution de la culture et des connaissances scientifiques dans le secteur technique et sanitaire ainsi que la nécessité d'harmoniser la législation italienne en matière d'assistance sanitaire avec celle des autres pays européens ont amené le législateur à approuver des dispositions qui ont radicalement transformé les professions elles-mêmes³. À la suite de ces changements, la Région, par l'intermédiaire du présent Plan, *promeut les professions de santé* et prévoit la définition du modèle organisationnel compte tenu du rôle, des structures, des rapports organisationnels et de l'autonomie, dans le respect des dispositions législatives.

Pendant les trois années de référence du présent document de planification régionale, il y a donc lieu :

- de prévoir la modification du nombre d'effectifs dans le respect de la planification triennale des besoins en personnel visée à l'art. 39 de la loi n° 449 du 27 décembre 1997 modifiée et complétée et des instruments de planification économique et financière pluriannuelle ;
- de mettre en place un système d'évaluation des structures et des personnels du Service sanitaire régional permettant de garantir des standards qualitatifs élevés ainsi que l'économicité du service lui-même, par la valorisation des résultats et de la performance, organisationnelle et individuelle ;
- de garantir la transparence de toutes les phases du cycle de gestion de la performance, entre autres par la publication, sur les sites internet institutionnels, des informations concernant l'évolution de la gestion, l'utilisation des ressources et les résultats de l'activité d'évaluation ;
- de poursuivre une politique de rationalisation des services de l'Agence USL dans le but de limiter le coût des personnels salariés et conventionnés ainsi que de ceux employés sur d'autres types de contrats ;

³ Il s'est agi d'un parcours qui s'est développé pendant plus de dix ans et dont les étapes fondamentales ont été les suivantes :

- formation universitaire (troisième alinéa de l'art. 6 du décret législatif n° 502/1992) ;
- institution de nouveaux profils professionnels (actuellement 22) ;
- abolition du descriptif de tâches et de la définition de professions auxiliaires de santé (premier et deuxième alinéas de la loi n° 42/1999) ;
- loi n° 251 du 10 août 2000 portant réglementation des professions de santé (infirmiers, techniciens de santé, rééducateurs, techniciens de la prévention et obstétriciens).

- de rendre plus intéressantes les professions de santé pour les jeunes valdôtains qui arrivent sur le marché du travail.

Pour ce qui est des professions médicales, le présent Plan reconnaît que l'attractivité d'une structure sanitaire géographiquement décentralisée telle que l'hôpital régional de la Vallée d'Aoste est directement liée à la possibilité d'y exercer des activités innovantes et hautement spécialisées, ainsi qu'à l'existence de formes d'encouragement et de récompense.

Malheureusement, la réduction actuelle du nombre de places dans les écoles de spécialisation laisse entrevoir, pour l'avenir, une situation dans laquelle les régions les plus petites et dépourvues de faculté de Médecine, telle que la nôtre, risquent de ne plus faire face au *turn-over* (ou à la rotation) des médecins. Il est donc plus que jamais nécessaire de passer, chaque fois que cela est possible et économiquement supportable, des accords de collaboration avec les écoles de spécialisation d'autres régions et de lancer des projets qui permettent aux médecins, au moyen de technologies avancées, d'exercer leur activité sur plusieurs lieux de travail.

Quant aux personnels des services sociaux, il y a lieu de préciser qu'une partie de ceux-ci relève des collectivités locales et que l'Administration régionale est compétente en matière de planification, de financement et de contrôle, comme dans le cas des services pour les personnes âgées et pour la première enfance ; dans de nombreux cas, ce sont le privé social (maisons de repos) et la coopération sociale (crèches, garderies et espaces de jeu dont la gestion est attribuée aux coopératives sociales par les Communes) qui sont impliqués. La Région est, quant à elle, compétente en matière de gestion des services pour les personnes handicapées, et notamment des personnels des centres d'éducation et d'assistance (CEA), des services pour les mineurs et des services sociaux sur le territoire (assistants sociaux). Toutefois, dans ces secteurs aussi, de nombreux services sont donnés en gestion à des tiers et, par conséquent, leurs personnels dépend de sociétés coopératives, d'organismes, de fondations ou d'entreprises privées auxquels la gestion en cause a été confiée, par adjudication directe ou par voie d'appel d'offres : ces personnes morales sont tenues de faire appel à des collaborateurs dont les profils professionnels sont définis par les standards organisationnels relatifs à chacun des services concernés. Dans tous ces cas, l'Administration régionale garantit le respect des conditions d'adjudication pendant toute la durée du service et organise, par des actions de planification et par le financement y afférent, des processus de requalification de certaines catégories professionnelles qui ont besoin d'accroître leurs connaissances, d'améliorer leurs prestations et de développer leurs compétences.

Dans un contexte aussi diversifié, l'on entend, pendant les trois ans d'application du présent Plan :

- renforcer le patrimoine des compétences professionnelles des personnels régionaux non seulement par une formation structurée, mais aussi par des initiatives d'autoformation, de discussion et d'échange d'informations et de bonnes pratiques ;
- étudier des modalités d'alternance entre profils professionnels qui opèrent dans le social, et notamment ceux qui exercent leurs fonctions dans des situations complexes, fortement pénibles et concernant différents domaines d'action, dans le but de prévenir le risque de *burn out* (ou épuisement professionnel) et de rendre, parallèlement, plus dynamique et intéressante la vie professionnelle de chacun ;
- encourager les initiatives d'auto-organisation du travail des professionnels libéraux exerçant actuellement sur la base d'une convention directe ou indirecte, de manière à instaurer des relations d'échange entre le secteur public et un privé social formellement constitué. Il s'agirait, en particulier, d'évaluer l'opportunité d'encourager les assistantes maternelles et les assistantes sociales travaillant actuellement dans l'administration publique sur la base d'une convention à se constituer en coopérative ;
- instaurer un suivi systématique des nouveaux besoins et des dynamiques du marché du travail social qui en découlent pour répondre depuis le début, rapidement et de manière coordonnée, aux initiatives inédites et pour régler, de concert avec la structure régionale compétente

en matière de politique de l'emploi et de la formation, toute nouvelle expérience professionnelle dans le secteur de l'aide à la personne.

Ressources technologiques

Un facteur stratégique transversal à l'organisation sanitaire et sociale tout entière, et donc au présent document de planification, est certainement représenté par la gestion des flux d'informations, soit par les *Information and Communication Technology – ICT* (ou Technologies de l'information et de la communication – TIC), selon un modèle basé sur les structures et sur les moyens permettant le partage à la fois d'informations structurées entre opérateurs socio-sanitaires et d'informations cliniques, organisationnelles et administratives. Les TIC rendront également possible l'expérimentation de différentes modalités de télétravail, ce qui pourra favoriser des économies de ressources humaines. Toutefois, l'introduction et l'évolution des TIC dans une organisation comportent inévitablement des changements dans la gestion et dans le développement des processus organisationnels.

L'Administration régionale a lancé, ces dernières années, un important plan d'investissements dans les infrastructures technologiques visant à la réduction du *digital divide* (ou fracture numérique). À ce sujet, il y a lieu de rappeler la liaison à large bande mise en place sur presque tout le territoire régional, le lancement du projet *Telemedicina – Partout sanità* en collaboration avec les collectivités locales et le réseau en fibres optiques reliant les principaux centres de l'Agence USL.

Le projet *Telemedicina – Partout sanità*, qui s'articulera autour des 6 lignes directrices prévues⁴, permettra d'effectuer des diagnostics et des consultations à distance, en évitant le transport des patients critiques et particulièrement fragiles de leur domicile ou structure d'hébergement, ainsi que de nombreuses autres activités télématiques.

Un secteur d'excellence particulier est constitué par la liaison télématique qui relie les médecins généralistes et les pédiatres de famille à l'hôpital. À ce sujet, il est opportun de développer ce système en introduisant l'ordonnance électronique dans le cadre du projet dénommé *Tessera sanitaria* et de simplifier les procédures d'acceptation des ordonnances pour les prestations spécialisées ambulatoires.

De nouvelles technologies avancées seront expérimentées dans le cadre du secours sanitaire, qui permettront une évaluation plus efficace des interventions urgentes.

Il est enfin nécessaire de poursuivre dans l'intégration de tous les systèmes d'information du secteur sanitaire et social afin de compléter la réalisation du *Fascicolo sanitario elettronico* dans le cadre du système public de connexion régionale, ainsi que la consolidation et l'extension des systèmes d'aide à la gestion : *data-warehouse* (ou entrepôt de données) socio-sanitaire et *data-warehouse* du personnel du service sanitaire régional.

Quant au parc des équipements biomédicaux, il faudra consolider et développer le secteur d'intervention du groupe *Health Technology Assessment – HTA* (ou Évaluation des technologies de santé – ETS) auquel il appartient, pour le moment, d'évaluer les priorités pour ce qui est des investissements en technologies sanitaires. Le développement de nouvelles activités, notamment diagnostiques et chirurgicales, devra tenir compte tant de l'évolution technologique que des scénarios possibles de coopération avec les régions limitrophes.

Dans ce cas également, une attention particulière devra être consacrée aux solutions technologiques permettant de faire des économies de personnel, surtout pour ce qui est des personnels qui sont en nombre insuffisant sur le marché.

⁴ Les lignes directrices du projet *Telemedicina – Partout sanità* sont les suivantes : téléassistance, accès au dossier radiologique, comptes rendus et clichés disponibles sur internet, transmission d'images vidéo / téléprésence, *e-refuge*, télétravail, téléradiologie et transmission télématique des « fiches bilan secourisme ».

En ce qui concerne le secteur vétérinaire, il sera opportun de procéder à l'analyse et à la conception d'un système d'informations pour la gestion, le contrôle et le suivi des prescriptions vétérinaires en vue d'une meilleure inspection des aliments d'origine animale, ainsi que d'expérimenter la gestion informatisée des activités relatives à l'amélioration de l'état sanitaire des animaux et des données y afférentes à communiquer au Ministère de la santé.

Afin de mieux gouverner les politiques d'accréditation, tant dans le secteur sanitaire que dans le secteur social, le présent Plan prévoit la stabilisation du système d'informations en tant que support des activités en cause, ce qui simplifiera remarquablement les procédures actuelles.

Dans le secteur social, le présent Plan entend rationaliser le plus possible, dans une logique de système, les flux d'informations et les collectes de données existants, arrêter ceux dont la qualité, soit l'actualité, soit, encore, la fiabilité aux fins de leur valorisation en termes d'analyse et de soutien aux décisions ne sont pas conformes aux attentes et intégrer au maximum ceux existants et servant effectivement de support aux décisions. Il faut, en effet, promouvoir la pleine compatibilité entre les supports, les plateformes et les logiciels qui gèrent les informations concernant les personnes assistées, éventuellement dans des secteurs différents (social, sanitaire et de l'assistance). Un investissement informatique adéquat devra être garanti pour l'analyse des contenus des flux d'informations existants et des bases de données déjà disponibles, pour ne pas disperser les ressources technologiques acquises, mais les valoriser le plus possible dans une logique de réseau. Le traitement des informations sous forme électronique doit permettre une évaluation à tous les niveaux, de celui de la gestion à celui du gouvernement, pour améliorer l'efficacité, l'efficience et l'économicité des activités fournies.

Dans le détail, l'utilisation systématique de la *cartella sociale* en tant qu'outil d'intégration de données et de systèmes d'informations utilisés par les assistantes sociales sera complétée. La banque de données de l'Indicateur régional de la situation économique (IRSE) des familles sera réalisée, ce qui permettra de simplifier les temps et les dépenses dérivant de l'évaluation des demandes de services présentées par les citoyens.

L'informatisation de la totalité des procédures dans le secteur social est également prévue, ainsi que la réalisation du système d'informations destiné à servir de support à l'activité de l'Unité d'évaluation multidimensionnelle de district (UVMD) pour l'évaluation socio-sanitaire des personnes âgées ou handicapées et pour la gestion des prestations d'aide à domicile, dans les structures d'hébergement et dans les centres de jour.

En matière de gestion électronique des données et des flux d'informations, le présent Plan entend promouvoir la diffusion des *technologies de l'information et de la communication* (TIC), entre autres en application des politiques de *e-inclusion* (ou inclusion numérique) et de lutte contre la solitude et l'isolement social.

Application du plan précédent et criticités résiduelles

Les bénéfices apportés à la santé par la continuité de l'offre de plans de prévention et par les indications du Plan national de la prévention sont, par rapport au passé, objectifs et évidents ; toutefois, il est nécessaire de réduire davantage la discordance entre la mortalité et la morbidité spécifique qui pénalise encore les populations de montagne, surtout en ce qui concerne les cancers et les maladies cardio-cérébrovasculaires, ainsi que de continuer à combattre les mauvaises habitudes telles que la cigarette, l'alcool, les drogues et autres styles de vie malsains, y compris les mauvais comportements routiers, notamment auprès des jeunes générations.

Mis à part les activités de prévention primaire, soit relatives à la correction des facteurs de risque pour les pathologies les plus mortelles, la prévention secondaire rencontre l'intérêt de la population régionale ciblée, qui participe notamment aux deux dépistages des cancers féminins et à celui du cancer du colon organisé depuis 2006. Il s'agit là d'une adhésion aux programmes proposés qui

favorise l'anticipation diagnostique et surtout, lorsque le protocole thérapeutique est respecté, permet la guérison.

Les études épidémiologiques menées au cours de ces années en Vallée d'Aoste prouvent également que *l'offre de services* répond d'une manière équitable aux besoins de santé de tous les Valdôtains, quel que soit le district dont ils relèvent et y compris les couches socialement les plus défavorisées (et, de ce fait, les plus exposées au risque de mauvaise santé). Il reste, toutefois, certaines criticités dans la rationalisation des volumes de l'offre des prestations et dans les modalités y afférentes, qui doivent trouver une plus grande appropriation tant à l'hôpital que sur le territoire.

Dans le secteur *hospitalier*, pendant la période 2006/2008, le volume total des admissions a augmenté de 6,5 p. 100 et notamment les hospitalisations complètes ont augmenté de 7,8 p. 100 et les hospitalisations de jour de 3,2 p. 100.

La répartition des hospitalisations complètes entre DRG (*diagnosis related group* ou groupes apparentés par diagnostics) médicaux et DRG chirurgicaux ne montre aucun changement remarquable pendant la période susdite, alors qu'en ce qui concerne les hospitalisations de jour le pourcentage des DRG chirurgicaux a augmenté (51 p. 100 en 2006 et 54 p. 100 en 2008), au détriment des DRG médicaux, qui sont passés de 49 p. 100 en 2006 à 46 p. 100 en 2008.

Le taux d'occupation des lits destinés aux hospitalisations complètes est passé de 75 p. 100 à 80 p. 100 et le nombre moyen de patients par lit par an a augmenté de 34 à 38. La durée moyenne du séjour a diminué de 5,7 p. 100 (de 8,09 jours en 2006 à 7,63 jours en 2008).

Quant aux hospitalisations pouvant être considérées comme inappropriées au sens du DPCM du 29 novembre 2001 (*LEA* ou niveaux essentiels d'assistance), pour ce qui est des DRG chirurgicaux, l'hospitalisation de jour a été réalisée pour 83 p. 100 des patients en 2006 et 81 p. 100 en 2008 et uniquement 8 p. 100 en 2006 et 10 p. 100 en 2008 des hospitalisations complètes se sont avérées potentiellement inappropriées ; pour ce qui est des DRG médicaux, l'hospitalisation de jour a été réalisée pour 41 p. 100 des patients en 2006 et 44 p. 100 en 2008 et les hospitalisations complètes potentiellement inappropriées ont été 51 p. 100 en 2006 et 50 p. 100 en 2008. Il apparaît évident de l'analyse de ces valeurs qu'il est nécessaire, pendant la période de validité du présent Plan, d'améliorer la performance des activités hospitalières dont les niveaux d'appropriation ne sont toujours pas ceux attendus.

Dans la recherche d'une appropriation de plus en plus accrue, il apparaît évident qu'il est nécessaire de multiplier les lits consacrés aux phases post-aiguë et de pré-sortie (*discharge room*), particulièrement importantes dans une région comme la nôtre, où la conformation géographique et la distance du centre hospitalier rendent moyennement plus longue la phase de retour des patients à domicile.

Une appropriation plus poussée ne devra pas être recherchée uniquement dans le secteur hospitalier, mais aussi dans tous les secteurs de l'assistance sanitaire, y compris au niveau du territoire. En effet, pendant la période 2011-2013, tant en ce qui concerne les activités de prévention que pour ce qui est des prises en charge dans les parcours de soins avec plus de consommation de biens et de services, il faudra améliorer la performance clinique et organisationnelle, et ce, entre autres, par le recours à des modèles innovants d'assistance primaire, par le développement des associations de médecins, dont le nombre est resté inférieur aux attentes pendant les trois ans d'application du document de planification régionale précédent (2006/2008).

Un autre aspect critique consiste dans le caractère inapproprié de nombreuses hospitalisations de personnes âgées envoyées par les structures d'hébergement situées sur le territoire régional pour des problèmes non aigus ; pour combattre ce phénomène, le présent Plan prévoit, au titre des trois prochaines années, une expérimentation des nouvelles fonctions que seront appelés à remplir les médecins de l'assistance primaire et certains opérateurs sanitaires.

Une importante rationalisation des *structures d'hébergement* pour personnes âgées a déjà été effectuée à la suite du Plan précédent, entre autres grâce à la collaboration avec le *CELVA* et avec les organismes gestionnaires desdites structures. Cette réorganisation a permis de mettre à jour les conditions minimales requises aux fins de l'exploitation des structures en cause et de revisiter d'une manière systématique la destination d'usage des micro-communautés actuelles. La réorganisation des services d'hébergement en trois niveaux d'assistance socio-sanitaire, ordonnés selon le degré d'indépendance et les besoins sanitaires des usagers, a ainsi permis de mieux orienter, pour l'avenir également, les activités d'assistance fournies aux personnes hébergées et de procéder, par conséquent et logiquement, aux rénovations nécessaires des bâtiments.

Pendant les trois prochaines années, le réseau des structures consacrées aux personnes handicapées et à l'aide aux personnes souffrant de maladies mentales sera complété, même si seule une estimation des besoins en structures effectuée par le Gouvernement régional permettra d'établir une planification plus efficace et de combler les éventuelles insuffisances de places sur le territoire régional.

En matière de politiques sociales, le Plan régional de la santé et du bien-être social 2006/2008⁵ avait prévu un parcours interne visant à parvenir à la définition des prestations garantissant, en Vallée d'Aoste, la satisfaction des besoins sociaux (les niveaux essentiels des prestations ou *LEP*). Les changements constitutionnels orientés vers une réforme fédéraliste de l'État ont toutefois eu des retombées négatives sur les tentatives – en cours dans d'autres régions aussi – de rédiger une liste des prestations sociales devant être garanties à l'échelon local en tant que droits exigibles. En effet, le parcours régional tout juste entrepris a été stoppé du fait de l'incertitude au sujet de la soutenabilité économique et financière des prestations à garantir et de la perspective, perçue comme imminente, d'une organisation institutionnelle fédérale aux règles encore très incertaines. Étant donné la délicate phase de transition constitutionnelle non encore complétée, au cours des trois prochaines années, une nouvelle approche méthodologique sera adoptée, qui permettra, à la suite de la définition des compétences institutionnelles, de disposer, par rapport à aujourd'hui, d'un nombre accru d'éléments de connaissance, nécessaires aux fins de l'évaluation du modèle régional des prestations sociales à fournir, un modèle qui devra être basé sur le plus d'équité, d'efficacité, d'efficience et d'économicité possible.

Par ailleurs, la dotation en structures pour la *première enfance*, déjà renforcée pendant la période de validité du Plan précédent, augmentera encore au titre de 2011-2013, entre autres par des processus de révision et de rationalisation, car il faudra garantir dans notre région une dotation effective de places supérieure à 33 p. 100 des nouveau-nés (objectif prévu par l'Accord de Lisbonne).

En ce qui concerne les *personnes handicapées* et compte tenu des prévisions du Plan précédent, il faut admettre que l'insertion professionnelle des personnes handicapées, entre autres par l'intermédiaire des ateliers occupationnels, a été certainement inférieure aux attentes ; par conséquent, pendant les trois prochaines années, il conviendra de viser des formes plus efficaces – notamment de sensibilisation culturelle – dans le cadre de toutes les institutions, pour que la dignité des personnes handicapées soit reconnue, dans le respect de l'unicité de chacun et du droit à une vie saine, la santé étant, selon la définition de l'OMS, un état de complet bien-être physique, psychique et social qui ne se réduit pas à la simple absence de maladie.

Un résultat important en matière de politiques sociales a été certainement obtenu avec la réalisation du premier *Plan de zone* de la Vallée d'Aoste ; véritable instrument de planification participée, pour dépasser certaines criticités – physiologiques dans toutes les phases de démarrage des processus de planification venant « d'en bas » – ledit Plan devra prendre, pendant la période 2011-2013, des formes concrètes d'application, cohérentes avec les besoins réels, susceptibles, entre autres, d'accompagner la croissance responsable de la reconnaissance des besoins des citoyens, par un

⁵ Objectif n° 17.

processus d'*empowerment*⁶ (ou autonomisation) de ces derniers, ainsi que de l'utilisation cohérente et appropriée des services, selon des formes d'alliance responsables et stables entre tous les acteurs du système social.

Lignes directrices stratégiques

Les *lignes directrices* exposées ci-après doivent être considérées comme stratégiques car elles comprennent des orientations et des actions transversales à tous les acteurs du système Vallée d'Aoste, ce qui permet de gérer mieux, et sous une forme plus organique, la complexité et la multiplicité des besoins exprimés.

Par rapport aux documents de planification précédents, il ne s'agit pas d'objectifs pouvant se référer à des segments de l'organisation de l'offre de services ou de soins, car *c'est le citoyen qui est placé au centre des préoccupations du présent Plan, avec ses besoins de santé et de bien-être social, et non le système chargé de répondre à ces derniers ; de plus, les modalités d'accès aux services et aux prestations sont simplifiées le plus possible afin de rapprocher davantage les institutions des citoyens.*

Il s'agit de défis ambitieux et complexes dans lesquels sont impliqués les *Valdôtains* eux-mêmes, qui ne sont plus uniquement les destinataires des politiques qui leur sont adressées mais deviennent des *porteurs d'intérêts et de besoins reconnus sérieusement et identifiés comme prioritaires dans une alliance responsable et partagée avec les institutions*, une alliance qui vise à apporter, par des politiques durables, plus de santé et de bien-être à la population régionale.

Chaque ligne directrice est présentée selon un schéma d'exposition commun, constitué comme suit :

- un *préambule*, qui en énonce les principes et en motive les choix ;
- des *domaines* d'application, qu'ils soient sociaux, sanitaires, transversaux ou intégrés ;
- une *liste des actions* reliées, sectorielles ou multidisciplinaires, interinstitutionnelles et transversales.

Le présent Plan est, enfin, conçu pour une population aux caractéristiques démographiques et sociales précises, ainsi que pour un réseau d'opérateurs, de services, d'organismes et d'associations qui *vivent et œuvrent dans un territoire de montagne*, considéré dans sa spécificité et sa richesse, élément *qualifiant et non secondaire* des processus qui contribuent à la santé et au bien-être du peuple valdôtain.

UNE POPULATION DE MONTAGNE

La population valdôtaine (127 065 habitants au 31 décembre 2008, dont presque 28 p. 100 à Aoste) est répartie sur un territoire d'un peu plus de 3 200 km² avec une densité de 39 habitants au km², le nombre d'habitants étant inversement proportionnel à l'altitude de la Commune de résidence. Quelque 79 p. 100 de la population se concentre dans les 32 Communes qui forment la vallée centrale alors que le reste de la population se répartit dans les autres Communes, de moyenne et de haute montagne.

Seulement Aoste dépasse les 10 000 habitants (34 979) ; 23 Communes ont une population comprise entre 1 000 et 3 000 habitants et 44 Communes (59,5 p. 100) ont un nombre d'habitants inférieur à 1 000. En outre, un peu moins de la moitié de la population régionale (42 p. 100) se concentre dans les 8 Communes dont la population est égale ou supérieure à 3 000 habitants.

D'après la situation démographique par âge et par district, le district n° 1 représente la sous-zone avec le taux de vieillesse le plus faible (127,95), alors que c'est dans le district n° 4 que les personnes de plus de soixante-cinq ans sont les plus nombreuses (164,36).

⁶ *Empowerment* : il s'agit de l'un des mots étrangers qui n'ont pas de correspondant en italien. Il indique l'ensemble des connaissances, des habiletés relationnelles et des compétences qui permettent à une personne ou à un groupe de se poser des objectifs et d'élaborer des stratégies pour les obtenir, en utilisant les ressources existantes.

L'Istat prévoit pour 2025 une forte diminution de la population de moins de 14 ans (-20 p. 100) et une augmentation de celle de plus de 65 ans (+35 p. 100), même si les conséquences des regroupements familiaux des étrangers et des arrivées de nouvelles populations pèsent sur ces prévisions.

Notre région est caractérisée par une immigration relativement récente, mais en croissance rapide. Au premier janvier 2009, les personnes résidant en Vallée d'Aoste mais détenant une citoyenneté étrangère étaient 7 509, soit 5,9 p. 100 de la population totale, mais elles étaient 0,9 p. 100 en 1993 et 3,5 p. 100 en 2005.

Au cours des dernières années, au nombre des étrangers installés en Vallée d'Aoste les ménages ont été plus nombreux que les personnes isolées, contrairement aux premières années, ce qui est le signe tangible d'un désir de permanence et d'intégration.

Le fait que la majorité des étrangers résidant dans notre région sont des mineurs représente une preuve supplémentaire de l'enracinement progressif des migrants. En 2008, le pourcentage de mineurs étrangers s'élevait à 21,8 p. 100, alors qu'en 1996 il n'était que de 13 p. 100 et en 2005 de 21,4 p. 100.

Le taux de natalité de la population étrangère, qui est beaucoup plus élevé que le taux moyen régional, est en augmentation progressive, avec une croissance supérieure à celle relative à la population autochtone. Il est de 6,9 p. 1 000 en 2003, de 23,2 p. 1 000 en 2005 et de 24 p. 1 000 en 2008.

Les lignes directrices que le présent Plan a choisies pour la période 2011-2013 sont les suivantes :

1. Sauvegarder l'**EQUITE** dans la santé et dans l'accès approprié aux services ;
2. Garantir et mesurer la **QUALITE** du service sanitaire et social ;
3. Créer des **ALLIANCES** responsables entre les acteurs du système ;
4. Viser la **SIMPLIFICATION** et la proximité des services aux citoyens ;
5. Valoriser les **COMPETENCES** des citoyens et des opérateurs comme moyen et fin de toute action d'amélioration de la santé et du bien-être ;
6. Fixer un **CADRE TERRITORIAL** de plus en plus interprète et acteur des besoins ;
7. Protéger et valoriser les personnes en situation de **FRAGILITE**, avec une attention particulière aux premières et dernières phases de la vie.

n° 1

**SAUVEGARDER L'ÉQUITÉ DANS LA SANTÉ
ET DANS L'ACCÈS APPROPRIÉ AUX SERVICES**

Pourquoi l'équité

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) attribue aux inégalités dans la santé une dimension éthique et morale puisqu'elles concernent des différences non nécessaires et évitables, donc injustes et modifiables dans toute société civile. À cela il faut ajouter le fait que les inégalités dans la santé – entendue comme un état de complet bien-être physique, psychique et social qui ne se réduit pas à la simple absence de maladie – sont le résultat d'un enchaînement complexe de causes et d'effets qui trouve son origine dans la structure de base des modèles sociaux. Depuis de nombreuses années, la littérature scientifique⁷ nous invite à réfléchir sur l'incidence des multiples facteurs qui influencent, tout au long d'une vie, la santé ainsi définie. En 2008, la Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'OMS a invité les Pays membres à réduire, en l'espace d'une génération (25 ans environ), le gradient social de la santé dans la population de référence ; en effet, si les soins médicaux peuvent prolonger la survie et améliorer le pronostic de nombreuses maladies, ce sont les conditions sociales et économiques qui influent davantage, tout au long de la vie, sur les conditions de santé et de bien-être. L'OMS estime que les facteurs socio-économiques et les styles de vie contribuent à hauteur de 40-50 p. 100 à la bonne santé des personnes, l'héritage génétique à hauteur de 20-30 p. 100 et les soins médicaux seulement à hauteur de 10-15 p. 100.

Ceci étant dit, le présent Plan, qui régit le système public régional des services et des prestations visant à protéger la santé et le bien-être social, considère l'équité et la lutte contre les inégalités dans la santé et dans l'accès aux services, sanitaires ou sociaux, comme deux points fondamentaux du modèle de *welfare* régional poursuivi.

L'équité dans la santé

La population de la Vallée d'Aoste jouit, en moyenne, d'une bonne santé : elle se porte mieux que par le passé, ainsi que par rapport à certains indicateurs de santé spécifiques et à d'autres régions du nord de l'Italie.

En sus de cela, le Service sanitaire régional dispose d'une bonne offre de services répartis sur la totalité du territoire et les besoins semblent trouver des réponses efficaces dans le cadre d'un réseau de services équitablement distribués et accessibles à tous les citoyens, où qu'ils soient résidents⁸. Toutefois, il reste des besoins de santé à satisfaire au sein de la population valdôtaine, notamment chez les personnes et les ménages les moins favorisés du fait de leur condition sociale et dont il faut, entre autres, favoriser l'accès aux soins. Depuis plus d'une décennie⁹, les études épidémiologiques menées en Italie prouvent que l'appropriation des services ou des soins, ainsi que l'accès à ceux-ci, sont inversement reliés à la condition socio-économique du porteur du besoin, même lorsque la requête y afférente est pertinente, et qu'il existe des inégalités d'accès également en ce qui concerne les soins efficaces et appropriés : les personnes d'un niveau socio-économique inférieur ont, à égalité de besoins réels et de gravité de maladie, moins de probabilité de recevoir

⁷ Institute for the future (IFTF), Health and healthcare 2010. "The forecast, the challenge". Princetown: Jossey-Bass, 2003.

OMS, Commission on Social Determinants of Health. "A conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health". Avril 2007.

OMS/UNICEF "Declaration of Alma Ata", Genève, 1978.

G. Costa et al. "Diseguaglianze di salute in Italia" Epidemiologia e Prevenzione. Supplément Année 28(3), 2004.

⁸ Voir "Atlante di geografia sanitaria della Valle d'Aosta", OREPS, 2007.

⁹ Perucci C. et al. "Diseguaglianze socio economiche nell'efficacia dei trattamenti sanitari." Epidemiologia e Prevenzione 23:153-160, 1999.

des soins efficaces et adaptés. Depuis quelques années, dans les enquêtes sur échantillons¹⁰ de l'Istat, un certain nombre de variables sociales ont pris la valeur de variables explicatives de l'état de santé et du recours aux services : l'examen de ces données dans le cadre régional montre qu'en Vallée d'Aoste aussi, indépendamment de l'indicateur social utilisé pour l'analyse épidémiologique (instruction, profession, revenu, réseau familial), aux niveaux les plus bas de l'échelle sociale correspondent plus fréquemment des styles de vie défavorables (inactivité, mauvaise alimentation, surpoids, abus d'alcool) et, par conséquent, les pires conditions de santé et de bien-être. En sus, donc, des déterminants non modifiables de la santé – tels que le sexe, l'âge et le génotype – il y en a d'autres sur lesquels il est possible d'intervenir pour améliorer, protéger et rétablir la santé d'un individu et, plus en général, d'une collectivité.

Le présent Plan entend assurer la continuité par rapport au passé dans la lutte contre toute forme d'inégalité dans la santé et dans l'accès aux services, en promouvant, de manière pro-active, l'équité transversale au niveau des services offerts et en recommandant un *equity audit* (ou contrôle de l'équité) des programmes et des procédures ayant le plus d'impact sur la santé pour que les opérateurs et les organisations puissent évaluer en continu leur capacité d'assurer l'égalité d'accès aux soins.

La garantie des niveaux essentiels d'assistance (LEA)

En ce qui concerne la santé et l'assistance sanitaire, l'équité d'accès aux services est garantie sur tout le territoire national par l'application du décret ministériel de 2001 portant institution des niveaux essentiels d'assistance (LEA).

De cette liste de niveaux, sous-niveaux, services et activités naît un répertoire des prestations garanties par le service public au titre de chacun des trois secteurs définis par le décret susdit, à savoir :

- assistance sanitaire collective sur les lieux de vie et de travail ;
- assistance dans les districts ;
- assistance dans les centres hospitaliers,

en sus des niveaux concernant l'aire de l'intégration socio-sanitaire¹¹.

En Vallée d'Aoste, actuellement, les LEA garantissent aux résidents un nombre de prestations supérieur à celui garanti à l'échelon national¹², dont la révision a été annoncée depuis longtemps, et à celui fourni par d'autres régions du Nord, ce qui engendre, pour la santé valdôtaine, des coûts par personne plus élevés par rapport à la moyenne nationale. En ce qui concerne la garantie d'octroi des soins, face à une conjoncture économique défavorable et à l'incertitude des ressources financières qui en découle, le présent Plan – qui considère la santé et le bien-être social non seulement un investissement pour ce qui est des capacités de développement de la région, mais aussi une valeur importante – entend, au cours des trois prochaines années, maintenir inchangé, autant que possible, le répertoire des prestations garanties par les LEA régionaux, tout en évaluant l'appropriation des coûts y afférents. Par conséquent, afin, entre autres, de maintenir inchangées les formes actuelles d'aide aux plus nécessiteux, l'on entend consacrer plus d'attention aux modalités selon lesquelles les prestations sont octroyées et aux coûts supportés, et ce, tout en exerçant une surveillance attentive sur l'ensemble du système de la demande et de l'offre, pour que lesdites prestations soient octroyées selon les principes et les critères de la médecine fondée sur les preuves et que leur appropriation, efficacité et efficience soient améliorées. En effet, l'identification de conditions de non-appropriation, tant dans le cadre des hospitalisations que dans celui des prestations en

¹⁰ Voir "Stato di salute e ricorso ai servizi sanitari in Valle d'Aosta", OREPS, 2009, et l'édition précédente "Relazione sanitaria e sociale", OREPS, 2001.

¹¹ Annexe 1C du décret du président du Conseil des ministres du 29 novembre 2001.

¹² Voir les délibérations du Gouvernement régional n^{os} 5191 et 2594 de 2002 et n^{os} 1572 et 2370 de 2007 sur les LEA en Vallée d'Aoste.

ambulatoire permet, par une politique de rationalisation des coûts, de récupérer des crédits à destiner au développement de l'assistance territoriale et aux prestations ayant une intégration socio-sanitaire élevée, ainsi qu'à l'introduction de prestations innovantes et de haute technologie. Dans cette optique, l'on entend consolider le processus de *benchmarking* (ou analyse comparative) lancé par l'Agence USL avec d'autres *networks* (ou réseaux) régionaux pour comparer les performances et les coûts par hospitalisation aux fins d'une éventuelle rationalisation. Enfin, il faut sensibiliser les prescripteurs et les consommateurs à un emploi plus responsable des biens et des services sanitaires et favoriser, par tous les moyens, l'accès de tous les citoyens à des soins conformes à leurs besoins, notamment des personnes les moins favorisées socialement. Pour ces dernières, par ailleurs, il faudra accorder une attention particulière à la phase de détection rapide du problème et d'envoi aux services compétents qui en découle et au suivi de l'adhésion au parcours de soins tout entier ; par ailleurs, il faudra leur fournir des instruments de connaissance simples, mais nécessaires afin d'accroître la responsabilité de chacun envers sa santé.

Le droit à la santé et à la prévention

Le présent Plan promeut l'équité du système pour la santé et le bien-être, ce qui veut dire « égalité des chances » dans la réalisation et le maintien des objectifs de santé définis, indépendamment de la condition économique, du type de prestation nécessaire ou du district régional de résidence. À cette fin, l'équité dans l'accès aux activités de prévention, de diagnostic, de soins et de rééducation doit être assurée à tous les citoyens, surtout aux plus vulnérables (socialement, économiquement ou culturellement), et la lutte contre l'exclusion sociale doit être une priorité, pour parvenir à une pleine affirmation et application du droit à la santé.

Avec les Plans sectoriels et à la suite de la nouvelle organisation du Département de prévention, auquel le présent Plan consacre une attention particulière surtout en vue de son déplacement dans un centre unique, il faudra revoir les parcours opérationnels visant à apporter plus de soutien aux activités productives présentes sur le territoire. Un processus articulé a été déclenché, au sens duquel la planification des activités de prévention se dilate au-delà des frontières des activités traditionnelles des services dudit Département, à l'intérieur de l'organisation sanitaire régionale et à l'extérieur de l'aire sanitaire, en impliquant d'autres secteurs de l'Administration régionale et d'autres articulations administratives telles que les Communes et les Communautés de montagne. Les plans de prévention exigent la pleine implication d'opérateurs qui traditionnellement œuvrent à côté des services spécialisés en matière de prévention, tels que les médecins généralistes et les pédiatres de famille, les spécialistes conventionnés et les médecins hospitaliers, et l'introduction, dans la planification régionale, de mesures d'encouragement telles que les crédits de formation et le pacte d'entreprise. De la même manière, il est important d'établir une attitude organique de collaboration avec les secteurs externes au monde sanitaire, mais dont les politiques ont des retombées importantes sur la santé de la population (urbanisme, transports, écoles, etc.).

Dans la définition des politiques régionales de prévention, une attention particulière est accordée aux documents intitulés « *Prevenzione attiva* » (Plans nationaux de la prévention 2005-2007 et 2010-2012), qui fixent des lignes directrices en matière de prévention relativement aux nouvelles urgences épidémiologiques (la prévention et l'identification des risques, les cancers et les dépistages, les maladies cardiovasculaires, le diabète, les maladies respiratoires chroniques, les maladies ostéo-articulaires, les pathologies orales, les troubles psychiatriques, les maladies neurologiques, la cécité et la malvoyance, l'hypoacousie et la surdité) selon des modalités innovantes (promouvoir activement la prévention en impliquant tous les acteurs possibles du système). L'action de renouvellement en cours a trouvé ses points de force dans l'implication du Département de prévention de l'Agence USL dans la planification et la co-gestion technico-scientifique et dans l'identification de responsabilités précises avec le virement de ressources destinées à l'application des plans sur le territoire.

L'équité dans le bien-être social

L'équité dans le bien-être social ne peut que se réaliser grâce à l'ensemble des politiques régionales, y compris celles prévues dans des secteurs apparemment éloignés de ceux relevant institutionnellement du présent Plan. Cela en vertu du fait que le bien-être social, auquel ce Plan vise en prévoyant des services et d'autres actions publiques organisées, est fréquemment le résultat de politiques conçues ailleurs.

Le programme de législature affirme à ce sujet qu'il faut à la fois élargir le concept de politiques sociales, en y incluant toutes les politiques publiques d'aide à la personne et à la famille et garantir un système régional de bien-être susceptible de distribuer toujours plus équitablement les ressources, par des actions visant à identifier et à atteindre les couches les plus faibles, ainsi qu'à lutter contre l'émergence de nouvelles pauvretés. Tel est l'engagement du présent Plan.

La conception des prestations sociales

À l'échelon national, pour garantir l'équité dans les politiques sociales, nous ne disposons d'aucun instrument normatif analogue au DPCM du 29 novembre 2001 relatif aux niveaux essentiels d'assistance (*LEA*). Le cadre législatif et institutionnel où sont planifiées les interventions de politiques sociales est caractérisé par la loi n° 328/2000 portant réorganisation des services sociaux, sur laquelle a eu des retombées partielles la réforme du titre V de la Constitution qui, à la lettre m) du deuxième alinéa de l'art. 117, considère les niveaux des prestations sociales comme l'instrument principal de régulation du nouveau système des services ayant une subsidiarité verticale. La loi n° 328/2000 a certainement eu le mérite d'avoir dessiné un cadre articulé et complexe des compétences des différents niveaux de gouvernement (national, régional, communal) et des différents acteurs (secteur public et troisième secteur), mais, bien que son art. 22 indique des macrosecteurs d'intervention, elle a laissé dans le vague les critères et les standards communs, qui restent, dix ans plus tard, très différenciés sur le territoire national. Un vide normatif qui s'avère excessivement problématique en cette période de conjoncture économique défavorable, car il ne garantit pas, à l'échelon national, la couverture financière des prestations que les Régions assurent à leurs citoyens, qu'il s'agisse ou non de droits exigibles.

Sous le profil de la réflexion sur les niveaux essentiels des prestations sociales (*LEP*), deux approches alternatives ont été envisagées jusqu'ici : la première part des prestations octroyées (soit de l'offre d'assistance) et considère que les niveaux doivent être définis en fonction des objectifs d'homogénéisation et de standardisation du système actuel des prestations ; la deuxième part des besoins existants (soit de la demande d'assistance) et considère que les niveaux doivent être regardés tout d'abord comme des droits exigibles des citoyens et que lesdits droits doivent être définis par rapport à des conditions spécifiques de besoins d'assistance, besoins qui doivent être identifiés et constatés et auxquels il faut répondre par l'octroi des prestations nécessaires. Pour ces raisons et en attendant que l'on complète la réforme fédérale de l'État par la définition précise des compétences et des ressources financières disponibles à l'échelon régional, le présent Plan trace un parcours méthodologique¹³ qui s'efforce de dépasser la partialité des deux approches précédemment décrites (prestations vs besoins) et entend les prestations sociales actuellement fournies comme un instrument utile de planification de l'existant, soit finalisé à rendre l'offre régionale de prestations sociales plus équitable, plus efficace et plus efficiente. Il faut, par conséquent, choisir des méthodologies, déjà expérimentées ailleurs, pour relier les prestations sociales effectivement octroyées aux aires spécifiques de besoins potentiels auxquelles elles s'adressent ou peuvent s'adresser, dans une optique d'économicité du système. Des choix partagés pourront ensuite être exercés, à moyen terme, de manière que, face à une dépense régionale supportable pour les actions

¹³ Les bons résultats de cette approche dans d'autres contextes nationaux ont déjà été documentés. Voir : Giuliana Costa, "Prove di welfare locale. La costruzione di livelli essenziali di assistenza in provincia di Cremona", F. Angeli, 2009; Daniela Bucci, "Verso la definizione dei LEP nel comune di Mantova", Associazione Nuovo Welfare, 2009.

et les services sociaux, il sera possible : d'une part, d'évaluer, dans le cadre de l'offre de prestations, les différences sur le territoire, et ce, afin de diminuer la distance entre les secteurs mieux dotés en services ou en niveaux de couverture des besoins et les secteurs moins dotés et, d'autre part, de considérer l'hypothèse d'augmenter le niveau de l'offre en faveur des personnes les plus fragiles. Cette approche, partagée par les différents acteurs du système (collectivités locales, organisations syndicales et associations de citoyens) et concertée avec ces derniers, de manière opportune et responsable, permettra, à long terme, de parvenir à un modèle de *welfare* régional dynamique où les scénarios proposés peuvent être modifiés, indifféremment, selon que l'on souhaite changer le niveau des prestations, le niveau de couverture des besoins ou le niveau de dépense concrètement supportable et équitablement alimenté par le prélèvement fiscal.

Par conséquent, le présent Plan a pour but :

- d'identifier les besoins explicites et implicites des citoyens, à l'aide d'un ensemble d'instruments dont le premier Plan de zone de la Vallée d'Aoste ;
- de définir les réponses les plus appropriées aux besoins exprimés ;
- de faire en sorte que chacun participe aux frais selon sa situation économique réelle ;
- de permettre l'accès aux services de manière à garantir :
 - o le droit à l'information du premier et du second niveau (orientation, définition de la réponse la plus appropriée au besoin), ainsi que pendant le processus de prise en charge, et la possibilité de redéfinir les interventions à la lumière des nouvelles exigences (charte de la qualité) ;
 - o le droit à l'évaluation du cas individuel / familial ;
 - o le droit à la définition d'un parcours personnalisé partagé et à l'accompagnement stable pendant un parcours en devenir ;
 - o le droit aux prestations intégrées (soins à domicile et structures semi-résidentielles ou résidentielles), soit les soins, l'assistance et le soutien personnel et familial, entre autres par la valorisation des formes d'aide informelles et avec une attention particulière à tous les modes d'expression de la personne, que ce soit dans le cadre du travail, de la vie quotidienne ou des loisirs.

La participation des citoyens aux dépenses sociales

L'équité dans les services sociaux prévoit donc une offre appropriée aux besoins reconnus et constatés et une politique de participation des personnes et des familles aux dépenses qui soit homogène sur tout le territoire pour le même type de services fournis.

En Vallée d'Aoste, depuis quelques années, l'indicateur régional de la situation économique (IRSE) est reconnu comme étant l'instrument de contrôle du revenu et du patrimoine des ménages. Cet indicateur régional, malgré quelques criticités encore à l'étude, semble prendre en compte plus que les précédents les charges familiales (nombre et typologie des membres, coût du loyer, etc.) et, par conséquent, son application sera encouragée pendant les trois années de référence du présent Plan. De plus, la création d'une banque de données IRSE contribuera elle aussi à rendre plus équitable et subsidiaire l'intervention des institutions publiques en faveur de tout porteur de besoins, ainsi qu'à évaluer, pour chaque ménage, le montant des aides reçues.

Les actions

Analyse des besoins *Sous le profil de l'analyse des besoins, il y a lieu :*

- de maintenir élevée, à tous les niveaux, la capacité d'identifier, par des études et des analyses dédiées effectuées par l'Observatoire régional de l'épidémiologie en collaboration avec l'Agence USL et avec d'autres organismes, les besoins de santé et de bien-être social encore inexprimés (totalement ou partiellement), en indiquant les éléments qui en empêchent la satisfaction tant pour ce qui est de la demande que pour ce qui est de l'offre, compte tenu surtout des sous-zones de référence et des sous-groupes de population intéressés ;
- de développer, en collaboration avec l'Agence USL, un réseau régional pour l'épidémiologie à des fins de santé publique et de planification, ainsi qu'à des fins cliniques, capable de valoriser, par des analyses et des études dédiées, des données d'intérêt régional et dont les archives, partagées par l'Assessorat et l'Agence USL, permettent de documenter la santé et les besoins des citoyens valdôtains, ainsi que la qualité, l'efficacité et l'efficience des actions réalisées ;
- de promouvoir, dans toutes les politiques, une culture et une pratique qui permettent d'intervenir, autant que possible à l'origine, sur les déterminants sociaux des maladies et sur les facteurs qui entraînent des inégalités dans la santé, notamment dans les secteurs de l'instruction et du travail ;
- d'identifier les facteurs de type social, géographique ou administratif qui empêchent, tant pour ce qui est de la demande que pour ce qui est de l'offre, l'adhésion complète et efficace des porteurs de pathologies à consommation sanitaire élevée aux parcours de soins les plus efficaces parmi ceux prévus par les lignes directrices recommandées.

Équité dans la santé *Pour garantir l'équité dans la santé, il y a lieu :*

- d'évaluer la supportabilité économique des niveaux essentiels d'assistance (*LEA*) actuels aux fins d'une redistribution de la dépense susceptible de permettre, par la limitation des coûts dans des secteurs spécifiques, l'augmentation des dépenses dans d'autres secteurs, et notamment :
 - le renforcement de secteurs actuellement peu structurés, tels que celui des soins dentaires, par le développement d'un modèle, encore expérimental, à l'intention des couches les plus faibles de la population, dont les personnes âgées, qui souvent, pour des raisons économiques et sociales, ne peuvent accéder aux soins, essentiellement fournis, aujourd'hui, par le secteur privé ;
 - le développement de la fourniture de prothèses par l'insertion d'appareils et de dispositifs innovants et technologiquement avancés qui contribuent à améliorer la qualité de la vie, notamment au profit des personnes en difficulté économique et sociale ;
 - le renforcement de l'assistance socio-sanitaire par des parcours de soins à domicile et en établissement, compte tenu tant des besoins en santé de l'affilié que de l'intensité et de la complexité de l'intervention.
- de définir des instruments appropriés pour gouverner la demande, compte tenu, notamment, de protocoles diagnostiques spécifiques, de modalités prioritaires d'accès aux soins et de lignes directrices, tant aux fins de l'obtention du niveau d'appropriation des soins que de la limitation de la mobilité sanitaire interrégionale ;

- de recommander l'*equity audit* (ou contrôle de l'équité) des programmes et des procédures ayant le plus d'impact sur la santé aux fins d'une évaluation des garanties réelles que le système sanitaire donne en matière d'égalité d'accès aux soins.

Équité dans la prévention

Pour garantir l'équité dans la prévention, il y a lieu :

- de prévenir la mortalité et la morbidité cardiovasculaire par une évaluation du risque individuel et une plus large utilisation de la charte du risque spécifique ;
- de réduire les accidents du travail et les maladies professionnelles par l'établissement et la réalisation de plans d'information, d'assistance, de formation et de contrôle qui prévoient une focalisation sur les activités les plus à risque, à partir du bâtiment et de l'agriculture ;
- de favoriser le développement des systèmes de suivi de certaines pathologies ainsi que des comportements et des styles de vie pouvant entraîner des risques pour la santé (tels que *PASSI*, *PASSI d'argento*, *OKKIO alla salute* et *HBSC* ou *Health Behaviour in School-aged Children*), coordonner lesdits systèmes et les relier avec les autres systèmes d'information ;
- de prévenir les pathologies dentaires, eu égard notamment aux enfants et aux adolescents, par la mise en place de plans de prévention (hygiène orale, alimentation, prophylaxie au fluor, systémique ou topique, visites périodiques, etc.).

Équité dans le social

Pour garantir l'équité dans la réponse aux besoins sociaux, il y a lieu :

- d'adopter et de systématiser des instruments de collecte de données différents et complémentaires aux fins de l'identification des besoins implicites et explicites d'aide sociale et de soins de santé sur le territoire régional ;
- de décrire dans le détail les destinataires des initiatives actuellement en cours et des services existants, au moyen de relevés statistiques complets, annuels, répartis selon les aires problématiques et l'utilisation des ressources ;
- de distinguer les urgences, auxquelles fournir des réponses circonstanciées, des événements sentinelles, indicateurs de besoins diffus mais peu manifestes, auxquels répondre selon des modalités qui favorisent l'émergence desdits besoins ;
- de recourir à des formes de saisie des besoins telles que les formes d'audit s'adressant à des groupes cibles de la population, notamment aux couches faibles, éventuellement avec la participation des organisations de bénévoles, des associations de promotion sociale, des organisations syndicales et du tiers secteur ;
- d'évaluer la correspondance des réponses aux besoins ainsi que la durabilité du système en termes de ressources humaines, financières et structurelles aux fins de la réalisation d'un modèle régional équitable et durable.

Équité dans la participation à la dépense

Pour garantir l'équité dans la participation à la dépense, il y a lieu :

- d'étendre l'application de l'Indicateur régional de la situation économique (IRSE) aux services et aux aides gérés directement par l'Assessorat régional de la santé, du bien-être et des politiques sociales ;
- d'évaluer la possibilité d'appliquer l'IRSE dans le cadre des différents sujets institutionnels qui fournissent des services ou effectuent des interventions en faveur des familles ;

- de stabiliser la plateforme « banque de données IRSE » afin de permettre la communication en réseau entre les différents sujets institutionnels auxquels les familles peuvent demander des services ou des interventions, ce qui réduirait les délais d'attente, simplifierait les formalités et éviterait le surplus de documentation ;
- de passer des accords institutionnels visant à rendre plus homogènes les conditions requises en matière de politiques tarifaires régionales et les critères de définition y afférents, indépendamment du lieu de résidence, à des fins, entre autres, de protection des couches sociales les plus faibles (mineurs, personnes âgées, familles en situation de pauvreté, etc.) ;
- d'établir, au niveau interinstitutionnel, les lignes et les instruments communs de contrôle pour ce qui est des déclarations des bénéficiaires des services et des interventions en cause, et ce, pour qu'une équité effective soit garantie aux ayants droit et que tout éventuel abus soit évité.

n° 2

GARANTIR ET MESURER LA QUALITE DU SERVICE SANITAIRE ET SOCIAL

Pourquoi la qualité

La qualité, qui est une condition multidimensionnelle, peut certainement être définie de multiples façons, certaines très techniques¹⁴. Toutefois, elle correspond au niveau selon lequel le système socio-sanitaire public augmente les probabilités d'obtenir des résultats positifs dans les domaines de la santé et du bien-être social, compte tenu des connaissances scientifiques, de l'adéquation des soins et des procédures suivies. Bien évidemment, d'autres définitions sont légitimes et possibles, chacune en fonction des différents porteurs d'intérêts, qu'il s'agisse de citoyens, d'opérateurs ou d'administrateurs. Cependant, chacun sait qu'il faut se doter d'instruments pour évaluer le degré de la qualité et que, pour gérer un système public de santé et de bien-être social d'une qualité durable, il est nécessaire de trouver un point d'équilibre entre les requêtes des différents porteurs d'intérêts, compte tenu du fait qu'une responsabilité éthique accrue du système public doit donner la priorité aux citoyens et à leurs besoins. Un système de qualité se doit, en effet, d'adopter des mesures de protection de la dignité de la personne en état de besoin et des mesures qui fournissent des réponses appropriées tant dans le domaine de la santé que dans celui de l'aide sociale, selon une approche humanisée des soins aux malades. Ainsi conçue, la qualité représente un élément dont il faut absolument tenir compte aux fins de toute amélioration ultérieure, à l'échelon régional, des prestations, des soins et du niveau de santé, compte tenu des besoins de la population, et son caractère multidimensionnel peut être résumé, de manière synthétique, dans les stratégies opérationnelles suivantes :

- priorité au citoyen, qui demande une qualité de plus en plus élevée aux structures sanitaires et sociales qui, quant à elles, risquent toutefois de disposer de moins en moins de ressources ;
- plus d'attention aux processus internes qui engendrent les prestations, eu égard notamment au fonctionnement, à la communication interne, à la formation du personnel, aux instruments de travail, etc. ;
- recherche d'une amélioration continue, notamment au niveau des soins, mettant en évidence le caractère dynamique du concept de qualité lié aux besoins de la population, qui sont, par définition, évolutifs, et aux découvertes de la médecine et de la technologie médicale ;
- implication des ressources humaines dans le cadre de la gestion des ressources, afin de garantir la croissance professionnelle du personnel et la dotation des instruments nécessaires à l'amélioration des processus de production.

La qualité dans la santé

Il est donc évident que la qualité, dans la santé, consiste dans « combien » le système sanitaire public est capable d'améliorer la santé, par des soins appropriés, efficaces, rapides et accessibles, et de répondre ainsi aux attentes de la population. Du point de vue de l'Agence USL, cela équivaut à assurer au système de santé une bonne gouvernance clinique, et ce, par un programme de gestion et d'amélioration de la qualité et de l'efficacité de l'activité médicale qui ne peut faire abstraction d'une action systématique de recyclage du personnel (voir ligne directrice n° 5) et d'une stratégie de soutien de la culture de la qualité qui favorise la participation du personnel aux plans d'amélioration de la qualité tout comme la réalisation des objectifs fixés. Les avantages d'un bon système de

¹⁴ Selon la définition proposée par la norme UNI ISO 8402, la qualité est l'ensemble des caractéristiques d'un produit ou d'un service qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites.

gouvernance clinique sont nombreux, tant en termes d'indicateurs de santé qu'en termes économiques. La non-qualité et l'inadéquation des soins génèrent, en effet, des coûts supplémentaires, alors que la qualité et l'adéquation des soins génèrent des économies. Par ailleurs, ce sont exactement les économies réalisées à la suite de la correction de la non-qualité qui génèrent ces bénéfices, entre autres économiques, qui permettent d'obtenir davantage, à des coûts inférieurs. Dans une région petite et de montagne telle que la Vallée d'Aoste tout cela acquiert une portée stratégique aux fins de la soutenabilité d'un système de soins de haute qualité.

La gouvernance clinique et l'évaluation des performances

La gouvernance clinique est considérée par le présent Plan comme un instrument prioritaire aux fins de l'amélioration de la qualité des soins fournis aux citoyens et du développement des capacités globales et des ressources du Service sanitaire régional, instrument dont le but est de maintenir un bon niveau de qualité et d'améliorer les performances professionnelles du personnel, en favorisant le développement de l'excellence clinique. Les plans d'amélioration de la qualité ont pour objectif fondamental d'assurer à chaque personne les soins qui produisent le meilleur résultat possible sur la base des connaissances disponibles, qui entraînent le moins de dommages possible, qui utilisent le moins de ressources possible et qui apportent le plus de satisfaction possible au patient. Il en découle la définition des caractéristiques d'un système de santé idéal, auquel viser, à savoir : la sécurité, l'efficacité, la centralité de la personne, la rapidité des soins, l'efficience et l'équité. L'amélioration de la qualité par la gouvernance clinique demande une approche systémique dans le cadre d'un modèle de développement global qui comprend les citoyens et les professionnels et doit être réalisé par l'intégration de plusieurs déterminants reliés entre eux et complémentaires, dont la formation continue, la gestion du risque clinique, l'audit, la médecine fondée sur les preuves (MFP - *Evidence-based medicine* - *EBM* et *Evidence-based health care* - *EBHC*), les lignes directrices cliniques et les parcours de soins, la gestion des plaintes et des contentieux, la communication et la gestion de la documentation, la recherche et le développement, l'évaluation des résultats, la collaboration multidisciplinaire, l'implication des citoyens, l'information correcte et transparente et la gestion du personnel¹⁵. C'est dans cette attention systématique à la qualité des soins que la gouvernance clinique assure, tout d'abord aux opérateurs, la possibilité d'évaluer l'efficacité et l'adéquation des soins fournis. Par ailleurs, l'obligation de respecter le principe de la limitation de la dépense publique pour la Vallée d'Aoste aussi, qui finance elle-même sa dépense sanitaire, et l'exigence toujours plus affirmée d'adopter des méthodes d'évaluation de la *performance* dans la santé en tant qu'instruments de gouvernance du Système ont favorisé la multiplication d'initiatives de *benchmarking* (ou analyse comparative) entre les Régions dans le but de partager des modèles et des critères de mesure.

Le présent Plan, qui reconnaît l'utilité absolue desdits instruments, entend renforcer les initiatives déjà mises en place par l'Agence USL de la Vallée d'Aoste qui prévoient des actions de suivi et d'implication des citoyens dans le cadre des activités de planification et de contrôle. Le parcours déjà partagé, concernant un système actuellement reconnu à l'échelon national, voit la Vallée d'Aoste se mesurer avec la quasi-totalité des Régions et des Provinces autonomes adhérant à l'expérimentation sur une batterie d'indicateurs cliniques et sanitaires significatifs pour la gouvernance de la demande, la gestion de l'adéquation et la défense de la qualité et de l'efficience. L'adoption d'un tel instrument de connaissance et d'évaluation permet de définir, entre autres en comparaison avec d'autres Régions, des points forts et des faiblesses et d'améliorer les performances de l'Agence, entre autres grâce aux expériences qui ont prouvé leur efficacité dans d'autres Régions plus vertueuses.

La recherche clinique

¹⁵ Une table de dialogue entre la direction de l'Agence et les associations de consommateurs est opérationnelle depuis quelques années. Aux fins de l'évaluation de la qualité perçue des services et des prestations, l'Agence USL distribue, chaque année, des questionnaires de satisfaction (*Customer satisfaction*) et demande aux usagers de se prononcer.

La mortalité par cancer représente la deuxième cause de mort dans notre région, avec quelque 30 p. 100 du total des décès. Depuis plusieurs années déjà, la Vallée d'Aoste – qui a adopté une politique de prévention active, mis en place un programme de lutte contre les facteurs de risque et investi dans le diagnostic et dans les soins – est insérée dans le Réseau oncologique « Piemonte – Valle d'Aosta » pour la recherche scientifique de haut niveau, opérationnel depuis 2003, et qui se propose, entre autres, de coordonner l'activité de recherche et l'application des nouvelles technologies biomédicales ainsi que d'en assurer le suivi. Par ailleurs, le présent Plan entend donner un élan supplémentaire à la lutte contre les cancers qui frappent les Valdôtains en rappelant l'existence de la fondation sans but lucratif dénommée « Fondation de la Région autonome Vallée d'Aoste pour la recherche sur le cancer (Fondation VdA – RC) » récemment constituée par loi régionale¹⁶. Ladite Fondation a notamment pour but d'encourager la recherche dans le domaine de la biologie moléculaire et de développer la recherche clinique translationnelle, qui consiste à transférer les résultats scientifiques dans le domaine des soins oncologiques garantis par l'hôpital U. Parini d'Aoste, en collaboration avec l'*Istituto di Ricerca a Carattere Scientifico* de Candiolo.

Le développement de stratégies thérapeutiques plus efficaces, ciblées et susceptibles de réduire la mortalité par cancer, surtout chez les plus jeunes parmi les Valdôtains, est l'objectif ultime, réalisable à moyen et à long terme.

Par ailleurs, la recherche clinique continuera et sera renforcée au sein de l'Agence USL de la Vallée d'Aoste également, en tant que processus essentiel de formation sur le terrain.

L'hospitalisation

La conformation géographique particulière et la présence de zones rurales et de montagne éloignées les unes des autres et de l'hôpital ont toujours conditionné le modèle d'utilisation et de gestion des soins hospitaliers, tant de la part des citoyens que de la part des opérateurs. Environ 28 p. 100 de la population de la Vallée d'Aoste vit à Aoste et ce pourcentage atteint presque 40 p. 100 si on y ajoute la population des communes de la ceinture. Cette situation a engendré un modèle sanitaire régional centré sur l'hôpital et une propension des citoyens à considérer la structure hospitalière comme un point de référence (accessible 24 heures sur 24) pour les soins aigus tout comme pour les soins non aigus, d'où une augmentation des hospitalisations inappropriées, surtout des hospitalisations médicales. Il faut, par conséquent, modifier les modèles d'accès aux soins selon des critères plus stricts d'adéquation clinique et d'adéquation de la gestion, ainsi que sur la base des finalités auxquelles les structures de soins sont institutionnellement préposées, et ce, au profit de la qualité des soins et de la réduction des coûts. L'avenir de l'organisation hospitalière régionale est strictement lié au projet d'agrandissement de l'hôpital Parini. Réunir en un seul siège les fonctions applicables aux cas aigus, en réservant les structures décentralisées à la rééducation et à l'hospitalisation de longue durée, est une exigence incontournable. Compte tenu de la nouvelle organisation structurelle de l'offre sanitaire, il est opportun de prévoir également une réorganisation clinique et des soins graduelle, fondée davantage sur l'intensité des soins que sur la répartition de la structure concernée en unités opérationnelles, conformément aux preuves confirmées par les modèles d'organisation sanitaire. Naturellement, il faudra imaginer un parcours progressif qui, toutefois, prenne en considération non seulement la distribution des espaces, mais aussi la formation du personnel, qu'ils soient médecins ou infirmiers, les parcours de soins et, enfin, les fonctions de support.

Une attention particulière devra être consacrée aux secteurs d'excellence et des solutions administratives devront être définies, qui permettent, par des accords avec d'autres Régions et Agences sanitaires locales, de disposer d'un bassin d'utilisateurs suffisant pour réaliser des économies d'échelle. Dans cette optique, l'ouverture du service de radiothérapie revêt une importance

¹⁶ Loi régionale n° 32 du 4 août 2010 portant institution de la Fondation de la Région autonome Vallée d'Aoste pour la recherche sur le cancer

stratégique car, avec l'entrée en fonction de l'appareil de tomothérapie¹⁷ et l'introduction prochaine de l'appareil TEP-TDM (tomographie par émission de positons couplée à la tomodynamométrie)¹⁸ permettra de proposer une large gamme de services diagnostiques et thérapeutiques dans le secteur oncologique. Toujours dans ce secteur, de nouvelles voies de recherche pourront être explorées, en collaboration avec des instituts scientifiques et compte tenu des besoins de la situation valdôtaine. Parallèlement, la qualité des soins oncologiques sera améliorée et renforcée, tant à l'hôpital que dans le cadre de l'hospice. À l'hôpital, une grande attention sera accordée aux activités multidisciplinaires, suivant une organisation plus moderne et rationnelle, et l'application de la chirurgie robotique sera développée, notamment après une formation spécifique, afin, entre autres, de favoriser une récupération plus rapide chez les patients par rapport aux temps imposés par la chirurgie traditionnelle.

Dans le secteur des urgences, le présent Plan estime nécessaire de perfectionner le modèle, en cours d'expérimentation, de forte intégration entre hôpital et territoire, par la création d'équipes médicales et infirmières qui travaillent tant dans le cadre des services des urgences de l'hôpital que sur le territoire. Cela afin de maintenir convenablement élevés les standards qualitatifs des soins sanitaires dans les phases des premiers secours et de stabilisation des patients. Dans ce secteur, il faudra expérimenter, et ensuite appliquer à titre définitif, les projets de téléassistance, particulièrement stratégiques sur un territoire aussi difficile que celui valdôtain.

Dans le secteur médical, compte tenu de l'évolution démographique et épidémiologique prévue, les parcours de préparation de la sortie d'hôpital avec orientation vers une structure d'hébergement ou vers le domicile seront perfectionnés, des modèles de télémédecine seront introduits et le suivi à distance des patients chroniques sera notamment assuré. Quant au secteur de la rééducation, les niveaux d'assistance qui répondent le plus aux besoins des citoyens seront repensés, ainsi que les parcours et les plans de rééducation dans lesquels sont impliqués les structures hospitalières et territoriales et les centres agréés.

Le risque clinique

La garantie et le maintien de la qualité doivent être assurés avec continuité dans les domaines du diagnostic, des soins et de la rééducation, et ce, aux fins de l'amélioration du niveau d'adéquation des prestations, fournies avec le plus d'efficacité possible et avec le moins de risques possible pour les personnes.

En cas de médicaments administrés à l'hôpital, l'implantation récente, à titre expérimental, d'armoires automatisées permet la dispensation de doses unitaires des médicaments inscrits dans le dossier clinique de chaque patient, en limitant sensiblement les risques d'erreurs. Pendant les trois ans de validité du présent Plan, l'on entend assurer le suivi des résultats de l'expérimentation en cours dans les services de gastroentérologie, d'oncologie et de neurologie de l'hôpital Parini d'Aoste et, si l'efficacité est établie, d'étendre l'expérimentation à d'autres services hospitaliers.

Plus en général, le présent Plan entend promouvoir une culture selon laquelle la sécurité des soins est une partie essentielle de la gouvernance clinique, au moyen de la gestion du risque clinique, une culture qui n'est pas axée sur des mécanismes de sanction mais sur la nécessité d'apprendre à partir des erreurs, d'améliorer la sécurité des patients et la protection des opérateurs, ainsi que de limiter les risques d'assurance. La sécurité des soins peut augmenter uniquement si la culture en vigueur

¹⁷ La tomothérapie est une technique de radiothérapie particulière et avancée, utilisée pour éradiquer les maladies tumorales, ou à des fins palliatives. C'est la plus moderne technique de radiothérapie à faisceau externe existant aujourd'hui. L'avantage principal est la précision avec laquelle les cellules malades sont irradiées et les cellules saines préservées, alors qu'avec les techniques précédentes celles-ci étaient endommagées.

¹⁸ La TEP-TDM est une technique non invasive qui associe l'imagerie fonctionnelle et l'imagerie morphologique. En plus de ce que peuvent apporter les techniques d'imagerie morphologique (tomographie axiale calculée par ordinateur – TACO ou Résonance Magnétique Nucléaire – RMN), la TEP-TDM permet d'obtenir des informations détaillées sur les processus métaboliques et fonctionnels qui « régulent » l'état de santé ou la naissance de maladies, en localisant avec précision le siège anatomique de la pathologie.

admet l'éventualité qu'une erreur puisse arriver et si l'on utilise les informations dérivant de l'analyse des événements indésirables (erreurs ou risques potentiels) pour développer des actions d'amélioration et de correction. Un modèle de connaissance et d'analyse que le présent Plan entend promouvoir et qui est d'autant plus efficace que l'on parvient à créer un contexte amical et protecteur, puisque l'objectif principal est le développement d'une culture du risque responsable et partagée, basée sur l'adhésion volontaire des opérateurs. Il est ainsi possible de disposer d'une base d'analyse et de préparer des stratégies et des actions correctives susceptibles d'améliorer l'activité clinique et, donc, de prévenir la réitération d'événements indésirables à l'avenir. L'institution d'un système d'alerte consacré aux risques cliniques a, par conséquent, deux fonctions : la première, qui a une valeur externe, vise à offrir, de par son existence et son utilisation, une mesure de la fiabilité du système de soins ; la deuxième, qui a une valeur interne, vise à fournir des informations à ceux qui œuvrent pour améliorer l'organisation sanitaire, surtout en termes de sécurité. En Vallée d'Aoste, ces logiques sont déjà appliquées, mais le présent Plan entend renforcer les initiatives visant à la sécurité des patients et des soins. Notre région, qui participe assidûment aux tables interrégionales organisées sur ce thème, permettant un échange direct et utile, a déjà reçu des reconnaissances à l'échelon national, notamment en ce qui concerne les bonnes pratiques adoptées pour garantir la sécurité et réduire les risques cliniques, des bonnes pratiques qui devront progressivement être étendues à tous les domaines d'intervention clinique.

Le traitement de la douleur

En continuant sur la voie tracée par les structures et les services sanitaires valdôtains en ce qui concerne le thème de la douleur¹⁹, le présent Plan prévoit, au titre des trois prochaines années, la concrétisation du réseau de la thérapie de la douleur en Vallée d'Aoste, en application de la loi nationale n° 38 du 15 mars 2010²⁰. Celle-ci dépasse l'idée selon laquelle la douleur serait principalement oncologique et que seule la douleur oncologique devrait être traitée de manière organisée et structurée pour se pencher sur toutes les formes de douleur chronique, sévère et invalidante dont peuvent souffrir des personnes de tous âges et conditions sociales, auxquelles il faut fournir une réponse qualifiée et adéquate au besoin. Cela se concrétisera par un système d'offre dans le cadre duquel la personne souffrant de douleurs chroniques et invalidantes pourra recevoir un traitement antalgique susceptible de protéger sa dignité et de favoriser la meilleure qualité de vie possible, en élargissant le « sans douleur » à tout le processus thérapeutique, de l'hôpital, au territoire, au domicile, par un réseau expérimental spécialement constitué et dénommé *Ospedale-Territorio senza dolore*. La réalisation de ce réseau impliquera une réorganisation fonctionnelle et une rationalisation des protocoles existants afin qu'il soit possible de gérer avec efficacité et efficience l'ensemble du système régional de traitement de la douleur.

Les réseaux de la qualité clinique

Les résultats obtenus au cours de ces dernières années par les activités régionales qui, de par leur spécificité, ont exigé une approche en réseau en termes de développement et de qualité du système doivent pousser la Vallée d'Aoste, entre autres sur la base d'ententes spécifiques, à développer davantage cette méthode, en favorisant la participation à des réseaux nationaux et interrégionaux de services cliniques, de soins, de formation et de recherche. La volonté donc de maintenir une offre de soins de qualité, malgré le peu de population et la rareté de certaines maladies, est justement prouvée par la participation de la santé valdôtaine à un système en réseau qui vise à compléter l'offre régionale et à assurer une réponse efficace et hautement qualifiée aux besoins des citoyens. Il s'agit non seulement de réseaux visant à garantir l'efficacité des réponses (urgences absolues et

¹⁹ En application des dispositions des lignes générales nationales du projet *Ospedale senza dolore* (mars 2001), l'Agence USL de la Vallée d'Aoste a créé, au mois d'août 2001, le *Comitato Senza Dolore (COSD)*, auquel ont été confiées des tâches spécifiques, conformément à la délibération de l'Agence USL n° 1936 du 24 septembre 2001.

²⁰ Loi n° 38 du 15 mars 2010 portant dispositions visant à garantir l'accès aux soins palliatifs et à la thérapie de la douleur.

relatives) ou à permettre une utilisation optimale du service offert (transplantation, transfusion), mais aussi de réseaux concernant certains services (maladies rares), pour lesquels il est préférable de faire appel à des centres hautement qualifiés ou de partager quelques structures pour la fourniture de certains services, et ce, par l'intermédiaire d'accords avec des réalités territoriales et administratives limitrophes.

Par conséquent, pour les trois prochaines années aussi, l'on entend maintenir les accords interrégionaux en vigueur, ainsi que la participation valdôtaine à tous les domaines scientifiques de recherche et de soins, et ce, au profit de la qualité du système régional, notamment dans le cadre de l'*Accordo interregionale plasmaderivazione (AIP)* et des organismes suivants :

- *Associazione interregionale trapianti (AIRT)* ;
- *Centro interregionale trapianti Piemonte e Valle d'Aosta* ;
- *Rete oncologica Piemonte e Valle d'Aosta* ;
- *Rete per le malattie rare* ;
- *Rete allergologica* ;
- *Rete dell'Associazione Italiana di Epidemiologia (AIE)*.

Les délais d'attente pour les soins

Les délais d'attente pour les soins sanitaires ou ambulatoires ou pour les hospitalisations ne sont pas uniquement l'indicateur de la qualité du service sanitaire tout entier, mais en constituent la conséquence finale. Les aspects organisationnels, fonctionnels et d'adéquation clinique ont souvent des retombées sur le phénomène des listes d'attente, ce qui n'est certainement pas voulu, ni par les opérateurs sanitaires ni par les administrateurs. C'est justement pour éviter que des effets non voulus ou indésirables compromettent la qualité et la rapidité des soins, compte tenu du besoin et de la gravité de celui-ci, qu'il est nécessaire d'intervenir, tant du côté de la demande que du côté de l'offre. Du côté de la demande, il faut donner aux citoyens plus de moyens pour réussir à demander les soins appropriés et pertinents par rapport à leurs besoins, revaloriser les relations avec le médecin de famille et porter à la connaissance de toutes les personnes, conformément à leur état et condition sociale, leurs droits et devoirs réels dans le cadre d'une relation responsable entre citoyens et institutions. Du côté de l'offre, il faut intervenir pour améliorer la capacité du système de fournir des services, une capacité qui est le fruit de facteurs tels que la disponibilité de personnel, de technologies et de structures adéquates sur le territoire, mais qui souffre certainement de l'inadéquation des prescriptions, de l'application de modèles et de procédures organisationnelles dont l'efficacité peut être améliorée, ainsi que de la non-application, dans certains cas, de lignes directrices déjà validées dans le domaine scientifique. Pour garantir aux citoyens la qualité durable du Service sanitaire valdôtain, il est nécessaire de porter l'attention sur ces aspects, que le présent Plan entend contraster non seulement un par un – au moyen du respect des dispositions de la délibération du Gouvernement régional n° 140 du 25 janvier 2008 portant approbation du programme régional de réduction des listes d'attente et des actes d'orientation y afférents à l'intention de l'Agence USL de la Vallée d'Aoste – mais aussi selon une logique de système et par des approches transversales et intégrées.

La mobilité sanitaire interrégionale et internationale

Bien que le phénomène de la mobilité sanitaire interrégionale naisse du droit au libre choix des citoyens de se déplacer de leur région de résidence pour recevoir des soins dans le cadre d'un autre service sanitaire, la garantie des niveaux essentiels, la soutenabilité économique et financière régionale en matière de santé et le contrôle rigoureux vis-à-vis de toutes les formes d'opportunisme, surtout au détriment des personnes socialement défavorisées, imposent au gouvernement de la Région de surveiller le phénomène de la mobilité afin de garantir à tous le droit à des soins efficaces

auprès des structures valdôtaines et de limiter les déplacements en dehors de la région aux seuls cas qui peuvent être considérés comme physiologiques pour une région aussi petite que la Vallée d'Aoste. Il faut, en effet, prendre dûment en compte l'ensemble des variables qui influencent la mobilité, et qui demandent des interventions différenciées, et distinguer entre fuites et attractions. Il est évident qu'alors que les premières doivent être limitées le plus possible aux patients qui nécessitent des soins spécialisés de haut niveau, aux patients atteints de maladies rares ou de maladies pour lesquelles l'efficacité des soins dépend du nombre de cas traités, les deuxièmes doivent être recherchées et encouragées, car elles représentent un bénéfice financier et un indicateur de qualité pour les spécialités concernées.

En sus de cela, il faut également considérer le phénomène du flux de patients en fonction de la variable géographique. Notamment, à la frontière entre la Vallée d'Aoste et le Piémont, l'on enregistre, chez les citoyens, des dynamiques et des comportements qui engendrent des flux bidirectionnels, provoqués par le besoin de biens et de services de différentes natures, ainsi que des habitudes et des accès facilités qui déterminent, dans les faits, une continuité territoriale qui l'emporte sur la frontière institutionnelle. Étant donné la volonté politique de garantir à la Vallée d'Aoste un système de soins qualifié, efficace, rapide et sûr, mais aussi adéquat et durable, l'on entend travailler, également pendant les trois prochaines années, pour éviter toute dépense découlant de la compensation due à d'autres Régions pour des soins fournis à des citoyens valdôtains, ce qui permettrait de réaliser des investissements avantageux au niveau du Système sanitaire public régional.

Par ailleurs, dans ce domaine, il faudra chercher des espaces de collaboration bilatérale avec les Agences sanitaires piémontaises, afin de réaliser des synergies opérationnelles et, si possible, des économies d'échelle.

Le système de mobilité internationale, au contraire, a pour but de protéger, sous le profil de l'assistance sanitaire, les citoyens qui se déplacent à l'intérieur des États membres de l'Union européenne et des pays conventionnés, avec lesquels sont en vigueur des accords de sécurité sociale. Dans ce contexte, la Vallée d'Aoste garantit, en application des règlements communautaires de sécurité sociale et des dispositions de chaque convention, une assistance sanitaire adéquate tant aux citoyens valdôtains qui se rendent dans les pays européens et dans les États conventionnés susdits (pour des séjours touristiques, des études, des soins médicaux très spécialisés) ou aux retraités expatriés qu'aux étrangers présents sur le territoire régional.

Les médecines non conventionnelles

Pour ce qui est de la qualité des soins, une attention particulière est consacrée aux médecines non conventionnelles. La Vallée d'Aoste donnait une place importante à ces formes de soins déjà dans le Plan socio-sanitaire 2002-2004 car les Valdôtains semblent être nombreux, par rapport à la moyenne nationale, à recourir à ces médecines partiellement reconnues par le Service sanitaire public. Par ailleurs, notre région insère dans les niveaux essentiels d'assistance²¹, bien qu'à titre expérimental, l'acupuncture (pour le traitement des effets secondaires de la chimiothérapie chez les patients oncologiques, des nausées et des vomissements pendant la grossesse et de la douleur musculo-squelettique) et l'homéopathie (en gynécologie et en pédiatrie). En répondant à un besoin de soins qui relève non seulement de la médecine traditionnelle et en prenant acte du recours fréquent des Valdôtains aux médecines non conventionnelles, le présent Plan assure une attention vive et continue à l'égard de ce segment de soins, une attention qui est susceptible d'améliorer la qualité de celui-ci, que ce soit au niveau des réponses à fournir aux citoyens qu'en matière de sécurité et de possibilité d'utiliser les médecines en cause.

²¹ DGR n° 5192 de 2002.

La sécurité alimentaire

Le contrôle de qualité des aliments est régi par des règlements communautaires précis, en vigueur depuis 2006 et appliqués au sens des dispositions prévues par le Plan régional de la santé et du bien-être social 2006/2008²². Selon celles-ci, c'est le producteur qui est responsable de la sécurité alimentaire et de la traçabilité des aliments, définie comme étant la « capacité à retracer, à travers toutes les étapes de la production, de la transformation et de la distribution, le cheminement d'une denrée alimentaire ou d'une substance destinée à être incorporée dans une denrée alimentaire. ». Sans préjudice des sanctions pénales ou administratives à l'encontre des producteurs, la présence de résidus dans le lait et la viande peut porter atteinte à la santé de l'homme. Pour pallier à ces risques et mettre plus efficacement sous contrôle toutes les étapes qui mènent de l'animal à la production d'une denrée alimentaire, le présent Plan établit que les prescriptions des vétérinaires qui soignent les animaux producteurs d'aliments destinés à la consommation humaine soient établies dans le respect des exigences minimales en matière d'information et informatisées, et ce, dans le but de créer des liaisons informatiques entre la banque de données régionale du fichier du bétail et la banque de données pharmaceutique et de faciliter les contrôles de l'ensemble de la filière de production.

La qualité dans le bien-être social

Nous avons dit que la qualité consiste dans la capacité des services et des opérateurs de répondre aux besoins de manière appropriée et uniforme sur tout le territoire régional et de garantir ainsi la durabilité du système. Selon cette acception, la qualité est mesurable grâce à des outils d'évaluation précis et à l'adoption de « bonnes pratiques », soit de projets, de politiques, d'initiatives, d'actions et d'expériences qui représentent, du fait de leur contribution à l'amélioration de la qualité de la vie des personnes auxquelles ils s'adressent, les secteurs d'excellence d'un système de bien-être (*welfare*) plus vaste. L'adjectif « bonne » appliqué à une pratique doit donc être vu en référence à la qualité du service offert et, surtout, à l'efficacité concrète de celui-ci aux fins de la réalisation des objectifs institutionnels fixés ou de la production des résultats attendus et pour lesquels la « bonne pratique » en cause a été adoptée, et ce, justement parce que lesdits résultats ont été reconnus positifs pour la collectivité ou pour les types d'utilisateurs visés. La qualité dans le social est donc mesurable mais, étant donné sa complexité, il est nécessaire que l'évaluation y afférente tienne compte des aspects qualitatifs tels que l'accueil, l'écoute, les soins et la satisfaction, pour lesquels il est opportun d'élaborer un Plan complémentaire d'évaluation continue.

L'évaluation des besoins

Pour garantir un niveau élevé de compétence lors de l'évaluation des besoins et offrir des réponses adéquates, ainsi que pour assurer une écoute active et qualifiée, il faut que tous les centres, institutionnels ou bénévoles, auxquels les citoyens s'adressent développent des relations synergiques.

En ce qui concerne la capacité de répondre aux besoins des citoyens, le présent Plan entend promouvoir une logique le plus possible systémique, qui porte sur tous les aspects de la relation entre citoyens et institutions, soit sur l'horaire d'ouverture des services, la formation multidimensionnelle du personnel de prise en charge ou la rédaction de protocoles partagés d'accueil pour personnes ayant des besoins particulièrement complexes et diversifiés, qualitativement et quantitativement, telles que, par exemple, les personnes handicapées. Par ailleurs, le présent Plan se propose de construire une prise en charge permanente et globale des personnes dans le besoin et de leurs familles, qui ne se borne pas à l'évaluation de la nécessité de préparer un ensemble d'actions personnalisées ou d'identifier la structure résidentielle, de jour ou semi-résidentielle la plus appropriée, mais qui effectue une évaluation multidimensionnelle, interdisciplinaire et dynamique considérant tous les aspects de la vie de la personne (santé,

²² Objectif n° 6.

autonomie, rapports sociaux, situation économique) chaque fois qu'il est nécessaire de décider les actions les plus opportunes à la suite de l'évolution du cadre clinique ou d'un changement dans la vie et dans les relations sociales de ladite personne. Lorsqu'on prend en charge une personne, notamment une personne handicapée, il est nécessaire de focaliser l'attention sur la valorisation des capacités résiduelles, sur le renforcement des compétences latentes et sur la nécessité de garantir l'égalité des chances, ainsi que d'éliminer les discriminations et les formes d'exclusion sociale et culturelle, les limites et les obstacles au niveau des droits et de l'autonomie personnelle, dans le plein respect de l'équité de traitement. Dans l'optique d'opérer selon les principes d'économicité et d'efficacité, pour atteindre les objectifs fixés en matière de soins individuels, il est opportun d'orienter le système organisationnel vers deux scénarios distincts et intégrés, à savoir :

- le multiprofessionnalisme réellement interdisciplinaire et non comme résultat de lignes juxtaposées et non coordonnées ;
- le *case management* (ou gestion de cas) qui prévoit qu'un référent unique, que tous les porteurs d'intérêts reconnaissent, prenne en charge l'ensemble des besoins du malade et veille notamment :
 - à coordonner et à mettre en place le travail en réseau ;
 - à organiser des plans opérationnels et de travail ;
 - à lancer, à améliorer et à suivre les parcours de soins ;
 - à faciliter les relations entre la famille, la communauté d'appartenance, les institutions et le personnel sanitaire et d'assistance.

Les deux scénarios décrits ci-dessus concourent à dessiner un type de développement du système régional de bien-être (*welfare*) susceptible de valoriser les différents professionnalismes, de favoriser le travail d'équipe et d'accompagner la personne (malade, âgée ou handicapée, mais aussi ayant besoin d'être aidée à gérer et à exploiter au mieux ses ressources propres car exposée au risque de marginalité et de mal-être) de manière dynamique et adaptée tout au long de son parcours de vie, en garantissant également à sa famille un support permanent en la personne d'un référent responsable et compétent.

L'évaluation des projets et des services sociaux

Évaluer les projets dans le domaine social est désormais une pratique courante : dans la plupart des cas, la procédure de planification, de concours, de financement, de marché et de rédaction des avis y afférents prévoit systématiquement des indications sur l'évaluation ou l'établissement d'indicateurs (de processus ou de résultat) sur lesquels baser l'évaluation ex ante et/ou ex-post du projet. Jusqu'à il y a quelques années, personne ne songeait à évaluer les projets sociaux, mais la diffusion, en Italie aussi, depuis la fin des années 90, d'une approche théorique et méthodologique sur l'évaluation des plans, des projets et des politiques publiques a produit des résultats intéressants et de discrets progrès dans un secteur qui, en matière de qualité, a toujours de la peine à trouver le consensus sur des procédures partagées d'évaluation dont la validité est pourtant reconnue. En réalité, toutefois, l'externalisation progressive et le transfert de compétences dans la gestion des services sociaux imposent à l'Administration régionale de mieux connaître l'efficacité et l'efficacité de ce qui est entrepris en réponse aux besoins sociaux de la population. Et ceci tant pour améliorer les fonctions de gouvernement et d'orientation que pour mieux allouer les ressources destinées aux Communes qui fournissent les services sociaux. Cette exigence a donc entraîné le développement de nouvelles fonctions d'évaluation, combinant la nécessité un compte rendu des coûts et l'analyse de la qualité des interventions, entre autres du point de vue des citoyens qui utilisent les services et d'autres porteurs d'intérêts considérables (*stakeholders*), par des moyens tels que les chartes des services et les bilans sociaux. Le besoin d'une évaluation, auquel le présent Plan accorde une attention particulière, découle de la volonté de maintenir, dans la planification des politiques sociales, cette optique stratégique (liaison entre objectifs, actions, résultats et coûts) qui est fondamentale surtout

dans des secteurs où la qualité est essentielle et où le risque de limiter les actions à une logique de gestion de l'urgence est, au contraire, parfois prépondérant. Étant donné cet objectif, l'application du premier Plan de zone de la Vallée d'Aoste pourra, si celui-ci est correctement et stratégiquement organisé, soutenir des projets sociaux accompagnés de plans d'évaluation des résultats et offrir une aide essentielle au gouvernement du système intégré des services sociaux du territoire. Le présent Plan entend donc promouvoir une culture de l'évaluation sociale, soit adopter un corpus d'instruments d'analyse reliés à des indicateurs de qualité qui doivent être considérés comme partie intégrante d'un système de bien-être (*welfare*) et capables de valoriser, ex ante, in itinere et ex post, le volume de l'offre déjà consolidé et d'élaborer des lignes directrices pour la planification future, indiquant les priorités vers lesquelles orienter les efforts, les politiques et les ressources financières, humaines et structurelles. Les catégories d'indicateurs sur lesquels fonder le système d'évaluation sont :

pour l'évaluation des processus :

- la capacité de gestion de la demande et les délais de réponse ;
- l'adéquation de la réponse au besoin ;
- l'efficacité, l'efficacé et la cohérence dans la planification et dans la réalisation des actions, dans l'optimisation des délais et dans l'utilisation des ressources humaines et matérielles ;
- la cohérence en termes d'efficacité par rapport aux résultats obtenus ;

pour l'évaluation externe :

- le niveau de satisfaction des usagers ;
- l'impact en termes de changement de la situation qui a fait l'objet de l'intervention et l'impact sur le tissu social concerné ;
- la cohérence entre les résultats et les orientations de la politique socio-sanitaire régionale ;

pour l'évaluation interne :

- le niveau de satisfaction du personnel ;
- la qualité du climat de travail ;
- le taux d'implication de tous les acteurs dans les processus de décision et de gestion ;
- le coefficient de conscience ;

pour l'évaluation de la performance économique et financière :

- le niveau de dépense par personne par rapport à la population résidente moyenne ;
- l'indice de la dépense totale par rapport au besoin potentiel ;
- l'intensité de la dépense.

Un système de qualité appliqué à la santé et au bien-être social ne doit pas considérer le besoin en fonction de la capacité de réponse de chaque segment de l'offre institutionnellement préposé à le satisfaire, mais comme un ensemble de différents types de demandes concernant l'ensemble du système régional de bien-être (*welfare*).

Le présent Plan rappelle de façon spécifique, dans la ligne directrice attribuée à la valorisation du territoire, l'objectif visé de la pleine intégration socio-sanitaire. Dans cette section, et étant acquis que la qualité doit être poursuivie dans tous les segments où le système des services régionaux est appelé à fournir des réponses organisées aux besoins des citoyens, le présent Plan entend rappeler que le système doit procéder à une évaluation intégrée des besoins avant encore de donner une réponse intégrée à ceux-ci. Non seulement. Le présent Plan entend également souligner qu'il est

nécessaire que ladite évaluation des besoins ne soit pas uniquement intégrée mais puisse s'inscrire dans une dynamique temporelle, pour tenir compte du fait que les exigences des personnes ou des familles changent tout au long de la vie de celles-ci.

L'autorisation et l'accréditation régionales

Un premier niveau de qualité en matière d'activités et de services est garanti par la définition des standards minimum régionaux, organisationnels et structurels, soit des conditions que les intéressés doivent remplir pour obtenir l'autorisation d'exercer une activité sanitaire, socio-sanitaire, socio-éducative et d'assistance en Vallée d'Aoste. Le présent Plan entend compléter le processus de définition desdits standards, ainsi que des modalités et des délais de réalisation des contrôles y afférents, et ce, afin de sauvegarder à la fois la santé et la sécurité des citoyens et la qualité des soins. Des niveaux de qualité plus élevés sont prévus par la législation nationale et régionale en vigueur, par l'intermédiaire du système d'accréditation, qui est actuellement pleinement appliqué, à l'échelon régional, dans le domaine sanitaire et socio-sanitaire, alors qu'il doit encore être conçu et réalisé dans le domaine social. Le système régional devra se baser sur une planification régionale qui définira, après une analyse attentive, les besoins en soins. La réalisation de nouvelles activités sera subordonnée auxdits besoins, mais les critères pour fixer un nombre excédentaire de gestionnaires potentiels, nécessaire à garantir les principes de la concurrence, de l'équité et de la transparence, seront définis, pour chaque type de service ou d'activité, en sauvegardant la qualité des soins à fournir et en permettant, parallèlement, aux organismes concernés de faire des économies de dépense. Quant à l'accréditation dans le domaine de la santé, le présent Plan prévoit l'application de la nouvelle procédure approuvée récemment par le Gouvernement régional, qui est simplifiée, actualise le manuel et a pour objectif de définir des conditions de maintien de l'accréditation, à savoir :

- les informations requises doivent être fournies ;
- des vérifications périodiques doivent être effectuées par échantillonnage ;
- le suivi de certains parcours doit être assuré (implication du malade et audit sur les dossiers cliniques).

La définition de parcours socio-sanitaires, dont le suivi devra être assuré avec la collaboration des usagers concernés, représentera le point le plus qualifiant aux fins de l'évaluation de la qualité des services octroyés en fonction du degré de satisfaction des usagers. Par ailleurs, pour que la qualité des services sociaux soit garantie, tout comme une économie de gestion accrue, le présent Plan prévoit la définition d'une procédure d'accréditation analogue à celle suivie dans le domaine sanitaire.

Les actions

Pour une bonne gouvernance clinique

Pour garantir la qualité et une bonne gouvernance clinique des soins, il y a lieu :

- de garantir la sécurité des soins et des prestations, par la poursuite du projet pour la gestion du risque clinique et la participation aux initiatives prévues par le Plan national *Pro Qual* pour la promotion permanente de la qualité au sein du Service sanitaire national ;
- d'assurer le suivi du projet *Monodose del farmaco* relatif à l'implantation d'armoires automatisées dans certains services hospitaliers et, si l'efficacité y afférente est établie, d'étendre l'expérimentation dans d'autres services, selon des priorités fixées de concert avec l'Agence USL ;
- de rechercher une adéquation clinique de plus en plus élevée – garantie par la rationalisation des accès aux soins diagnostiques, thérapeutiques et rééducatifs, selon les principes de la médecine fondée sur les preuves et des modalités conformes au besoin, qui s'appuient sur des lignes directrices validées et dont l'efficacité est reconnue – et correspondant à des modèles d'adéquation organisationnelle tant hospitaliers que territoriaux ;
- de maintenir les standards qualitatifs actuels dans les phases des premiers secours et de stabilisation des patients, entre autres par des projets de téléassistance ;
- de garantir un parcours de soins susceptible de répondre aux besoins de santé des citoyens par le développement de la collaboration entre hôpital et territoire ;
- de rationaliser l'offre actuelle de prestations sanitaires par l'application de lignes directrices validées, au sens desquelles les demandes des usagers, qu'elles concernent des soins diagnostiques, thérapeutiques ou rééducatifs, doivent être soumises à une évaluation en matière d'adéquation clinique et d'efficacité prouvée ;
- de promouvoir la qualité (adéquation, confort, économie...) du service fourni et de la relier au résultat, sur la base des preuves de l'efficacité clinique y afférente et de l'efficacité opérationnelle des services ;
- de faire en sorte que l'organisation de l'Agence USL et les dynamiques internes du fonctionnement de celle-ci soient bien claires, évaluables et vérifiables, pour tous ceux qui opèrent à son intérieur, pour les usagers et pour les personnes qui sont appelées à exercer des fonctions de gouvernement, d'orientation, d'évaluation ou de contrôle ;
- d'encourager et de formaliser les modalités selon lesquelles les compétences professionnelles peuvent contribuer à l'amélioration de la planification, de l'organisation et de la production des services ;
- de promouvoir l'innovation organisationnelle en misant sur le développement et sur le rendement du capital professionnel et de l'innovation technologique.

Les meilleurs soins

Pour améliorer la qualité de la performance des soins, il y a lieu :

- de développer le secteur de la recherche clinique, surtout celui de la recherche oncologique, au sens des dispositions de la loi régionale portant institution de la Fondation de la Région autonome Vallée d'Aoste pour la recherche sur le cancer (Fondation VdA – RC) et d'engager les procédures administratives et scientifiques que celle-ci prévoit, et notamment :

- d'améliorer les connaissances sur les causes et les mécanismes cellulaires et moléculaires de l'apparition du cancer ;
- d'identifier les cibles moléculaires et cellulaires susceptibles d'être exploitées dans le diagnostic et dans le traitement des néoplasies ;
- de développer des traitements innovants et ciblés ;
- de développer des instruments de diagnostic et d'évaluation précoce de la réponse thérapeutique ;
- de favoriser et de soutenir l'activité de recherche clinique et translationnelle dans le domaine de l'oncologie au sein de l'Agence USL et en collaboration avec les structures d'hospitalisation et de soins à caractère scientifique ;
- de favoriser la collaboration avec les autres établissements ou instituts de recherche œuvrant en Vallée d'Aoste et au Piémont ;
- d'encourager la formation et le recyclage professionnel dans le domaine de l'oncologie et, notamment, de l'oncologie moléculaire ;
- de favoriser la recherche clinique au sein de l'Agence USL en tant qu'important instrument d'amélioration de la qualité des soins, en contribuant à la croissance culturelle, technique et professionnelle des médecins et des opérateurs intéressés, selon les logiques et les processus de formation sur le terrain (*ECM - Educazione continua in medicina*) ;
- d'assurer le suivi de l'évolution des indicateurs de performance sanitaire selon des modèles nationaux validés, en adoptant des solutions susceptibles d'agir sur les criticités et en étendant le plus possible l'évaluation au domaine de la médecine territoriale ;
- de comparer les valeurs régionales avec les bonnes pratiques d'autres réalités sanitaires homogènes pour ce qui est de la typologie, de la géographie et de la population ;
- d'assurer le plus d'implication possible du patient, ainsi que le suivi des parcours de soins (points fondamentaux des dispositions régionales en vigueur en matière d'accréditation, modifiées à la fin du Plan régional de la santé et du bien-être social 2006/2008²³, dans le respect des lignes directrices prévues à l'échelon ministériel et central) ;
- de maintenir les standards régionaux de qualité requis aux fins de la délivrance de l'autorisation et de l'accréditation dans les domaines sanitaire et socio-sanitaire ;
- de simplifier davantage les procédures de réservation, de paiement des tickets modérateurs ou de retrait des résultats ;
- d'optimiser les achats de biens et de services, en tenant compte de la complexité du marché des biens de santé, de l'obsolescence rapide de beaucoup de produits et procédures et des phénomènes importants d'asymétrie entre l'offre et la demande.

Qualité des hospitalisations

Pour améliorer la qualité des hospitalisations, il y a lieu :

- de valoriser l'activité d'hospitalisation en la réorganisant surtout en activité de soins aigus et d'adopter les mesures nécessaires pour obtenir un degré d'adéquation élevé pour les soins fournis tant au niveau des hospitalisations complètes qu'au niveau des hospitalisations de jour ou de la chirurgie ambulatoire ;
- de développer l'utilisation de la robotique chirurgicale afin de favoriser une récupération plus rapide chez les patients hospitalisés ;

²³ Objectif n° 25.

- de renforcer les soins oncologiques, et notamment l'activité de recherche, en collaboration avec de instituts spécialisés, et l'assistance aux malades en phase terminale, en consolidant l'activité de l'Hospice ;
- de préparer des protocoles de premier accueil et de procédures internes pour personnes handicapées au moment de l'accès aux soins hospitaliers ;
- de modifier la loi régionale n° 4/2008 sur les urgences, à la suite notamment des résultats de l'expérimentation récente, afin de structurer de manière toujours plus efficace et efficiente le système intra et extra-hospitalier des urgences, entre autres par des réorganisations fonctionnelles.

Sur le risque clinique *Pour le risque clinique, il y a lieu :*

- de mettre en œuvre les modalités opérationnelles prévues dans le cadre de la gestion du risque clinique, si possible jusqu'à les adopter de manière systématique, et d'assurer le suivi des données relatives aux événements sentinelles et aux déclarations des accidents, dans le cadre du système d'information ministériel *SIMES* ;
- d'appliquer, en les adaptant à la réalité organisationnelle et fonctionnelle de la Vallée d'Aoste, les recommandations ministérielles en matière de risque clinique.

Sur la douleur chronique *Pour la thérapie de la douleur, il y a lieu :*

- d'établir le modèle régional pour la réalisation de la thérapie de la douleur en essayant :
 - de définir le réseau des services et des structures impliqués, hospitaliers ou territoriaux, afin de garantir une réponse adéquate, au sens de la loi n° 38/2010 ;
- de former et de recycler convenablement le personnel concerné ;
- de garantir l'information des citoyens et des opérateurs sur l'institution du réseau pour la thérapie de la douleur, la localisation des services et des structures, l'assistance fournie par le réseau et les modalités d'accès à celui-ci.

Les médecines non conventionnelles *Pour garantir la qualité des médecines non conventionnelles, il y a lieu :*

- de procéder à une reconnaissance des expériences d'activités relevant du domaine des médecines non conventionnelles exercées sur le territoire régional, entre autres en collaboration avec des organismes ou associations œuvrant en Vallée d'Aoste ;
- d'évaluer l'efficacité et la sécurité des différentes pratiques de soins, entre autres par le développement de formes de collaboration appropriées avec des organismes et des instituts nationaux et internationaux ;
- de favoriser la collaboration avec les institutions compétentes afin de développer des formes d'autoréglementation qui protègent la sécurité des usagers et la compétence professionnelle des opérateurs ;
- de promouvoir, entre autres en collaboration avec les ordres, les collèges et les associations sectorielles, des projets expérimentaux dans le domaine des médecines non conventionnelles et de les inclure dans les plans d'activité de l'Agence USL, en définissant des formes d'intégration avec les processus de soins.

Qualité et sécurité alimentaire

Pour garantir la qualité et la sécurité alimentaire, il y a lieu :

- de prévoir le développement de l'utilisation actuelle des PC de poche en dotation aux vétérinaires, utiles aux fins de l'établissement des prescriptions informatisées, ainsi que le renforcement et l'extension du parc des logiciels et des matériels ;
- de rendre compatible et, par conséquent, disponible la liaison informatique entre les banques de données du fichier du bétail et la banque de données pharmaceutique, et ce, afin d'améliorer l'établissement des prescriptions vétérinaires et de permettre à la structure vétérinaire compétente d'effectuer les contrôles y afférents et de prendre les décisions qui s'imposent.

Le contrôle des délais d'attente dans le secteur de la santé

Pour garantir la qualité au moyen du contrôle des délais d'attente, il y a lieu :

- d'orienter les processus organisationnels, fonctionnels et d'adéquation vers la réduction des délais d'attente pour les soins urgents et, en tout état de cause, vers le respect des délais d'attente conformes aux classes de priorité établies par les prescripteurs ;
- d'appliquer, de la part de l'Agence USL de la Vallée d'Aoste, les dispositions régionales en vigueur pour répondre convenablement aux citoyens au sujet notamment :
 - des critères de priorité d'accès aux soins ;
 - du suivi des délais d'attente ;
 - des critères de définition des parcours pour les soins diagnostiques et thérapeutiques ;
 - de la réorganisation du centre unique de réservation (CUP) ;
 - de l'information et de la communication des listes d'attente ;
 - des suspensions des réservations (les réservations en liste d'attente ne sont plus acceptées en cas d'excès de demandes) ;
 - des mesures prévues en cas de dépassement des délais maximums.

La mobilité sanitaire

Pour une bonne gouvernance de la mobilité sanitaire interrégionale et internationale, il y a lieu :

- de maintenir et, si possible, d'améliorer les tendances positives actuelles, tant pour les attractions (en augmentation) que pour les fuites (en diminution) ;
- de limiter les fuites pour les soins hospitaliers qui ne relèvent pas de spécialités de haut niveau ;
- de réduire les fuites de patients dans le domaine de la rééducation intensive du premier et du deuxième niveau, partiellement absorbées par des structures régionales ;
- d'identifier les structures potentiellement attractives et susceptibles de permettre la passation d'accords avec d'autres agences USL pour des soins spécifiques ;
- d'adapter les directives régionales sur la mobilité sanitaire internationale aux dispositions qui seront bientôt fixées par l'Union européenne en matière de droits des patients et aux dispositions qui découleront de la transposition de celles-ci dans la législation relative au Service sanitaire national.

Le contrôle des délais d'attente dans le secteur des services

Pour promouvoir l'évaluation des projets et des services sociaux, il y a lieu :

sociaux

- d'analyser les besoins sociaux, les besoins d'assistance et les besoins de santé, de manière systématique et selon une approche qualitative et quantitative, soit capable de collecter et de traiter les données en question en séparant les preuves des perceptions, la réalité des représentations et les causes des effets, en associant les expériences muries au titre de la collecte des données et du traitement statistique y afférent, dans le cadre de l'Observatoire régional des politiques sociales, à l'expérience de la collecte et du partage lancée avec le Plan de zone et en invitant à s'impliquer dans l'analyse en cause les organisations sur le territoire, notamment le bénévolat et le tiers secteur, les professionnels et les acteurs du privé social, ainsi que tous les citoyens sensibles et personnellement impliqués dans le secteur ;
- d'adopter des outils d'enquête quantitatifs et qualitatifs aux champs thématiques communs et où les données peuvent être croisées, de manière à renforcer ou affaiblir certaines preuves, au moyen de différentes lectures qui prévoient également l'implication des éventuels gestionnaires extérieurs des services dans la planification et la redéfinition des activités fournies ;
- de promouvoir des actions visant à diffuser la culture de l'évaluation participée où tous les acteurs sont activement impliqués dans les processus de lecture, d'analyse et d'autoanalyse, de jugement et d'autoévaluation compte tenu des activités effectuées, des fonctions exercées et des tâches accomplies et des besoins satisfaits ;
- de construire un plan des indicateurs et des outils de collecte et d'analyse valables, communs à tous les services sanitaires et d'aide sociale de la Vallée d'Aoste, en collaboration avec les organismes publics et privés, les gestionnaires ou les prestataires de services (assessorats, collectivités locales, coopératives sociales et Agence USL) ;
- de définir les mesures et les indicateurs spécifiques pour chaque type de service ou d'activité sanitaire, d'aide sociale ou de promotion sociale géré directement ou indirectement par l'Administration régionale selon des modalités déjà expérimentées à l'échelon national, ou international, adaptées au contexte local ou complétées, à la suite d'une vérification attentive de leurs pertinence et opportunité ;
- de fixer des modalités et des délais pour la collecte des différentes données, ainsi que pour la production, la diffusion et l'utilisation des résultats y afférents, aux fins de l'amélioration du système faisant l'objet du suivi ;
- de mener des enquêtes en ligne (questionnaires et interviews) pour connaître le degré de satisfaction des usagers.

Sur les autorisations

En matière d'autorisations, il y a lieu :

- de redéfinir dans leur ensemble les besoins régionaux en soins et de fixer, par des actes ad hoc du Gouvernement régional, un nombre excédentaire de gestionnaires potentiels, nécessaire à garantir les principes de la concurrence, de l'équité et de la transparence, tout en sauvegardant la qualité des soins et en permettant, parallèlement, aux organismes concernés de faire des économies de dépense ;
- de poursuivre dans l'activité de révision et de définition des standards organisationnels, structurels et technologiques minimum, soutenable dans le domaine sanitaire, socio-sanitaire, socio-éducatif et d'assistance ;
- de définir, en collaboration avec l'Agence USL, un plan d'actions visant à adapter aux standards nationaux et régionaux les structures sanitaires hospitalières et territoriales ;

- de partager avec les collectivités locales des plans d'aménagement des structures sanitaires et d'aide sociale aux fins de l'adaptation de celles-ci aux standards structurels régionaux et de l'octroi des subventions y afférentes ;
- d'étendre aux autres secteurs la planification effectuée au titre des actions d'assistance aux personnes âgées (bonnes pratiques) ;
- d'assurer le suivi constant des plans d'aménagement des structures sanitaires et d'aide sociale, entre autres par la création éventuelle d'un observatoire des travaux ;
- d'étendre le modèle d'autorisation aux professionnels de la santé qui exercent des activités dites « à risque » pour les patients ;
- d'informatiser la procédure d'autorisation actuelle.

Sur les accréditations

En matière d'accréditations, il y a lieu :

- d'appliquer le nouveau manuel d'accréditation dans le cadre de la planification triennale et annuelle des contrôles sur le terrain et du suivi des parcours de soins ;
- de favoriser le développement des systèmes de gestion pour la qualité et les accréditations, également dans le domaine socio-éducatif et de l'assistance ;
- de définir les lignes générales en matière de conventions à l'intention de l'Agence USL, qui prévoient une vérification attentive des coûts et des bénéfiques ainsi que des résultats attendus et effectifs ;
- de simplifier et de compléter l'accréditation des aires et des départements de l'Agence USL afin de garantir des niveaux de qualité appropriés dans l'octroi des services ;
- d'informatiser les procédures d'accréditation.

n° 3

**CREER DES ALLIANCES RESPONSABLES
ENTRE LES ACTEURS DU SYSTEME**

Pourquoi les alliances

Pour assurer de bonnes conditions de santé et de bien-être à toute la population, il faut passer d'un modèle principalement centré sur la responsabilité clinique et médicale à un scénario plus large de politiques et de programmes visant à garantir aux différents sous-groupes sociaux les mêmes droits en matière de santé et de bien-être et prévoyant, parallèlement, le renforcement des responsabilités de chaque individu à l'égard de son patrimoine santé, déjà pendant les premières années de vie²⁴. Au niveau des institutions, l'extension du concept de politiques sociales à d'autres politiques sectorielles (instruction, emploi, logement, transports et environnement) – déjà indiquée dans le programme de législature – vise à réduire la fragmentation administrative actuelle, à offrir plus de coordination et de cohérence aux réponses que les services donnent aux citoyens et à occasionner un coût inférieur pour les administrations. La capacité d'action du système doit toutefois se doubler d'une définition claire des objectifs et des fonctions de chacun, ainsi que d'une coordination précise des différentes actions.

C'est pour cette raison que le présent Plan considère le système régional de la santé et du bien-être social comme un système public qui se caractérise par une responsabilité sociale élevée et une durabilité globale et affirme la nécessité de rechercher des réseaux et des alliances responsables parmi les acteurs impliqués, et ce, aux fins de l'amélioration de l'efficacité, de l'efficience et de l'économicité des choix de programmation pour la santé et le bien-être des citoyens valdôtains. Le milieu dans lequel les besoins naissent, s'expriment et doivent trouver une réponse se compose d'un ensemble de personnes, d'institutions et de réalités organisationnelles qui s'occupent, à divers titres, de santé et de bien-être social. Le sens d'appartenir à cet ensemble oblige les décideurs politiques, les techniciens et les opérateurs à rechercher des relations au niveau du macrosystème (international et national), du mésosystème (Administration régionale, Agence USL, organismes publics, tiers secteurs et bénévolat) et du microsystème (assessorats, bureaux, professionnels et citoyens) afin d'obtenir les résultats les meilleurs par des stratégies unitaires et efficaces. Ce n'est pas uniquement l'efficacité qui pousse le système à rechercher des alliances, c'est aussi la nécessité de parvenir à une efficience accrue. La présence de plus en plus marquée du secteur public dans la fourniture de services de première nécessité implique une augmentation de la dépense publique régionale et rend évident le fait que, pour faire face aux problèmes de bien-être des citoyens, les Régions doivent développer – et encore plus dans une logique d'État fédéraliste – une politique plus réaliste de *welfare society* – ou société-providence (et non plus seulement de *welfare state* – ou État-providence), susceptible de responsabiliser, autant que possible dans la durée, la société civile dans son ensemble, et ce, dans le but de trouver un accord et un consensus sur les priorités dans les besoins et sur les formes des réponses y afférentes, tout en assurant le suivi dans le temps des actions mises en œuvre et des ressources financières nécessaires.

L'alliance avec les organisations bénévoles devient ainsi stratégique et de grande valeur, tant dans le secteur sanitaire que dans celui social.

Les alliances pour la santé

²⁴ Il s'agit, bien évidemment, de considérations plus larges que celles qui portent aujourd'hui sur la reconnaissance de la nécessité d'inclure la santé au nombre des éléments constitutifs des critères permettant d'opérer des choix de priorité et des choix d'action dans le cadre de toutes les politiques, car cela est déjà effectué dans les procédures d'évaluation d'impact sanitaire – EIS (*Health Impact Assessment – HIA*), qui appréciant au préalable les effets sur la santé des actions, des politiques ou des investissements et au titre desquelles le présent Plan garantit une continuité de collaboration avec les parties intéressées.

Des preuves scientifiques issues d'enquêtes nationales et internationales indiquent que la santé est le résultat de politiques conçues au titre d'autres secteurs (p. ex. dans les politiques de l'emploi, de l'environnement, etc.) et que son amélioration contribue au développement et au bien-être social de tous les secteurs de la société puisqu'elle a une incidence sur la productivité et sur la compétitivité²⁵ du système social. Les services sanitaires ayant une efficience élevée contribuent donc au développement économique et au bien-être social, et non uniquement parce que la santé et le bien-être sont parmi les secteurs les plus importants du marché du travail, mais aussi parce qu'investir dans la santé signifie investir dans le bien-être de l'homme et de la société et, donc, dans sa capacité de produire développement, ainsi que l'affirme la Charte de Tallinn sur les systèmes de santé²⁶ diffusée même tout récemment en Italie dans le cadre de toutes les politiques sectorielles.

La santé dans toutes les politiques, les institutions et les interventions publiques

De la Charte d'Ottawa à l'adhésion au réseau des Hôpitaux promoteurs de santé (*Health Promoting Hospital-HPH*)²⁷, il apparaît évident, pour la promotion de la santé, que le poids des politiques administratives exerce aujourd'hui, sur l'état de santé de la communauté, un rôle encore plus déterminant par rapport à celui des politiques sanitaires elles-mêmes. La promotion de la santé comprend un répertoire de stratégies à l'efficacité prouvée qui doit être entièrement utilisé pour pouvoir être pleinement efficace. Il faut, en effet, que dans tous les secteurs et les contextes où se réalise une intervention, une politique ou un investissement, même n'ayant apparemment aucun rapport avec les domaines traditionnellement liés à la santé :

- l'on soutienne la cause de la santé, en se basant sur les droits humains et la solidarité ;
- l'on investisse dans des politiques, des actions et des infrastructures soutenables pour bien gérer les déterminants de la santé ;
- l'on crée les compétences pour le développement politique, la capacité de direction, la mise en pratique de la promotion de la santé, la diffusion des connaissances, la recherche et l'alphabétisation sanitaire ;
- l'on assure un niveau élevé de protection contre toutes les causes des dommages à la santé et l'on favorise l'égalité des chances en matière de santé et de bien-être ;
- l'on construise des alliances entre le secteur public, le secteur privé, le privé social et les citoyens pour créer des actions durables d'aide à la santé et au bien-être.

²⁵ La Commission européenne, par l'intermédiaire de la Direction générale « *Health and Customer Protection – Santé et protection des consommateurs* », a financé une étude intitulée « *Economic implication of socio economics inequalities in Health in European Union – Conséquences économiques des inégalités socio-économiques relatives à la santé dans l'Union européenne* » (Mackenbach et al., 2007) qui considère la santé comme un capital à dépenser (p. ex., pour la force travail) et comme un bien à consommer (p. ex., pour la satisfaction du potentiel d'une personne). Dans le premier cas, la part de produit intérieur brut (PIB) absorbée par la perte d'espérance de vie découlant des inégalités sociales est estimée à 1,4 p. 100 environ ; dans le deuxième cas, la même part est de l'ordre de 9,5 p. 100. Leur somme est une valeur dont l'incidence dépasse le montant des crédits virés au Système sanitaire national.

²⁶ Charte de Tallinn : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité, OMS, 2008.

²⁷ La 1^{ère} Conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa le 21 novembre 1986, aboutit à la Charte d'Ottawa que l'OMS diffuse pour stimuler l'action en faveur de la santé pour tous pour l'an 2000 et au-delà. La promotion de la santé est définie par la Charte d'Ottawa comme le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci. Pierre milière dans l'histoire des politiques de santé, la Charte d'Ottawa a été suivie par d'autres documents adoptés à l'échelon international, mais surtout par la création, à l'initiative de l'Organisation mondiale de la santé, d'un véritable réseau pour la promotion de la santé axé sur les hôpitaux. Diffusé actuellement dans de nombreux pays à travers le monde et dans 11 pays européen, le Réseau des Hôpitaux promoteurs de santé (*Health Promoting Hospital-HPH*) a connu, en Italie aussi, un développement rapide. La Vallée d'Aoste a adhéré en 2002 et organisé à Courmayeur, en 2005, la Conférence nationale y afférente.

L'hygiène environnementale et la sécurité sur les lieux de travail

Le milieu de vie est désormais représenté par l'écosystème tout entier, soit par le milieu dans lequel les personnes vivent, consomment, travaillent, voyagent et établissent des relations sociales selon des modèles comportementaux qui influencent leurs conditions générales de santé. Rarement les agents et les expositions environnementales agissent tout seuls, leur action se manifeste plus fréquemment en association avec d'autres facteurs pouvant modifier les risques pour la santé et la relation qui s'instaure entre environnement et santé dans les individus ou dans la collectivité. Au cours des trois prochaines années, des formes de collaboration avec les institutions régionales compétentes en matière environnementale seront possible, sur demande, aux fins de la définition conjointe d'initiatives de connaissance, d'information et de formation qui permettent, entre autres par l'amélioration de l'environnement (gestion correcte des déchets et respect des émissions, ainsi que du rejet de substances dans l'eau ou dans le sol, etc.), la protection de l'état de santé des Valdôtains. Dans la mesure où les ressources le permettent, parallèlement à ces initiatives, il est d'intérêt commun de préparer des instruments de lecture servant à l'analyse partagée de la morbidité et de la mortalité régionale eu égard à des facteurs spécifiques ou à des situations précises de type environnemental.

Parmi les nombreuses alliances nécessaires pour assurer la santé publique collective, celles qui concernent les secteurs de l'agriculture et de l'élevage revêtent un intérêt spécifique dans le présent Plan. En Vallée d'Aoste, ces deux activités sont présentes, dans 20 p. 100 des cas, dans les bourgs ruraux où, à cause, entre autres, de l'exiguïté du territoire cultivable, les implantations résidentielles sont souvent contiguës aux élevages. Bien que la réglementation en vigueur en matière d'hygiène et de santé²⁸ considère les étables comme des « industries insalubres de 1^{ère} classe », elle permet leur présence dans les agglomérations en établissant que c'est au syndic de décider en la matière, en tant qu'autorité chargée d'évaluer le préjudice que la présence d'une étable pourrait porter à la santé publique. Le changement qui s'est produit également dans notre région, où l'on est passé d'une culture agricole à une autre plus urbaine, et les documents de planification territoriale qui se sont succédé au fil des années ont favorisé, dans nos villages, le développement des implantations résidentielles qui ont enclavé les activités agricoles préexistantes et exposé la communauté à quelques criticités de nature hygiénique et sanitaire, comme dans le cas des fumiers. À ce sujet, l'art. 233 du texte unique des lois sur la santé (*TULS*) établit qu'une fosse à fumier doit être aménagée, selon des caractéristiques précises, pour chaque étable abritant plus de deux têtes de bétail adulte ; en l'absence de fosse, les déjections doivent être transportées dans des dépôts communaux prévus à cet effet. Puisque la fosse à fumier fait partie intégrante de l'élevage et qu'elle peut, si mal gérée, représenter une source de risque pour la santé publique, le présent Plan prévoit que, par une alliance responsable entre toutes les personnes intéressées, les Communes adoptent une réglementation appropriée, conforme aux plus récentes dispositions hygiéniques et sanitaires et aux lignes directrices qui seront approuvées en la matière par le Gouvernement régional.

Enfin, pour ce qui est du milieu de travail, le présent Plan prévoit que l'Agence USL, par l'intermédiaire des structures préposées à la sécurité sur les lieux de travail, continue dans l'activité, déjà commencée, de préparation de plans spécifiques d'information-formation destinés aux secteurs de production les plus à risque et intensifie le rôle de prévention plutôt que le rôle de sanction, en matière de sécurité sur les lieux de travail.

Le réseau de promotion de la santé

La promotion de la santé s'inscrit parmi les tâches centrales de la santé publique et le gouvernement de celle-ci joue, certainement, un rôle clef de direction dans la construction de politiques et de partenariat dans la de la promotion de la santé, mais, pour améliorer toujours plus la qualité de

²⁸ Art. 216 du décret du roi n° 1265 du 27 juillet 1934 portant approbation du texte unique des lois sur la santé.

celle-ci, il est essentiel de collaborer avec la société civile, le tiers secteur, le secteur privé et, transversalement, avec les milieux de vie et de travail.

Le bénévolat joue un rôle actif dans la promotion de la santé, en tant qu'intermédiaire entre les campagnes de sensibilisation et de prévention et les citoyens : cela a déjà été expérimenté avec efficacité en Vallée d'Aoste par des organisations reconnues au niveau national.

Par conséquent, le présent Plan met en valeur, au titre des trois prochaines années également, le rôle de communication et de service exercé par les associations de bénévoles en tant qu'interlocuteurs stratégiques entre institutions, services et citoyens.

En ce qui concerne les politiques, le premier pas qui doit être fait par ceux qui s'occupent de promotion de la santé est de fournir aux *policy makers* (ou décideurs politiques) le profil de santé de la population de référence, pour ensuite s'accorder avec les administrateurs eux-mêmes et les nombreux autres acteurs présents (opérateurs sanitaires, bénévoles, citoyens, etc.) pour définir les interventions prioritaires de promotion de la santé fondées sur les critères de la *evidence based prevention* (ou prévention basée sur les preuves) en évaluant ensemble la faisabilité, la durabilité et l'efficacité. Pour les trois prochaines années également, les profils de santé régionaux confirment l'utilité de rechercher des alliances unitaires sur :

1. La prévention cardiovasculaire, comportant les actions ci-après :
 - diffusion de la charte du risque cardio-vasculaire à certains groupes de personnes ;
 - prévention de l'obésité chez la femme en âge de procréer et chez l'enfant ;
 - prévention active des complications du diabète chez l'adulte et chez l'enfant, en renforçant l'adhésion du patient ;
 - prévention des récurrences chez les personnes ayant déjà eu des accidents cardiovasculaires, afin que ceux-ci ne se reproduisent pas ;
2. Les dépistages :
 - du cancer du sein ;
 - du cancer du col de l'utérus ;
 - du cancer du côlon-rectum ;
3. La prévention des accidents :
 - de la route ;
 - domestiques ;
 - du travail ;
4. Les vaccinations :
 - mise en place de couvertures vaccinales dont attestera le registre des vaccinations ;
 - mise en place de l'offre de vaccins pour les personnes appartenant aux catégories très à risque ;
 - amélioration de la qualité des services et des activités de vaccination.

Dans le respect des indications ci-dessus, le Ministère de la santé a adopté en 2007²⁹ le document programmatique intitulé « Guadagnare salute – Rendere facili le scelte salutari » qui permet, aujourd'hui encore, de lutter contre les facteurs de risque selon une approche qui n'est pas uniquement sanitaire, mais qui est aussi attentive aux implications environnementales, sociales et économiques, en prévoyant que tous les acteurs impliqués (administrations centrales et régionales, collectivités locales et secteurs privés) partagent les objectifs en cause. Ledit document comporte un programme transversal qui concerne la réalisation d'une « Campagna informativa » dans un secteur particulier de collaboration avec les institutions scolaires et 4 programmes spécifiques de base, à savoir :

- les comportements alimentaires sains ;
- la lutte contre le tabagisme ;
- la lutte contre l'abus d'alcool ;
- la promotion de l'activité physique.

Le présent Plan confirme la validité de l'application dudit document, surtout en ce qui concerne la définition des responsabilités réciproques, par une planification largement concertée et la mise en place d'actions et d'interventions qui agissent transversalement sur les divers déterminants, afin d'augmenter l'efficacité et d'optimiser l'utilisation des ressources.

L'alliance entre médecin et citoyen

Les alliances responsables entre toutes les personnes impliquées (institutions, opérateurs, bénévoles et citoyens) sont nécessaires au niveau du microsysteme également. Surtout, il faudrait récupérer la relation de confiance qui existait jadis entre le médecin et son patient, pour limiter au maximum la tendance progressive vers l'individualisme dans la demande de biens et de services de santé, au profit des approches qui, dans le respect de l'adéquation clinique, fournissent à chaque demandeur les outils de connaissance lui permettant de reconnaître et d'interpréter correctement son besoin de santé et de soins, ainsi que d'observer ponctuellement la prescription du médecin et de suivre l'éventuel protocole selon des modalités partagées. Il faut rétablir un équilibre dans ce délicat « contrat de soins », déjà asymétrique pour ce qui est des savoirs, des compétences, des états d'âme et du langage, car tout excès de contractualisation peut générer des risques de déresponsabilisation dans le cadre des rôles respectifs. En outre, l'affirmation, dans la culture contemporaine, d'une médecine « prudentielle » a improprement engendré, dans la demande de biens et de prestations, une augmentation de l'inadéquation et, par conséquent, de la dépense sanitaire correspondante.

Dans le cadre de ce scénario, l'« audit civique » peut représenter une forme d'expérimentation utile, entre autres, pour rapprocher les citoyens des institutions sanitaires et pour promouvoir l'évaluation de la qualité des prestations et des services de l'Agence USL, dans une logique de collaboration loyale et responsable, capable, toutefois, de reconnaître sa juste importance au « point de vue du citoyen ». À cette fin, l'Agence devra continuer à promouvoir des rencontres régulières avec les représentants des citoyens, en adaptant sa manière de procéder en fonction des indications nationales, dans le but, entre autres, de consolider, en les améliorant, les questionnaires périodiques de satisfaction des usagers (*customer satisfaction*) relativement à toutes les aires de son ressort.

En particulier, plutôt que de multiplier les relations avec les différents professionnels de la santé, il est nécessaire de récupérer les éléments constitutifs de l'ancienne relation avec le médecin traitant, surtout dans une région petite et de montagne telle que la nôtre, où la valeur de cette relation a eu,

²⁹ Décret du président du Conseil des ministres du 4 mai 2007 (Journal officiel n° 117 du 22 mai 2007). Le document programmatique « Guadagnare salute – Rendere facili le scelte salutari » vise à la promotion de styles de vie susceptibles de lutter, dans la longue période, contre le poids des maladies chroniques et de faire gagner des années de vie en santé aux citoyens. Il est né de l'exigence d'affronter de manière globale les principaux facteurs de risque, soit le tabagisme, la consommation d'alcool, la mauvaise alimentation et l'inactivité physique, en garantissant la soutenabilité du système de santé tant en termes économiques que d'efficacité.

au fil des années, des reconnaissances inexistantes dans les réalités urbaines. Il s'agit là d'une relation irremplaçable pour la protection et la défense de la santé et du bien-être des personnes, la seule pouvant conjuguer le principe éthique d'autonomie de la personne avec la garantie du choix thérapeutique le meilleur. Les « soins les meilleurs » respectent la liberté du porteur d'un besoin, mais en même temps en évitent les extrémismes au niveau du comportement, qui peuvent entraîner, pour la personne concernée elle-même, des dommages ou des conséquences non voulues. Pour réduire ces risques, dans la pratique médicale courante, des lignes directrices validées, appliquées par les médecins et expliquées aux citoyens d'une manière simple doivent s'affirmer, qui prévoient, pour toute personne atteinte d'une pathologie déterminée, le recours correct et approprié aux contrôles diagnostiques et thérapeutiques y afférents, sur la base des prescriptions médicales autorisées et garanties par le Service sanitaire régional. Par ailleurs, il faut que tout citoyen, dans la relation de confiance avec son médecin, respecte le « pacte de soins », observe les prescriptions médicales et suive le parcours de soins prévu et dont l'efficacité est prouvée.

Les urgences sanitaires et l'observatoire vétérinaire

Parmi les alliances pour la santé publique, l'alliance qui se met en place en cas d'urgence sanitaire semblable à celle produite par l'encéphalopathie spongiforme des bovins (la vache folle), par le syndrome respiratoire aigu sévère (SARS) ou par la grippe aviaire prend une importance particulière. La succession de grandes urgences, épidémiques ou non, avec les interventions qui en découlent dans le domaine de la santé publique vétérinaire, a fait en sorte qu'au cours de cette dernière décennie l'on a prêté une attention plus grande à ce problème, jusque là plutôt négligé. Par conséquent, nous croyons indispensable qu'en Vallée d'Aoste aussi se développe et s'enracine, par des groupes de travail, des rencontres et des séminaires, une culture sanitaire spécifique, aux fins de la définition de modalités opérationnelles toujours plus appropriées en vue de résoudre rapidement et efficacement les différents problèmes qui peuvent surgir en cas d'urgence. Il sera en outre opportun de rendre le plus possible homogènes le langage technique et les procédures d'intervention entre tous les spécialistes et les opérateurs impliqués dans la gestion de l'urgence. Nous estimons donc nécessaire de préparer un plan régional unique des urgences, ayant pour but la coordination des procédures opérationnelles d'intervention que les autorités compétentes (le syndicat, le président de la Région en sa qualité de préfet, la protection civile) sont appelées à mettre en place, selon des lignes directrices partagées, pour protéger la population et les biens dans une aire à risque.

En outre, puisque dans les urgences épidémiques l'activité de surveillance épidémiologique revêt une importance prioritaire pour la gestion rapide de la réponse organisée, nous accueillons positivement la création de l'observatoire épidémiologique vétérinaire permanent, conçu comme le réseau régional reliant toutes les personnes et les organismes intéressés et permettant d'étendre la collecte et le traitement des données d'intérêt et de fournir un support technique et scientifique pour la réalisation des programmes d'éradication, de surveillance et de contrôle des maladies animales et des plans concernant les denrées alimentaires d'origine animale et les aliments pour animaux.

Les animaux de compagnie

L'alliance qui unit l'homme à l'animal de compagnie est, elle aussi, dans la société actuelle, une alliance qui doit se caractériser par le respect et l'éducation, ainsi que le Traité de Lisbonne de l'Union européenne (2007) a stipulé, en reconnaissant que la relation entre l'homme et l'animal est essentielle aux fins de l'équilibre psychophysique des personnes. Toutefois, pour qu'une relation soit ainsi, elle doit se fonder sur le respect de l'animal et toute utilisation répréhensible de ce dernier, directe ou indirecte, doit être évitée, ainsi que toute pratique inconvenante, non autorisée et punie par la loi, telle que le dressage au combat. Le présent Plan, en valorisant l'alliance entre l'homme et l'animal de compagnie, en reconnaissant les bénéfices pour la santé et le bien-être global de la personne, entend, par des dispositions ad hoc :

- promouvoir des initiatives visant à favoriser la cohabitation correcte entre l'homme et les animaux de compagnie vivant auprès de l'homme, dans le respect des exigences sanitaires, environnementales et de bien-être des animaux ;
- identifier les responsabilités et les devoirs précis du détenteur d'un animal de compagnie, en établissant que toute personne qui détient un animal de compagnie ou a accepté d'en prendre soin est responsable de la santé et du bien-être de celui-ci et doit lui procurer un logement, des soins et de l'attention qui conviennent à sa nature et à ses besoins physiologiques et éthologiques, compte tenu de son âge, de son sexe, de son espèce et de sa race ;
- développer des programmes d'information et d'éducation pour affirmer le respect des animaux et la protection de leur bien-être tant physique qu'éthologique, y compris le dressage des chiens pour les personnes physiquement handicapées et l'utilisation des animaux de compagnie dans le cadre de la *pet therapy* (ou thérapies assistées par des animaux).

L'on entend également promouvoir la réalisation de cours de formation pour favoriser un développement correct de la relation entre le propriétaire et son chien, et ce, afin de permettre l'intégration de l'animal dans le contexte social. Fruit d'une alliance responsable et partagée entre Communes, écoles et Agence USL, le parcours de formation ne fournira pas uniquement des notions sur la législation en vigueur et sur les caractéristiques physiologiques et éthologiques du chien visant à orienter le propriétaire vers une possession responsable, mais préviendra également auprès des nouvelles générations des comportements non désirés. Le parcours de formation, qui s'adresse aux propriétaires des chiens pour qu'ils connaissent leurs devoirs et leurs responsabilités civiles et pénales et comprennent le chien et son langage, valorisera la relation interspécifique et préviendra le développement de comportements non désirés des animaux vis-à-vis de la communauté et de ses habitants. Enfin, le présent Plan entend évaluer l'opportunité d'instituer en Vallée d'Aoste un projet pilote d'assistance continue pour les cas d'urgence vétérinaire, absolue et relative.

Les alliances pour le bien-être social

Dans le secteur social, tout comme dans celui de la santé, il importe de rechercher des alliances utiles pour accroître l'efficacité et l'efficience du système :

- au niveau national, ou international, sur des thèmes stratégiques d'intérêt général et pour la gestion de problèmes complexes, selon des pratiques dont l'efficacité est reconnue ;
- au niveau des administrations publiques, pour la gestion partagée, basée entre autres sur la recherche de la plus grande optimisation des ressources, de problèmes sociaux complexes, susceptibles de simplifier et d'optimiser les modalités actuelles d'organisation et de fonctionnement ;
- au niveau de l'Administration régionale, des collectivités locales et des associations de bénévoles, pour la réalisation de campagnes spécifiques de sensibilisation en matière de bien-être social ou pour partager des systèmes de surveillance de criticités latentes ;
- au niveau de chaque citoyen ou de chaque famille, pour construire des relations de confiance dans le respect des droits et devoirs de chacun, fondées sur la responsabilisation des demandeurs, sur une alliance sociale et civile de solidarité institutionnelle et sur une subsidiarité horizontale et verticale.

À chacun de ces niveaux, le présent Plan se propose de maximiser la valeur des interventions et des politiques mises en œuvre. Dans le détail, cette perspective de macro, méso et microsystème est considérée comme étant particulièrement efficace dans certains domaines spécifiques d'intervention stratégique, tels que la famille et la gestion de l'hébergement d'urgence, pour lesquels certaines synergies ont déjà prouvé leur efficacité.

Les alliances pour l'aide aux familles

Dans les politiques familiales, il n'est plus pensable de négliger la recherche continue d'alliances entre personnes sociales susceptibles d'intervenir dans l'aide aux familles, bien qu'avec des instruments et des méthodes différents, en fonction des besoins et des objectifs à atteindre. La multiplicité des exigences exprimées par la famille elle-même (en matière de ressources, d'emploi, de relations, d'éducation, etc.) souvent dépasse, en les rendant inefficaces, la prise en charge et les interventions, propres et institutionnelles, des seuls services sociaux ; il est donc nécessaire de créer un réseau de relations entre institutions, associations et bénévoles qui, si opportunément aidé et coordonné, pourrait mettre en place des actions efficaces et constructives, spécialement dans les situations complexes.

L'hébergement d'urgence

Le phénomène de l'hébergement d'urgence a pris, au cours de ces dernières années, en Vallée d'Aoste aussi, une importance considérable, entre autres parce qu'il ne concerne plus, comme par le passé, presque exclusivement la population immigrée extracommunautaire, mais touche également les personnes et les ménages appartenant à la classe moyenne, et ce, à cause de l'affaiblissement économique produit par la crise financière. Il faut, donc, que le système public surmonte les difficultés qui rendent complexe la prise en charge de ce problème, car il constitue un indicateur de plusieurs éléments allant de l'inadéquation du logement aux difficultés financières pour faire face aux dépenses relatives à l'utilisation du logement. Par conséquent, le présent Plan stipule la nécessité de créer des instruments de connaissance en réseau entre les différentes personnes compétentes à l'effet de répondre institutionnellement au problème du logement. Cette banque de données, qui comprend la liste de tous les ménages qui nécessitent un hébergement d'urgence ou qui ont accès au fonds pour le loyer, permettrait à la fois une connaissance globale du phénomène et une gestion coordonnée des situations et des interventions. Dès lors, il s'avère nécessaire de continuer à chercher, par tous les moyens, des politiques visant à garantir un hébergement convenable aux ménages sans logement et les secteurs compétents en matière de politiques sociales et de logements sociaux doivent mettre en place des initiatives communes servant à définir des stratégies de lutte efficace contre ce phénomène en croissance.

L'alliance avec la famille pour tout citoyen en situation de fragilité

Dans l'alliance entre institutions et citoyens, les personnes et leurs familles prennent conscience de leurs droits et devoirs et œuvrent pour renforcer leurs capacités individuelles, en participant de manière pleine, consciente et responsable à la vie de la société. Le présent Plan reconnaît que les personnes, y compris les personnes en situation de fragilité, de handicap ou d'isolement social et leurs familles, peuvent être capables de s'autodéterminer, exactement comme tout autre citoyen, si elles sont convenablement aidées, dans une logique de subsidiarité et non d'« assistancialisme », et peuvent devenir une ressource pour l'ensemble du contexte social dans lequel elles vivent. Par ailleurs, les citoyens qui choisissent de prendre soin d'un membre de leur famille en situation de fragilité constituent une aide irremplaçable pour les institutions. La valeur de la famille pour l'ensemble de la société doit être soutenue *in primis* par les familles elles-mêmes qui, en s'acquittant, de par leur nature, des fonctions de procréation, de soins, d'éducation, d'aide réciproque, peuvent, dans certaines situations particulières, ne pas avoir conscience de la portée de cette valeur et de la ressource que celle-ci représente pour tous. En outre, une planification régionale précise facilite, et valorise, le rôle direct de la famille dans les processus de croissance et d'amélioration du bien-être social, ainsi que de cohésion communautaire. C'est la raison pour laquelle, dans un esprit de continuité avec le Plan 2006-2008, la famille et la solidarité familiale représentent, pour le présent Plan également, une ressource irremplaçable dans l'alliance pour la santé et le bien-être de la population. Il faut donc encourager, primer et aider les familles qui entendent se reconstituer comme principale ressource d'affection, de soins et d'accueil lorsque l'un de leurs membres est en situation de besoin, de difficulté ou de fragilité. Dans le cas des personnes

handicapées, les alliances ne doivent pas concerner uniquement la famille et les institutions, mais également le monde du travail, des entreprises, de la formation et de la coopération sociale, pour qu'il soit possible de concevoir des formes de réponse globale, et si possible durables dans le temps, aux demandes d'insertion dans un emploi intéressant bien que protégé, un emploi qui ne relève pas simplement de l'aide sociale, mais qui soit inséré dans une filière de production liée au tissu économique régional. Ce projet vise à une politique d'inclusion globale et attribue une valeur tangible aux compétences résiduelles de chaque personne, notamment des personnes handicapées, en rendant à celles-ci, ainsi qu'à leurs familles, la dignité des personnes qui se sentent utiles à leur communauté d'appartenance et, de ce fait, pleinement accueillies par celle-ci.

Les mineurs en difficulté

La collaboration et l'alliance entre les institutions ou organismes de tutelle se révèlent stratégiques dans le secteur social pour protéger les personnes qui sont particulièrement à risque de vulnérabilité, tels que les mineurs en difficulté. Dans le vaste éventail des actions mises en place sur le territoire régional en faveur des mineurs abusés et maltraités, la constitution du groupe de coordination interinstitutionnelle³⁰ en tant que lieu privilégié de dialogue et de proposition interdisciplinaire, a joué un rôle fondamental dans l'évolution et dans le partage des exigences et des aspects professionnels liés à une condition aussi complexe et fortement caractérisée par le besoin d'insertion et de collaboration entre les différentes personnes institutionnelles impliquées. À la suite du travail triennal effectué jusqu'ici, nous estimons opportun de multiplier et d'étendre les activités, déjà lancées, de sensibilisation sur le territoire et d'accroître le nombre des personnes à impliquer (p. ex. les groupes d'animateurs d'aumônerie, les groupes de bénévoles qui côtoient des enfants, etc.). Puisque l'efficacité de ces activités dépend de la consolidation et de l'acquisition des capacités en matière d'application de connaissances et d'instruments adaptés, il s'avère nécessaire de procéder, parallèlement, à des initiatives de suivi de l'activité exercée, afin d'évaluer les retombées de celle-ci sur le plan opérationnel et d'orienter ainsi toute nouvelle proposition vers une meilleure efficacité.

Les alliances pour des projets sociaux responsables

Sauf dans les cas où il est nécessaire de gérer des criticités, il y a lieu de rechercher une alliance responsable à l'échelon local et de favoriser toute initiative de programmation participée au niveau des choix de gestion des priorités dans le cadre des besoins de la communauté et, par conséquent, de parvenir à une allocation partagée des ressources, en développant convenablement et en élargissant l'expérience déjà menée pour réaliser premier Plan de zone de la Vallée d'Aoste (dont nous parlerons plus dans le détail dans l'une des prochaines lignes directrices). Déjà lancé en Vallée d'Aoste³¹, ce mécanisme de responsabilisation des citoyens face aux décisions et à la gestion des ressources s'est avéré utile tant pour accroître le consensus et renforcer la connaissance des processus administratifs de gouvernement que pour améliorer la prise de conscience des personnes en ce qui concerne les demandes qu'elles expriment.

³⁰ Délibération du Gouvernement régional n° 1114 du 27 avril 2007.

³¹ Un exemple est le projet d'une Commune valdôtaine de la ceinture d'Aoste présenté sous le titre « Scelte pubbliche e governo locale : la sfida della sostenibilità » au Congrès intitulé « Le scelte di responsabilità sociale e la governance locale », qui a eu lieu à l'Université de la Vallée d'Aoste le 22 octobre 2009.

Les actions

Alliances pour la santé

Pour créer des alliances pour la santé, il y a lieu :

- de planifier des actions de promotion de la santé qui affrontent de manière globale les 4 principaux facteurs de risque (tabac, alcool, mauvaise alimentation et inactivité physique) selon une approche qui ne concerne pas uniquement les aspects sanitaires mais aussi les implications environnementales, sociales et économiques et qui prévoit le partage des objectifs par tous les acteurs impliqués (administrations centrale et régionale, collectivités locales, secteur privé) ;
- de promouvoir une collaboration interinstitutionnelle concrète, notamment entre le monde de l'école et le monde de la santé, afin de favoriser les comportements sains dans des phases de la vie où l'on acquiert des habitudes qui s'enracineront et constitueront les principaux facteurs de risque des maladies chroniques ;
- de continuer et de multiplier les initiatives, tant à l'échelon local que dans le cadre de programmes nationaux ou européens plus vastes, concernant la prévention primaire, l'éducation à la santé et la promotion de la santé ;
- d'élargir à tout le territoire régional les expériences vertueuses en matière de prévention active réalisées dans certains secteurs territoriaux ou districts, compte tenu de la spécificité desdits secteurs, en valorisant les réseaux locaux, les lieux et les moments de sensibilisation que des choix largement participés peuvent rendre plus efficaces ;
- de promouvoir l'étude et la réalisation de plans de promotion de la santé dans une forme conjointe et partagée entre l'hôpital et le territoire, sur des thèmes spécifiques d'intérêt épidémiologique régional ;
- de favoriser la méthodologie de travail en réseau et de concrétiser des alliances entre les Communes, les Communautés de montagne et l'Agence USL (dans son articulation en districts) aux fins de la planification et de la production de réponses organisées à des problèmes locaux spécifiques de santé et de bien-être ;
- de construire, dans chaque secteur territorial (p. ex. le district socio-sanitaire), des alliances stables entre les opérateurs intéressés par la santé (Communautés de montagne, Communes, écoles, bénévoles et médecins de famille), les citoyens et le contexte de référence (bibliothèques, *pro loco*, etc.) en investissant surtout dans la conscience du bien santé et des comportements à risque des nouvelles générations ;
- de réaliser des alliances entre les Communes et les institutions régionales pour la santé et le bien-être (p. ex., accidents de la route et planification urbaine, école maternelle et élémentaire et sports, sédentarité et espaces verts équipés pour les sports dans les communes), entre autres par la rédaction de pactes interinstitutionnels pour la santé et le bien-être en vue de la réalisation du projet « Communes amies de la santé » ;
- de maintenir des moments de rencontre entre l'Agence USL et les représentants des citoyens (« audit civique ») en adaptant les méthodes utilisées compte tenu de l'évolution des indications fournies à l'échelon national, afin de consolider et d'améliorer les procédures d'évaluation en vigueur.

Les urgences sanitaires

Pour les urgences sanitaires, il y a lieu :

- d'acquérir des informations plus complètes sur les caractéristiques du territoire et sur sa structure, y compris sur les réseaux de suivi déjà présents, pour procéder à l'élaboration des scénarios de risque et pour identifier les objectifs à atteindre ;
- de rédiger un plan régional qui prévoit, en cas d'urgence sanitaire :
 - l'institution d'un réseau intégré entre toutes les personnes compétentes en matière d'urgences sanitaires ;
 - l'attribution de la responsabilité aux organisations et aux individus pour effectuer des actions spécifiques, conçues au titre d'une urgence qui dépasse la capacité de réponse ou la compétence de chaque organisation ;
 - la description de la manière dont les actions doivent être coordonnées, y compris les relations entre les organisations ;
 - la description des modalités de protection des personnes et des propriétés en cas de situations d'urgence ou de catastrophes ;
 - l'identification du personnel, de l'équipement, des compétences, des fonds et des autres ressources pouvant être utilisés pendant les opérations de réponses et de récupération ;
 - l'identification des modalités à respecter pour améliorer les conditions de vie des personnes éventuellement évacuées de leur habitation ;
 - la formation et les exercices de simulation comme procédures pour aider le personnel appelé à intervenir en cas d'urgence à se familiariser avec les responsabilités qui lui sont attribuées et à acquérir les capacités pour remplir les fonctions y afférentes et non seulement comme moments de validation et de vérification des contenus du plan lui-même et des capacités opérationnelles et de gestion du personnel ;
 - le renforcement en Vallée d'Aoste de l'observatoire épidémiologique vétérinaire en réseau institué entre tous les acteurs techniques et scientifiques intéressés, en collaboration avec l'*Istituto zooprofilattico sperimentale Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta*.

Pour l'hygiène environnementale et la sécurité sur les lieux de travail

Pour l'hygiène environnementale et la sécurité sur les lieux de travail, il y a lieu :

- de réaliser, conjointement avec les structures et les professionnels compétents en matière de protection de l'environnement, des moments de sensibilisation destinés à la population, diversifiés par secteur territorial en fonction de déterminants spécifiques, sur les implications entre santé et respect de l'environnement, entendu comme déterminant reconnu de l'état de santé de la population ;
- de vérifier la faisabilité de formes de collaboration technique et scientifique entre organismes compétents en matière de protection de la santé publique et organismes compétents en matière de protection du territoire et de l'environnement, aux fins du choix d'outils de lecture partagés de l'état de santé de la population compte tenu des déterminants environnementaux ;
- d'approuver, par acte du Gouvernement régional, les lignes directrices à l'intention des Communes, pour que celles-ci adoptent (ou le renouvellent, s'il existe déjà) un règlement d'hygiène urbaine portant notamment dispositions en matière de fosses à fumier et de transport des déjections animales dans des dépôts ad hoc, qui soit conforme aux plus récentes dispositions en la matière et aux spécificités du territoire valdôtain, ainsi qu'il est prévu par les lignes directrices régionales en cause ;
- de vérifier la transposition des lignes directrices régionales dans les règlements communaux susmentionnés ;

- de soumettre à surveillance ou à vérification des conditions fixées par les lignes directrices régionales les fosses à fumier créées sur le territoire des communes valdôtaines par les services vétérinaires ;
- de charger l'Agence USL de préparer des plans spécifiques de formation et d'information destinés aux secteurs de production les plus à risque d'accident du travail en intensifiant le rôle de prévention plutôt que le rôle de sanction.

Pour les animaux domestiques

Pour les animaux domestiques, il y a lieu :

- de modifier la loi régionale n° 14 du 28 avril 1994 (Dispositions pour la protection et le traitement correct des animaux familiers) pour accueillir les principes généraux de protection du bien-être des animaux, pour lutter contre toutes formes de maltraitance en adoptant des dispositions qui indiquent les comportements corrects, ainsi que pour sensibiliser les propriétaires afin qu'ils tiennent correctement leur animal dans les lieux publics et pour garantir à la fois la sécurité des personnes et le respect de l'animal ;
- de lutter, à l'aide du système de sanctions prévu par ladite loi, contre les comportements incorrects, en mettant fin aux pratiques inconvenantes, telles que l'entraînement pour les combats clandestins, et de faciliter la tâche des agents chargés de constater les violations ;
- de réglementer, par ladite loi, la gestion, le transport et le commerce des animaux, en renvoyant toutes dispositions spécifiques au règlement d'application y afférent ;
- de renforcer les mesures de lutte contre la divagation des chiens et des chats (nouvelles campagnes de stérilisation et activités de sensibilisation et d'information dans les écoles, en collaboration avec l'Ordre des vétérinaires) ;
- de promouvoir, par l'intermédiaire des Communes et de l'Agence USL, des cours de formation visant à favoriser une bonne entente entre le propriétaire et son chien, afin de permettre l'intégration de celui-ci dans le contexte social ;
- d'évaluer la faisabilité de la réalisation d'un projet pilote de permanence vétérinaire les urgences relatives et absolues.

Les alliances dans le social

Pour créer des alliances dans le domaine social, il y a lieu :

Au niveau du macrosystème :

- de participer à des rencontres et à des initiatives de collaboration concrète, à l'échelon national et international (notamment en Francophonie), avec les administrations publiques et la communauté scientifique sur des thèmes stratégiques d'intérêt régional, ainsi que d'en promouvoir ;
- de mettre en place un réseau d'échanges de bonnes pratiques et de recherches expérimentales entre les structures administratives publiques compétentes en matière de politiques sociales qui sont situées en territoire de montagne et bénéficient d'un niveau élevé d'autonomie politique et de gestion ;

Au niveau du mésosystème et du microsystème :

- de promouvoir des collaborations systématiques entre l'Administration régionale et les collectivités locales en vue de la réalisation de projets expérimentaux visant à optimiser les ressources humaines et économiques, évaluer la qualité, simplifier les procédures et pratiquer le *benchmarking* (ou analyse comparative) pour l'administration publique dans des secteurs d'intervention d'intérêt commun ;

- d'encourager la création de pactes entre les assessorats régionaux compétents, les collectivités locales et les associations de bénévoles pour la promotion de la santé et du bien-être social, concernant les styles de vie (tabac, alcool, sédentarité, etc.), l'éducation à la citoyenneté et la valeur sociale et préventive des sports et des activités culturelles, récréatives et artistiques ;
- de prévoir des « agents de liaison » entre les différents acteurs impliqués dans un processus de prise en soins, ainsi que des référents de ces derniers, en renforçant le rôle, la responsabilité et la visibilité du *case management* (ou gestion de cas), porté par un référent unique qui joue un rôle d'interface avec les différents services/opérateurs du système intégré sanitaire, social et d'aides et de soins à la personne en situation de fragilité ou de besoin particulièrement complexe.

Pour les familles

Pour développer les alliances pour la famille, il y a lieu :

- de sensibiliser les administrations locales à l'organisation d'initiatives destinées à la famille afin d'augmenter la conscience de la valeur que celle-ci représente et les retombées de l'action administrative sur celle-ci ;
- de favoriser les expériences concrètes de subsidiarité horizontale en étant à l'écoute des familles, entre autres par l'intermédiaire des associations qui les représentent ;
- d'impliquer le secteur du bénévolat dans la recherche de solutions et dans l'encouragement des formes de solidarités existantes ;
- de valoriser les groupes de travail interinstitutionnels déjà actifs, qui impliquent assessorats et collectivités locales sur ce thème, non uniquement comme lieu de consultations et d'informations mais aussi en tant que promoteurs de parcours à suivre et de finalités à atteindre concrètement dans des délais préétablis ;
- de soutenir les initiatives de solidarité familiale qui se développent en dehors des institutions et d'en encourager la diffusion dans des champs d'application précis ;
- d'imaginer des parcours de formation visant à l'augmentation de la conscience de la valeur de la famille en tant que sujet social, à l'identification de ressources familiales susceptibles de représenter une aide pour les personnes dépourvues de liens familiaux significatifs et à la définition d'instruments et de méthodes pour la création de réseaux entre familles au sein des différentes communautés d'appartenance ;
- de continuer à soutenir, entre autres financièrement, les projets d'auto-organisation familiale, pour reconnaître et encourager l'aide réciproque entre familles en cas d'exigences communes telles que, par exemple, les soins aux enfants ou l'aide aux devoirs en dehors des horaires scolaires ;
- d'offrir des parcours de formation aux familles disposées à des actions d'accueil volontaire ou de placement familial et de valoriser les formes spontanées existant déjà entre les familles étrangères, dans le but de développer des compétences pouvant également être utilisées selon des modalités simples d'accueil et d'aide à d'autres familles en difficulté.

Pour les personnes fragiles

Pour une alliance en faveur de toute personne, éventuellement en situation de fragilité, il y a lieu :

- d'aider, économiquement et par des projets de sensibilisation culturelle et d'information, les initiatives d'aide mutuelle entre personnes proches et possédant des compétences informelles et des personnes en besoin d'assistance, en situation de solitude ou d'isolement social ;

- de favoriser, entre autres avec la collaboration du secteur du bénévolat, le développement d'une culture de l'aide mutuelle et de l'auto-assistance entre personnes qui partagent des parcours existentiels fortement caractérisés en termes de difficulté, de malaise, de déviance ou de dépendance ;
- de lancer, dans le cadre de la promotion de l'autonomie des personnes handicapées et en collaboration avec des organismes de recherche agréés, l'étude de projets d'autonomie personnelle, entre autres en milieu domestique, avec des retombées sur la vie quotidienne, par l'expérimentation de nouvelles solutions architecturales et instrumentales susceptibles de faciliter la vie relationnelle ;
- de créer des alliances opérationnelles stables entre les structures compétentes en matière de santé et de politiques sociales, les structures compétentes en matière de politiques de l'emploi et de la formation, la coopération sociale et l'entrepreneuriat local, afin de concevoir et de gérer en commun un réseau d'ateliers occupationnels pour personnes handicapées ;
- de favoriser l'insertion de toutes les personnes fragiles (handicapés, personnes peu qualifiées, chômeurs adultes, etc.) dans le marché du travail et de la formation en créant des pactes interinstitutionnels stables.

Pour les sans-logement

Pour les alliances dans le domaine de l'hébergement d'urgence, il y a lieu :

- de prévoir la réalisation, par les collectivités locales en synergie avec les services sociaux, des actions de médiation aux fins de l'accès au logement et de garantir un accompagnement dans le processus de recherche d'un logement, notamment aux personnes en situation de très grande précarité, telles que, par exemple, les extracommunautaires, qui rencontrent souvent aussi différentes formes de discrimination, d'abus et d'exploitation ;
- d'instituer une banque de données et de la mettre à la disposition de tous les acteurs qui, à divers titres, s'occupent du problème du logement, pour coordonner les différentes actions ;
- de passer des accords et de renforcer les procédures avec les collectivités locales aux fins de l'application des plans d'élimination des barrières architecturales (PEBA).

Pour les mineurs en difficulté

Pour les alliances en faveur des mineurs en difficulté, il y a lieu :

- de continuer le travail de sensibilisation des personnes intéressées à faire appel au conseil offert par le groupe de coordination interinstitutionnelle sur la maltraitance et l'abus ;
- de rendre plus systématique la pratique de collaboration entre les services socio-sanitaires et les organes judiciaires pour répondre à des besoins territoriaux précis et à des usagers particuliers ;
- de vérifier l'efficacité de l'utilisation des indicateurs définis dans les lignes directrices approuvées par la délibération du Gouvernement régional n° 1114 du 27 avril 2007 au sujet de l'institution, par les opérateurs intéressés, du groupe de coordination interinstitutionnelle sur la maltraitance et l'abus des enfants et des adolescents ;
- de continuer les actions de sensibilisation et de formation des opérateurs et/ou des personnes qui, à divers titres, travaillent en contact avec les mineurs, aux fins de l'acquisition et de l'amélioration des instruments nécessaires pour faire face aux problèmes de l'abus et de la maltraitance des mineurs.

actions de simplification lancées en 2009 ou en 2010 et s'occuper notamment des parcours d'accès aux services sanitaires. Plus précisément, de nouveaux parcours doivent être expérimentés pour l'accès aux services de prévention, territoriaux et hospitaliers, avec une attention particulière aux malades atteints de pathologies chroniques, qui font l'objet de contrôles fréquents ou de suivi régulier. À titre de complément de la simplification administrative et procédurale, les nouvelles technologies disponibles, qui permettent et facilitent les contrôles de santé à distance, peuvent également être utilisées au profit des citoyens, surtout de ceux qui résident dans des communes décentralisées.

La simplification pour le social

Le présent Plan indique la réduction des délais d'attente pour les réponses de certains services sociaux comme l'une des priorités opérationnelles et vise à la réduction, dans l'activité future, des demandes de documentation aux citoyens – en privilégiant les systèmes d'autocertification et en destinant une partie du temps de travail des employés publics aux actions de contrôle et de vérification de la fiabilité des données fournies par les citoyens (entre autres par l'intermédiaire de l'accès télématique direct au registre communal de la population) – ainsi qu'à la définition de protocoles pour abréger les délais de réponse aux demandes d'aide économique par la mise en place de formes d'automatisation des procédures de rédaction des formulaires et de lecture synthétique de ces derniers au profit de la commission d'évaluation.

Les actions

Dans la santé

Pour la simplification dans la santé, il y a lieu :

- de définir les parcours où la consommation de ressources sanitaires est significative et la demande élevée et d'expérimenter, sur lesdits parcours, des modalités simplifiées d'accès, transversales aux différentes compétences concernées au titre de la réponse au besoin complexe ;
- de créer des circuits vertueux, entre autres en impliquant les médecins généralistes, pour éliminer ou réduire les obligations administratives à la charge des usagers qui font l'objet de contrôles sanitaires fréquents ;
- de promouvoir, de concert avec les organismes compétents, un réseau télématique entre les cabinets des médecins de famille et les micro-communautés, afin de créer un réseau d'information susceptible d'aider la gestion en ligne bidirectionnelle (des services au citoyen et de celui-ci aux services) ;
- d'améliorer les procédures administratives de vérification des exonérations ;
- de définir des modalités opérationnelles susceptibles de faciliter le paiement des tickets modérateurs, notamment sur le territoire ;
- d'expérimenter des modalités de réservation en ligne ou par l'intermédiaire de la chaîne numérique terrestre ;
- de lancer l'expérimentation des projets de téléassistance ;
- de simplifier la communication institutionnelle (langages, contenus synthétiques, aspects graphiques, etc.) sur le web, les formulaires et les brochures illustratives aux fins, entre autres, de faciliter l'accès y afférent aux personnes exposées au risque de désavantage social.

Dans le social

Pour la simplification dans le social, il y a lieu :

- de définir les parcours principaux de demande de services ou de prestations (pour ce qui est de la quantité et des coûts pour le service public) afin de simplifier l'accès des citoyens et la gestion entre les différents opérateurs, ainsi que d'optimiser les prises en charge et l'efficacité ;
- de créer des flux d'information et des banques de données entre les bureaux de l'Administration et les autres organismes publics, pour partager la documentation requise aux citoyens qui demandent une subvention ou un service, en évitant à ces derniers de présenter plusieurs fois les mêmes pièces aux différents secteurs de l'administration publique ;
- de garantir l'accessibilité des fiches familiales d'état civil aux services sociaux intéressés afin d'améliorer l'efficacité et l'équité de leur réponse et d'optimiser la planification des services et des aides concernés (simplification administrative interne) ;
- de développer la possibilité de réserver et d'accomplir certaines démarches en ligne et d'évaluer la faisabilité des guichets uniques ;
- de rationaliser le système des commissions d'étude, des groupes de travail et des rencontres de programmation de façon à réduire les délais décisionnels sans perdre le niveau de partage des changements ;

- de simplifier la communication institutionnelle (langages, contenus synthétiques, aspects graphiques, etc.) sur le web, les formulaires et les brochures illustratives aux fins, entre autres, de faciliter l'accès y afférent aux personnes exposées au risque de désavantage social et de rendre les contributions technico-professionnelles plus pertinentes dans les contenus et synthétiques dans la forme, par l'utilisation de procédés d'évaluation codifiés ;
- de redéfinir les formulaires et les styles de rédaction adoptés dans les rapports présentés par les différents professionnels impliqués ou par les équipes multidisciplinaires.

n° 5	VALORISER LES COMPETENCES DES CITOYENS ET DES OPERATEURS COMME MOYEN ET FIN DE TOUTE ACTION D'AMELIORATION DE LA SANTE ET DU BIEN-ETRE
-------------	---

Pourquoi les compétences

Au sujet de la santé et du bien-être, chaque société et chaque époque fournissent des descriptions, des évaluations et des jugements qui sont cohérents et conformes aux tendances principales. Il arrive ainsi que les principes qui poussent les personnes à rechercher davantage de santé et de bien-être social soient axés sur les mêmes modèles de consommation que ceux de beaucoup d'autres biens de large diffusion. Du point de vue de la logique organisationnelle, l'attention discontinuée consacrée aux dynamiques avec lesquelles se forme la demande est l'un des problèmes du Service sanitaire, et, pour certains aspects, du Service social public également, puisqu'il n'est pas suffisant de concentrer l'attention sur la rationalisation de l'offre pour produire un service efficace et efficient. Créer des compétences signifie doter de moyens de connaissance et d'évaluation les individus qui sont appelés, les premiers, à reconnaître leur besoin, soit les porteurs d'intérêt, pour qu'ils puissent en identifier la cause et, si possible, se poser eux-mêmes comme principale ressource pour satisfaire ledit besoin ou pour empêcher toute récurrence. Il s'agit là d'un investissement particulièrement important, notamment lorsqu'il a pour cible les jeunes, qui, par ailleurs, peuvent profiter de la possibilité de choisir d'effectuer des expériences de service à la société pour développer davantage leurs compétences. La valorisation de celles-ci comme moyen et fin de toute action d'amélioration de la santé et du bien-être dans une logique de consolidation et de soutenabilité concerne donc, d'une part, le porteur d'un besoin et, d'autre part, la personne qui est institutionnellement préposée à satisfaire ledit besoin. Par conséquent, à un citoyen de plus en plus compétent doit correspondre un opérateur pareillement compétent, tant en termes de professionnalisme technique qu'en termes de lecture des dynamiques qui influencent (im)proprement la demande.

Le présent Plan dessine sa stratégie d'action en tenant compte de ces deux finalités complémentaires.

Les compétences pour la santé

Dans la société actuelle, le modèle culturel prédominant amène les personnes à considérer les maladies, quelles qu'elles soient, non comme des événements possibles de la vie, mais comme des conditions contre lesquelles il faut lutter par tous les moyens, indépendamment de leur sévérité et sans prendre en compte la coresponsabilité individuelle au niveau du style de vie ni les éventuelles évaluations d'appropriation. Prendre soins de soi c'est, en premier lieu, adopter des styles de vie plus salutaires. C'est la raison pour laquelle toute initiative visant à promouvoir des styles de vie corrects dès l'enfance doit être encouragée et coordonnée sur le territoire, entre autres en collaboration avec d'autres institutions, notamment avec les institutions scolaires. La culture dominante engendre fréquemment des comportements et des modèles de consommation acritiques, parfois pervers ou dangereux, souvent inappropriés, inopportuns et coûteux pour les personnes, en termes d'argent et d'anxiété, et pour la collectivité, en termes d'organisation et de soutenabilité. En effet, les personnes saines tendent à effectuer des contrôles sanitaires périodiques bien plus fréquemment aujourd'hui qu'il y a quelques décennies, souvent sans facteurs de risque liés aux maladies qu'elles sont persuadées de combattre par des examens et des contrôles qui s'avèrent inappropriés. Par ailleurs, ces comportements entraînent de lourdes conséquences éthiques sur la collectivité et sur les systèmes sociaux, ainsi que d'importantes retombées au niveau de la durabilité économique et financière, car ils concernent une « médecine des bien-portants », soumise plus à des logiques de marché qu'au désir de responsabiliser raisonnablement toute personne à maintenir et à protéger son patrimoine de santé et de bien-être. Par ailleurs, afin de retarder tout recours à des tiers,

il ya lieu d'encourager et d'accroître, par les formes les plus efficaces, les compétences des personnes en matière de maintien ou de recouvrement de la santé. Cela comporte aussi bien la communication des facteurs de risque des principales maladies chroniques et graves que la responsabilisation de chacun aux fins de l'adoption de styles de vie et de la réalisation de contrôles dont l'efficacité est reconnue (typologie et périodicité) pour protéger la santé et lutter contre le risque de maladie. Tout investissement sur les connaissances et les comportements responsables est d'autant plus efficace si l'on différencie les modalités de communication en fonction du niveau social et de l'âge des personnes cibles. Ce processus, informatif, éducatif et culturel, connu sous le nom d'*empowerment*³² dans les récents documents de santé publique adoptés à l'échelon national, est reconnu par l'OMS à plusieurs reprises³³, ainsi que par les actions communautaires, comme l'une des préconditions pour favoriser la santé et le bien-être pour tous. À l'échelon européen, c'est le « Programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique (2008-2013) » qui en parle et, à l'échelon national, on en retrouve une première trace dans le plan sanitaire national 2006-2008. Trois différentes perspectives sont à prendre en compte, à savoir celle psychologique, celle organisationnelle et celle communautaire. L'*empowerment* psychologique est axé sur la conviction des personnes de pouvoir influencer les décisions qui ont des retombées sur leur vie, y compris dans le domaine de la santé et du bien-être, sur la capacité de celles-ci de comprendre le milieu socio-politique dans lequel elles vivent et sur leur participation à des actions collectives visant à influencer les facteurs susceptibles d'améliorer leur propre santé. La perspective organisationnelle se réfère aux processus et aux structures organisationnelles qui augmentent la participation des personnes et améliorent l'efficacité de l'organisation en vue de la réalisation de leurs propres finalités. L'*empowerment* communautaire est centré sur l'action collective qui vise à améliorer la qualité de vie et les relations entre les organisations et les agences présentes au sein de la communauté. Par ce type d'*empowerment* se réalise la « communauté compétente » où tous les citoyens possèdent les compétences, la motivation et les ressources pour entreprendre des activités susceptibles d'améliorer leur propre vie.

Le présent Plan considère l'*empowerment* comme essentiel pour deux facteurs stratégiques au moins dans le cadre de la planification régionale en matière de santé et de bien-être. Le premier facteur concerne le rééquilibrage – individuel et collectif – des niveaux actuels de responsabilisation des besoins de santé et d'aide sociale. Le deuxième concerne la limitation de l'augmentation des demandes inappropriées adressées au Service sanitaire régional et la mise en place d'un « pacte de subsidiarité » plus efficace, solidaire et durable entre les citoyens et ledit service.

Les investissements sur la santé et le bien-être des jeunes

Investir sur les jeunes peut amener, dans le futur, à de meilleurs profils de santé et de bien-être général et, pour le système, à une optimisation des ressources destinées à la santé. Pour parvenir à une bonne santé, ou pour maintenir celle-ci, il faut savoir reconnaître qu'il est important d'adopter un style de vie correct ou de le modifier en cas de mauvaises habitudes. Pour ce faire, toute personne doit prendre conscience de son état, acquérir les compétences et les informations nécessaires et les accroître en participant à des actions ciblées d'éducation et de sensibilisation active. Les contextes familiaux, scolaires et sociaux (lieux de rencontre et de fréquentation) sont également importants aux fins de l'adoption de comportements, d'attitudes et de styles de vie particuliers, surtout pour les enfants et les adolescents. Il devient donc stratégique et utile de promouvoir la santé (entendue non uniquement comme absence de maladie) à l'école, avec l'aide des enseignants, des élèves, des familles et des opérateurs socio-sanitaires qui doivent travailler en synergie et en collaboration pour amener les jeunes générations à un état de bien-être psycho-physique et social. Éduquer la population, notamment les jeunes, à adopter des comportements

³² *Empowerment* : il s'agit de l'un des mots étrangers qui n'ont pas de correspondant en italien. Il indique l'ensemble des connaissances, des habiletés relationnelles et des compétences qui permettent à une personne ou à un groupe de se poser des objectifs et d'élaborer des stratégies pour les obtenir, en utilisant les ressources existantes.

³³ Déclaration d'Alma-Ata (1978), Charte d'Ottawa (1986), Déclaration de Jakarta (1998), Charte de Bangkok (2005).

sains, à exercer régulièrement une activité physique et à se nourrir correctement renforce l'estime de soi et sert à prévenir le risque de maladies graves, la naissance de dépressions et de troubles du comportement et à lutter contre la dépendance à des substances nocives.

Le présent Plan confirme donc la priorité des programmes de lutte contre le tabagisme, contre la consommation de substances stupéfiantes et contre l'abus d'alcool auprès de la population valdôtaine, et notamment chez les jeunes, selon les modalités visées à la ligne directrice n° 3 sur les alliances, qui veillent à impliquer tous les acteurs, à coordonner les actions en cours relatives à un même facteur de risque et qui prévoient l'évaluation des actions mises en œuvre, tant en termes d'indicateurs de processus que de résultats attendus.

La formation dans le secteur de la santé

La valorisation des ressources humaines par des programmes ciblés de formation professionnelle assure la présence de professionnels compétents et capables de répondre au mieux aux demandes de prestations et de satisfaire aux besoins de la population régionale. Les politiques de développement des capacités professionnelles visées au Plan précédent restent actuelles et sont confirmées au titre de la période 2011-2013, étant donné l'importance que les ressources humaines et leur formation ont dans la fourniture des soins de santé.

Il apparaît donc nécessaire de poursuivre les collaborations avec les institutions académiques pour la formation de professionnels spécifiques ainsi que des spécialistes, médecins et non, qui ont déjà permis, dans le passé, de satisfaire les besoins professionnels du Service sanitaire régional.

Une attention particulière doit également être consacrée à la formation complémentaire des professionnels de santé et des dirigeants, afin d'accroître aussi bien les compétences et le professionnalisme de chacun que l'efficacité et l'efficience des services fournis aux citoyens. Par ailleurs, le présent Plan reconnaît la formation continue des personnels de santé en tant qu'élément essentiel des soins et mesure assurant la qualité des services fournis : à cette fin, il encourage la formation également par le biais de la collaboration avec des partenaires nationaux et internationaux dans une optique de développement des compétences pour tous. L'activité de formation est planifiée selon une périodicité triennale dans le cadre du Plan annuel de la formation approuvé par l'Agence USL. Le rôle des actions de formation prévues dans ledit plan est particulièrement important pour le personnel de l'Agence car c'est par lesdites actions que celle-ci poursuit des objectifs d'ordre organisationnel, clinique et de gestion sur des thèmes définis dans le cadre de la planification triennale de la formation. Les personnels qui participent à ces actions doivent pouvoir obtenir les crédits de formation continue ECM (éducation continue en médecine) et partager les modalités d'application des stratégies de l'Agence USL. Par ailleurs, cette dernière se doit de favoriser la formation sur les thèmes stratégiques définis dans le cadre de la planification régionale, ainsi que le transfert de connaissances et l'intégration des professionnels, compte tenu des compétences et des fonctions de chacun. Le présent Plan s'engage à établir, en synergie avec les structures formatives présentes sur le territoire et dans une optique de hausse de la qualité de l'offre de formation, des standards professionnels et un système de certification des compétences par l'intermédiaire d'actions spécifiques ; par ailleurs, il prévoit la mise en place d'actions visant au développement de la formation continue de tout le personnel, en application des normes de référence et des contenus de ses propres lignes directrices.

Les compétences pour le bien-être social

Pour responsabiliser les demandes des citoyens et transformer le système de bien-être (*welfare*) de modèle assistanciel à un ensemble de formes de « protagonisme responsable », il faut investir dans les compétences et dans la prise en compte de la valeur de chaque personne au sein de la communauté, indépendamment de son âge ou de sa condition sociale. Il est opportun de favoriser ce processus chez les adultes, mais il est encore plus important qu'il se réalise chez les jeunes générations, pour garantir la soutenabilité et la durabilité de ce système des services publics, pour

qu'il puisse, malgré des ressources de plus en plus limitées, se maintenir réellement solidaire et rester au même niveau de qualité, au profit de toute personne en situation de besoins.

Les investissements sur la citoyenneté active des jeunes

L'élévation rapide du niveau culturel au cours des trente dernières années a permis de combler les différences de scolarité qui existaient en Vallée d'Aoste jusqu'aux années 70 et de compter aujourd'hui sur une population de jeunes dotés d'esprit d'initiative, d'idées, de compétences et d'outils de conception et de réalisation de projets : les administrations doivent être poussées à repérer et à encourager, éventuellement dans le moyen terme, les initiatives positives des nouvelles générations, ressource irremplaçable pour le tissu social valdôtain actuel et futur. C'est pourquoi le présent Plan entend promouvoir des politiques pour les jeunes visant à aider leur participation active et directe et à les soutenir dans l'élaboration d'idées nouvelles et dans la réalisation de leurs propositions. Participer à la vie de la société signifie en comprendre les mécanismes et les dynamiques, mais aussi se sentir les promoteurs de son développement et de ses valeurs ; signifie bâtir une relation avec les institutions fondée sur la subsidiarité et sur la responsabilité réciproque ; signifie exercer un rôle actif dans la réalisation de son propre bien-être et développer une capacité d'évaluation éclairée des besoins.

Par conséquent, le présent Plan entend promouvoir la présence, la participation active et la prise de responsabilité des jeunes dans la vie publique et sociale de leur territoire et de leur communauté d'appartenance, en facilitant la croissance, chez les adultes aussi, d'une « culture juvénile » au sens de laquelle les nouvelles générations ne soient plus essentiellement perçues comme porteuses de problèmes, mais soient réévaluées et présentées comme ressources actives et fécondes pour la communauté tout entière. Pour favoriser ce processus, le présent Plan prévoit que l'on procède également, pendant les trois prochaines années, à la révision de la loi régionale de référence³⁴. Il faut créer les conditions pour que les élus locaux, les fonctionnaires, les responsables des services, les opérateurs du troisième secteur et les bénévoles des associations engagent les jeunes dans la conception, la planification et la réalisation d'initiatives d'intérêt public, afin de contribuer à édifier une *social community* (ou communauté sociale) moderne et d'augmenter le niveau de responsabilité et d'engagement civil dans le réseau de la gestion et de la décision publique, qui est souvent l'apanage exclusif de la population adulte.

C'est pour ces raisons que le présent Plan encourage la naissance d'occasions d'association et de socialisation, ainsi que de croissance et de développement de l'expressivité et de la créativité des nouvelles générations, entre autres par la mise en place de nouveaux modèles de communication médiatique, et entend valoriser la capacité de construire des partenariats et des collaborations avec des personnes publiques (Communes, Communautés de montagne et districts socio-sanitaires) et privées (coopératives, associations, bénévolat social, etc.) à des fins de bien-être collectif qui impliquent les jeunes Valdôtains.

Toujours dans l'esprit de renforcer chez les jeunes la propension à effectuer des choix de citoyenneté active et responsable, le présent Plan entend donner davantage d'ampleur au service civil, national et régional³⁵. La participation à des projets dans les secteurs de l'assistance, de l'environnement et de la protection civile, de la culture et de l'éducation, en sus de ceux mis en place à l'étranger, fournit, aux jeunes appartenant à la tranche d'âge prévue par la loi régionale en cause, une opportunité précieuse de vivre des expériences de solidarité et d'apprentissage et, parallèlement, de cultiver les valeurs de la citoyenneté active, en mettant au service de la communauté leur temps, leurs connaissances et leurs compétences. Par ailleurs, le choix de consacrer une partie de leur temps au service de la société civile garantit à ces jeunes une formation générique en matière d'éducation civique, de droits humains, de paix et de dialogue interculturel et

³⁴ Loi régionale n° 8 du 21 mars 1997 portant promotion d'initiatives sociales, formatives et culturelles en faveur des jeunes.

³⁵ Loi régionale n° 30 du 16 novembre 2007 portant dispositions en matière de service civil en Vallée d'Aoste.

une formation spécifique sur les activités propres à l'établissement ou aux organismes bénévoles concernés, ainsi qu'un chèque mensuel d'un montant correspondant à celui qui était prévu pour le service militaire obligatoire maintenant supprimé. Pour conclure, le présent Plan reconnaît donc à l'ensemble de ces opportunités une valeur et un caractère d'investissement pour la communauté valdôtaine.

La valorisation des personnes âgées actives

Étant donné le vieillissement de la population, le nombre de personnes de plus de 75 ans augmente de façon exponentielle. Il s'agit certainement d'un signal positif d'une société qui permet, par rapport au passé et malgré ses nombreuses contradictions, à un nombre proportionnellement plus élevé de personnes de vivre des expériences de vie gratifiantes et satisfaisantes même à un âge avancé, à condition qu'elles soient bien soutenues et valorisées. Les sciences sociales et celles médicales reconnaissent que plus une personne reste active et démontre de l'intérêt et de la curiosité, plus elle accroît ses probabilités de bien vieillir, en restant plus longtemps utile à elle-même et aux autres. Vieillir en gardant sa vivacité intacte et en conservant son autonomie est le défi que les nouvelles générations de personnes âgées européennes se préparent à affronter, dans un contexte de bien-être plus diffus, avec le soutien espéré des institutions, auxquelles revient la tâche de promouvoir des actions dédiées et la collaboration concrète de toutes les composantes du territoire, ainsi qu'à l'initiative directe des citoyens. Le vieillissement ne doit donc pas s'entendre uniquement comme un phénomène entraînant une augmentation des demandes d'aide liées à la dépendance et à la chronicité, mais aussi, pour une part croissante de la population, comme la possibilité de vivre une phase de la vie encore riche d'occasions de s'exprimer et de se réaliser. Pour lutter contre les risques de marginalisation, de dépression et de démotivation chez les personnes âgées, le présent Plan entend valoriser les compétences des personnes âgées qui souhaitent se proposer comme une ressource active pour elles-mêmes et pour la communauté dans laquelle elles vivent, en s'engageant, par exemple, dans des formes de bénévolat d'aide mutuelle entre pairs, ou de présence riche, porteuse d'expériences, pouvant épauler les jeunes ou les enfants, ou s'insérant dans d'autres projets de solidarité sociale et civile.

La formation dans le secteur social

Dans une société dynamique et complexe, en ce qui concerne les besoins d'assistance sociale, seule une formation adéquate peut garantir un système de qualité et constituer à la fois un renouvellement et un moyen de promotion sociale et professionnelle. L'engagement en faveur des initiatives de *lifelong learning* (ou éducation et formation tout au long de la vie) destinées au personnel socio-sanitaire et aux différentes aires d'intervention (transversales, technico-professionnelles et socio-relationnelles) continuera au titre de la période 2011-2013 avec la proposition d'activités différenciées non seulement au niveau des thèmes et des destinataires, mais aussi au niveau des approches méthodologiques et des instruments de travail, qui seront le plus innovants possible. Tout ceci sera mis en place en liaison avec le plan général du secteur et avec les autres initiatives de formation organisées en Vallée d'Aoste, en évitant toute dispersion et superposition inutile. En l'absence d'une loi nationale organique en matière de professions sociales, il y a lieu de viser à la qualification de tous les professionnels du secteur socio-sanitaire, socio-assistancial et socio-éducatif, par le biais de la formation initiale, du recyclage, de la formation continue et de la certification des compétences et de la recherche, en collaboration étroite avec les collectivités locales, avec l'Agence USL, avec l'école, avec l'université et avec le troisième secteur, et ce, afin de disposer, à la fin des trois ans, d'opérateurs du secteur social possédant le titre prévu par la réglementation en vigueur, dans le respect des standards de fonctionnement des différents services. L'engagement de l'Assessorat en faveur des initiatives de formation continue se concrétise depuis quelques années en un plan annuel de recyclage du personnel socio-sanitaire chargé de définir son organisation par aires d'intervention (transversales, technico-professionnelles et socio-relationnelles). Les activités sont différenciées non seulement au niveau des thèmes et des

destinataires, mais aussi au niveau des approches méthodologiques et des instruments de travail, qui seront le plus innovants possible et doivent être en liaison avec le plan général du secteur et avec les autres initiatives de formation organisées en Vallée d'Aoste, en évitant toute dispersion d'énergies et toute superposition inutile de propositions analogues.

Les actions

Compétences en matière de santé

Pour favoriser l'acquisition de compétences accrues en matière de santé et de bien-être social, il y a lieu :

- d'ajouter une nouvelle approche aux initiatives de prévention actuelles : pas uniquement de la médecine préventive (examens, contrôles et diagnostics), mais davantage de responsabilité au niveau des styles de vie et du respect des parcours de soins ;
- de favoriser, dans certains secteurs, la participation des opérateurs et des citoyens ou associations de maladies à la définition des besoins pour une planification plus participée à la gestion des services ;
- de sensibiliser et de responsabiliser les élus locaux sur les dynamiques favorisant la planification participée et l'*empowerment*³⁶, entre autres aux fins d'un contrôle accru des dynamiques relatives à la demande de services sociaux (où est-ce qu'elle naît, comment elle se forme et qui est-ce qui l'exprime) et de la durabilité des systèmes locaux de bien-être (*welfare*).

Pour la santé des jeunes

Pour favoriser l'acquisition de compétences accrues en matière de santé et de bien-être chez les jeunes, il y a lieu :

- d'élaborer et d'offrir des programmes fondés sur des preuves scientifiques qui favorisent les compétences, fournissent des informations et soient axés sur la résistance, l'intelligence émotionnelle et l'action psychosociale chez les enfants et les jeunes ;
- de sensibiliser la population, et notamment les jeunes, afin que chacun prenne ses responsabilités quant aux objectifs de promotion de la santé et de prévention des maladies, par exemple en augmentant la conscience de l'importance des choix de vie ;
- de planifier des actions visant à accroître les capacités des personnes à faire face aux situations problématiques telles que le stress, des actions qui développent les « capacités » et les compétences des personnes en les aidant à affronter de manière efficace les situations difficiles et à créer les conditions d'apprentissage susceptibles de leur éviter l'expérience de l'insuccès ;
- de concevoir des programmes de prévention des problèmes liés à l'abus de substances licites et illicites dans les écoles secondaires du premier et du deuxième degré et dans les lieux de rencontres formels et informels pour les jeunes, visant au développement de la connaissance des dynamiques émotionnelles et relationnelles et des facteurs de risque personnels et sociaux chez les adolescents.

Le personnel sanitaire

Pour la formation du personnel sanitaire, il y a lieu :

- d'effectuer le suivi de l'offre de formation présente à l'échelon local et national, de l'offre professionnelle présente « sur le marché » et de l'arrivée prévue de nouveaux opérateurs au cours des prochaines années ;

³⁶ *Empowerment* : il s'agit de l'un des mots étrangers qui n'ont pas de correspondant en italien. Il indique l'ensemble des connaissances, des habiletés relationnelles et des compétences qui permettent à une personne ou à un groupe de se poser des objectifs et d'élaborer des stratégies pour les obtenir, en utilisant les ressources existantes.

- d'optimiser les flux de données entre l'Assessorat et les établissements régionaux (ordres, collèges, assessorat compétent en matière d'éducation et université) aux fins de la création d'une liaison visant au partage des informations relatives à la formation de professionnels de santé ;
- de favoriser la liaison entre les « besoins du système » et l'« offre de formation », aux fins de la formation et/ou de la qualification des professionnels nécessaires au Service sanitaire régional, entre autres par la mise en place de protocoles d'entente et de conventions avec les institutions académiques pour former des étudiants valdôtains dans les disciplines dans lesquelles le nombre de professionnels est insuffisant ;
- de planifier des accords bilatéraux avec une ou plusieurs universités, pour que les étudiants valdôtains puissent accéder aux canaux de formation au titre de toutes les spécialités médicales et les professions sanitaires et que soit garantie une réponse à la nécessité de *turn-over* (ou roulement) des professionnels dont le nombre est particulièrement insuffisant, par des accords visant, entre autres, à garantir l'organisation de stages dans des structures sanitaires régionales.

La formation continue	<i>Pour la formation continue du personnel sanitaire, il y a lieu :</i>
-----------------------	---

- de réaffirmer la valeur du recyclage et de la formation continue, par la promotion de réseaux et d'ententes entre organismes de formation, ordres, collèges et associations sectorielles, pour partager les besoins en compétences et orienter l'offre de manière cohérente ;
- d'actualiser le système régional d'éducation continue en médecine, en application des nouvelles dispositions, avec une attention particulière au développement du processus d'accréditation des *providers* (ou fournisseurs) régionaux, à la discipline des crédits ECM, à la réglementation des sponsors, au système de formation continue et au concours aux dépenses de la part des *providers* ;
- de procéder à la révision ou à la définition des crédits à attribuer aux activités ECM, à savoir : formation résidentielle (*RES*) ; séminaires et congrès ; formation résidentielle interactive (*RES*) ; *training* individualisé (*FSC*) ; groupes d'amélioration ou d'étude, commissions, comités (*FSC*) ; activités de recherche (*FSC*) ; audit clinique et/ou des soins (*FSC*) ; auto-apprentissage sans tuteur (*FAD*) ; auto-apprentissage avec tuteur (*FAD*) ; enseignement, tutorat et autres ;
- de développer, dans des formes innovantes et alternatives, la formation des opérateurs sanitaires (formation à distance, stage, formation sur le terrain, audit clinique, etc.) ;
- d'expérimenter le dossier de formation, individuel et/ou de groupe, qui doit comporter un ensemble d'informations telles que : les objectifs relatifs aux nécessités subjectives et de l'Agence ; la vérification des activités de formation effectuées, sur la base des attestations y afférentes ; l'évaluation triennale des parcours de formation, faite par les organes compétents.

Les jeunes citoyens actifs	<i>Pour favoriser la citoyenneté active chez les jeunes, il y a lieu :</i>
----------------------------	--

- de poursuivre dans la stratégie qui considère le concours d'idées comme la formule à adopter pour proposer des thèmes d'intérêt régional, en laissant aux jeunes une large marge de liberté d'idées et de création et, parallèlement, en planifiant des actions de facilitation et d'accompagnement de la part des techniciens adultes et du personnel administratif de la Région ;
- de promouvoir la réalisation de parcours de formation pour jeunes animateurs territoriaux aux fins de l'acquisition de compétences en matière d'élaboration de projets, de communication, de

- capacité de stimuler le territoire d'appartenance et d'impliquer les pairs, pour les rendre toujours plus des citoyens actifs et responsables au sein de leurs communautés territoriales ;
- de procéder à la révision de la loi régionale n° 8/1997 de façon à :
 - l'actualiser compte tenu des références normatives et culturelles italiennes et européennes ;
 - fournir un soutien normatif à la volonté de promouvoir des idées innovantes et durables des jeunes qui souhaitent expérimenter des activités structurées à moyen terme avant d'entrer dans le monde du travail ;
 - inclure au nombre des initiatives finançables la formation, éventuellement entre pairs, des personnes chargées des politiques sanitaires ;
 - pousser les secteurs de l'administration publique concernés, à divers titre, par les jeunes – notamment la culture, l'éducation, le sport et le tourisme – à partager des opérations concrètes visant à faciliter, dans la vie des jeunes générations, la liaison entre temps libre et temps scolaire, entre vocation et travail, entre passions et engagement citoyen ;
 - favoriser les occasions d'échange et de dialogue entre jeunes valdôtains et jeunes d'autres régions italiennes, européennes et francophones sur des thèmes communs liés à des formes de réalisation de soi, dans le travail, l'expression ou le domaine politico-social ;
 - encourager le dialogue et la collaboration avec les institutions et les organisations d'autres réalités territoriales nationales et internationales compétentes en matière de politiques des jeunes, la réalisation d'actions de formation à l'intention des professionnels concernés et de la population tout entière et l'organisation d'échanges en vue de la confrontation de plusieurs niveaux d'expériences en matière de politiques des jeunes ;
 - promouvoir le Service civil national afin d'attirer davantage de jeunes, en les informant et en les formant à cette expérience de citoyenneté active ;
 - faire fonctionner pleinement le Service civil régional, en prévoyant à la fois davantage de flexibilité et des formules différentes d'encouragement tout en renforçant son ancrage territorial par l'intermédiaire des associations de bénévoles, des collectivités locales et de l'Agence USL ainsi que par l'augmentation du nombre et du type d'organismes intéressés.

Les personnes âgées actives	<i>Pour conserver les compétences des personnes âgées actives, il y a lieu :</i>
-----------------------------	--

- de mettre en place des actions d'information et de soutien pour accompagner le départ à la retraite des personnes arrivées pleinement autonomes à la fin de leur parcours professionnel pour qu'elles ne considèrent pas ce moment de transition comme la conclusion de leur vie active ;
- de fournir aux personnes âgées toutes les informations nécessaires en vue de leur engagement dans des activités de bénévolat et de socialisation, et ce, pour les réorienter vers des occupations utiles en dehors du monde du travail ;
- de concevoir et d'appliquer des mesures susceptibles de favoriser la création d'associations de personnes âgées en tant que moyen de lutte contre les risques d'exclusion sociale et de développement de nouvelles opportunités de relation ;
- d'encourager l'utilisation du temps de non-travail à des fins sociales et de solidarité, à partir de l'aide mutuelle entre pairs, mais aussi de l'aide en faveur de la communauté locale tout entière, selon des modalités de collaboration entre générations, et notamment en faveur des jeunes ;

- de diffuser la culture télématique auprès de la population âgée, en utilisant les nouvelles technologies en tant que médiateurs des relations interpersonnelles et outils pour entretenir les passions et élargir les horizons géographiques et culturels.

Les professions sociales	<i>Pour la formation du personnel social, il y a lieu :</i>
--------------------------	---

- de compléter et ensuite d'actualiser le répertoire des professions sociales et des niveaux de formation minimale y afférente, aux fins de leur insertion dans le système régional des profils professionnels et de certifications des compétences, avec une attention particulière à l'égard des opérateurs socio-sanitaires, des assistantes maternelles, des auxiliaires de vie sociale, des médiateurs interculturels, des référents de structure et des animateurs sociaux ;
- de mettre au point, de concert avec le Département des politiques de l'emploi et de la formation, un système régional de certification des compétences des profils professionnels qui interviennent dans le secteur social ;
- d'organiser des cours de première formation à l'intention des différents profils professionnels déjà réglementés à l'échelon régional lorsque cela est nécessaire et lorsque les procédures de certifications des compétences et de requalification sont insuffisantes pour doter les services des ressources humaines dont ils ont besoin ;
- de compléter les processus de requalification des auxiliaires de soins exerçant leurs fonctions dans le secteur socio-sanitaire public et privé en opérateurs socio-sanitaires ;
- de consolider le plan annuel de formation continue à l'intention des opérateurs socio-sanitaires, socio-assistanciers et socio-éducatifs et de le fonder sur une analyse des besoins fiable et compétente ;
- de renforcer la collaboration avec tous les organismes intéressés à la qualification des opérateurs socio-sanitaires, socio-assistanciers et socio-éducatifs, aux fins du partage des objectifs communs et de la mise en place d'un maximum de synergie dans l'organisation des différentes actions de formation ;
- de consolider les relations avec l'Université de la Vallée d'Aoste afin de réaliser des synergies visant à améliorer la qualité de la formation continue des opérateurs, à améliorer l'organisation des stages dans les services de la région, à développer l'activité de recherche dans le domaine socio-sanitaire, socio-assistanciel et socio-éducatif, ainsi qu'à évaluer la faisabilité de parcours de transformation du titre d'éducateur professionnel délivré en Vallée d'Aoste de 1988 à 1998.

**n° 6 FIXER UN CADRE TERRITORIAL DE PLUS EN PLUS INTERPRETE ET
 ACTEUR DES BESOINS**

Pourquoi le territoire

Il convient de préciser le sens de l'idée sur laquelle se fondent les présentes lignes directrices, car ici « le territoire » ne coïncide pas uniquement avec l'un des secteurs organisationnels et fonctionnels du Service sanitaire et social régional mais prend également le sens, bien plus large, de milieu dans lequel le citoyen vit, manifeste ou laisse cachés et inexprimés ses besoins de santé et de bien-être social. C'est le secteur de compétence du service sanitaire et social, avec ses nombreux professionnels, institutions et organisations qui ont une incidence sur les mécanismes complexes de la demande de biens et de services à la personne et à la famille et de la réponse y afférente.

Dans cette acception, la fixation d'un « cadre territorial » compétent dépasse, dans les intentions, l'esprit de la loi de réforme du Service sanitaire national (loi n° 833/1978), qui prévoyait l'intégration socio-sanitaire uniquement comme modalité de réponse aux besoins sans envisager aucun contrôle des mécanismes complexes qui forment et influencent les besoins eux-mêmes chez les personnes et les familles. Le développement de la qualité et de la pertinence de l'action sociale institutionnelle doit donc trouver plusieurs réseaux sur le territoire entre administrateurs et opérateurs et reconnaître dans le Plan de zone un instrument pouvant constituer la valeur ajoutée des choix et le lieu approprié pour une planification à laquelle participent les secteurs sanitaire, social et intégré, ainsi que le bénévolat, la coopération sociale et les citoyens. Le Plan de zone doit créer, dans les districts et dans les communautés de montagne, des points intermédiaires de collecte, de lecture et d'interprétation des besoins, selon les procédures les plus appropriées, et trouver des solutions aux problèmes locaux spécifiques, par des formes de planification participée et responsable et par le recours à tous les acteurs présents sur le territoire (et particulièrement aux jeunes, qui sont un investissement auquel on ne peut renoncer pour l'avenir de la société valdôtaine), et ce, pour assurer la diffusion du principe de citoyenneté active.

Le secteur de la santé et l'intégration des besoins

Si l'*empowerment* vise à créer un citoyen compétent, entendu comme une personne pleinement capable de s'orienter dans les questions concernant sa propre santé tant au niveau de la prévention que des soins ou, enfin, de la responsabilisation de la demande y afférente, un citoyen compétent doit pouvoir vivre dans une communauté compétente, entendue comme un ensemble structuré de connaissances, de capacités et de comportements nécessaires pour remplir de manière efficace ses fonctions. L'ensemble de ces compétences est indispensable pour gérer les parcours qui améliorent la santé, individuelle et collective, aussi bien en la promouvant (promotion de la santé) qu'en la retrouvant (prise en charge) ou en la maintenant, alors qu'elle est en partie perdue (continuité des soins).

Dans le cadre des besoins de santé, cela signifie réserver à l'hôpital les cas aigus et les urgences, relatives et absolues, qui nécessitent des soins et des technologies de haut niveau, et orienter les autres besoins vers l'offre diversifiée qui existe en dehors de l'hôpital. Pour cette raison, dans le secteur sanitaire, mais surtout dans tous les cas de besoin intégré, social et sanitaire, le présent Plan invite les structures territoriales à rationaliser et à réorienter leurs modalités opérationnelles afin de s'harmoniser avec leurs réelles fins institutionnelles. Par ailleurs, il souhaite plus de synergie et de collaboration entre les différents opérateurs, plus de parcours intégrés, une prise en charge globale accrue des personnes en situation de fragilité, davantage de continuité des soins et une diffusion plus large de la médecine de base moderne, de la médecine associative et de la médecine de proximité. Il y a donc lieu de travailler de façon organique et transversale compte tenu des niveaux où se situent les différents acteurs du système, avec un éventail d'actions visant au

perfectionnement de certaines activités et procédures et à la reconnaissance des rôles et des compétences de chacun, notamment dans des secteurs particulièrement névralgiques où il s'avère opportun d'agir sur certaines criticités. L'appartenance à une zone géographique décentralisée par rapport à l'axe central de la Vallée d'Aoste et, par conséquent, moins pourvues en services, sanitaires et sociaux, au détriment des personnes à mobilité réduite, seules ou âgées, figure au nombre des criticités qui ne peuvent être modifiées.

Afin de faciliter la pleine insertion dans la communauté régionale des personnes résidant dans des villages isolés, lointains ou peu peuplés, le présent Plan favorise les projets de solidarité et de socialisation qui leur sont destinés³⁷. C'est avec cet objectif que le projet expérimental dénommé « assistant de hameau » a été récemment lancé, qui prévoit un opérateur exerçant ses fonctions dans les villages et les lieux expressément indiqués par l'Administration régionale, de concert avec le Conseil permanent des collectivités locales. Le projet en cause vise à identifier les personnes et les familles en situation de besoin que les services sociaux ordinaires n'ont pas encore pris en charge, du fait de leur isolement géographique ou de la condition sociale et sanitaire défavorable dans laquelle elles se trouvent (personnes pauvres, seules, totalement ou partiellement dépendantes), et ce, dans le but de satisfaire leurs petits besoins quotidiens, de les informer sur les services et les opportunités servant à améliorer la qualité de leur vie et de les orienter vers les services appropriés et pertinents à leurs besoins.

L'appropriation et la valorisation de la médecine territoriale

La récupération et la valorisation des compétences de la médecine territoriale doivent progressivement se traduire en une réduction des accès inappropriés aux soins hospitaliers et à une récupération de l'efficacité, à égalité d'efficacité clinique, entre autres par l'adoption de protocoles vérifiés et conformes à la médecine fondée sur les preuves.

Avec cette finalité, le présent Plan prévoit qu'au cours des trois années en cause l'Agence USL pourvoie :

- à réduire les recours inappropriés aux urgences ;
- à réduire les hospitalisations inappropriées ;
- à déplacer le plus possible les soins en dehors de l'hôpital et à les développer ;
- à limiter et à réduire les dépenses pharmaceutiques.

Ce parcours de récupération de l'efficacité gestionnaire doit s'accompagner d'initiatives d'aide visant à garantir un parcours de soins approprié, capable de répondre aux besoins de santé des citoyens par le développement de la collaboration entre l'aire hospitalière et l'aire territoriale. Il y a donc lieu de sensibiliser les médecins sur les logiques de l'Agence, entre autres par des actions de formation ad hoc, et de mettre en place des systèmes d'orientation et d'appropriation des demandes de soins sanitaires. Pour ce faire, il faut impliquer tous les professionnels intéressés à la construction des lignes directrices et des parcours de soins les plus appropriés, entre autres en développant le système d'information de l'Agence avec les données nécessaires au suivi et à l'évaluation des processus en cause. La réalisation d'une plus grande efficacité gestionnaire doit intéresser surtout certains parcours de soins, tels que l'assistance à domicile intégrée (ADI), l'assistance aux malades en phase terminale et l'assistance à domicile programmée, qui nécessitent une coordination accrue. Il est enfin évident que, s'agissant d'efficacité, il importe de définir le niveau de la dépense, et l'écart acceptable, pour chacune des services énumérés ci-dessus.

³⁷ Dans le quatrième rapport de l'Observatoire des politiques sociales (novembre 2008), la section consacrée à l'approfondissement traitait expressément de l'accessibilité, de la mobilité et de l'équité sociale dans une région de montagne, en mettant les bases de l'organisation de services tels que, justement, celui introduit avec la création de l'assistant de hameau.

Le secteur de la médecine territoriale est certainement le plus apte à réaliser les objectifs susmentionnés, par la valorisation et le renforcement des activités existantes, susceptibles de garantir aux citoyens les prestations que l'hôpital ne peut plus assurer, pour des raisons d'appropriation et d'économicité. Il s'avère, par conséquent, nécessaire d'adapter le système actuel de l'offre de la médecine territoriale aux besoins de santé et d'assistance de la communauté, pour qu'il se conforme davantage aux exigences des citoyens, au niveau de la simplification administrative, de la proximité et de l'efficacité des soins. Cela n'est possible que si l'on crée un système de réseau auquel attribuer des fonctions particulières et spécifiques du Service sanitaire public régional, titulaire de compétences et de fonctions assurant, depuis toujours, le suivi sanitaire du territoire. Il s'agit donc de rechercher, pendant la période de validité du présent Plan, le plus de consensus possible et l'accord des opérateurs pour lancer, à titre expérimental, des projets consacrés à la gestion de secteurs spécifiques d'assistance ou de cadres cliniques et épidémiologiques particuliers, surtout dans des zones périphériques et des vallées latérales. Ainsi, aux fins du développement de la médecine territoriale il s'avère nécessaire :

- d'assurer l'assistance à domicile et en établissement, avec des personnels infirmiers ad hoc ;
- de développer la « médecine d'initiative » ;
- d'améliorer la prise en charge des patients souffrant d'une pathologie chronique ;
- de définir des indicateurs de qualité des soins et d'en assurer le suivi ;
- d'évaluer l'appropriation des services et des prestations fournis ;
- de développer les parcours de soins interdisciplinaires intégrés – ambulatoires et à domicile – au profit des personnes âgées, surtout si en situation de fragilité, avec la participation de tous les professionnels exerçant leurs fonctions au niveau du district.

Ces buts seront atteints grâce, entre autres, à la rationalisation et à la réorganisation fonctionnelle et opérationnelle de certains secteurs spécifiques d'intervention tels que, par exemple, la psychologie territoriale, afin de les rendre plus conformes aux besoins et aux conditions d'appropriation, d'efficacité et d'efficience requises.

Le choix de ces nouveaux scénarios pour la médecine territoriale impose la nécessité de donner une impulsion accrue à l'innovation technologique du territoire.

La « médecine d'initiative » et les nouveaux modèles d'assistance primaire

Par ailleurs, le présent Plan estime nécessaire d'adopter et d'expérimenter des modèles innovants de soins de base, à l'efficacité prouvée, fondés sur la « médecine d'initiative ». Face à la prédominance croissante des pathologies chroniques et invalidantes, le système sanitaire a longtemps investi ses ressources surtout dans le secteur des maladies aiguës : il est temps d'opérer un changement. Appliquer aux malades chroniques le même modèle d'assistance qu'aux malades aigus (soit le modèle qui prévoit l'attente d'un événement morbide aigu sur lequel se mobiliser pour résoudre le problème) peut s'avérer inefficace non seulement parce que tardif, mais aussi parce qu'il risque de mobiliser le système, surtout lorsque l'état du malade chronique se dégrade et celui-ci devient un patient aigu. Il y a donc lieu de prendre des mesures efficaces dans une phase clinique antécédente, de prévention de la décompensation et de l'aggravation de la maladie, aux fins de l'élimination des facteurs de risque, du contrôle des éventuelles comorbidités et du traitement de la maladie chronique de base. Opposé au modèle de l'attente, le modèle de l'initiative devient dans ce contexte celui qui s'adapte le mieux à la gestion des maladies chroniques car il est plus efficace dans la gestion des soins primaires, qui sont pour la plupart extensifs et caractérisés par la prise en charge à long terme et dans lesquels la valeur ajoutée est représentée par la capacité d'assurer la continuité des soins et par la qualité des relations qui s'instaurent entre services et usagers, entre thérapeute et malades chronique. Le modèle de l'initiative se fonde donc sur :

- l'évaluation des besoins de la communauté et l'attention consacrée aux déterminants de la santé (ceux socio-économiques également, qui sont à la base des inégalités croissantes dans le domaine de la santé) ;
- la tendance aux actions de prévention, aux activités planifiées et aux interventions proactives (soit susceptibles de prévoir et de prévenir les éventuelles complications et aggravations de la maladie : stratification du risque, contrôle planifié des patients, styles de vie sains, etc.) ;
- la participation et la motivation des usagers ainsi que l'interaction avec les ressources de la communauté (associations de bénévoles, groupes d'auto-assistance, etc.).

La création des registres de pathologie et l'utilisation des systèmes d'information sont certainement très utiles aux fins de la réalisation des activités relevant de la « médecine d'initiative ».

Le territoire en tant qu'expression et évaluation des besoins sociaux

Le territoire est le lieu de rencontre idéal de toutes les politiques sociales destinées à la personne et à la famille. Ces politiques nécessitent plus de partage dans la phase de la conception et de la planification, ainsi que plus d'outils pour évaluer les effets de l'application des mesures dans des secteurs (éducation, emploi, transports, construction résidentielle, etc.) qui pourraient être considérés comme éloignés mais qui ont, dans la réalité, des retombées importantes sur le bien-être des personnes et de la collectivité.

Le secrétariat social

Dans le cadre de la possibilité d'élaborer des projets garantie par l'application du premier Plan de zone de la Vallée d'Aoste, l'on entend reconnaître un des besoins qui se sont dégagés pendant la phase de reconnaissance qui a précédé la rédaction dudit plan, soit celui concernant l'accessibilité des services. Le Plan de zone a mis en évidence un certain morcellement des services offerts, dans certains cas une superposition de services pour les mêmes besoins, ainsi que la nécessité de développer davantage, sur l'ensemble du territoire, une information visant à encourager une utilisation correcte et appropriée des services en cause, avec une attention particulière aux groupes sociaux potentiellement intéressés. La Vallée d'Aoste dispose d'un éventail de services et d'instruments normatifs très vaste pour répondre aux multiples nécessités de la population régionale, mais les données relatives à l'activité desdits services ont révélé, dans certains secteurs, une sous-utilisation de l'offre prévue pour résoudre les différents besoins. Étant donné que parmi les causes y afférentes il y a certainement le fait que l'action administrative publique et les initiatives lancées par le privé social et par le bénévolat sont peu visibles et peu connues, il y a lieu de partager les propositions du Plan de zone relativement à l'opportunité de réaliser un projet de secrétariat social ayant pour mission d'exercer, sur le territoire, de manière minutieuse et accessible, une activité d'information et d'orientation, ainsi que d'aide à la présentation des demandes pour des services ou des prestations et, enfin, de liaison entre les citoyens et les segments de l'offre préposés à satisfaire leurs besoins spécifiques. Dans le cadre des interventions prévues par ledit projet de secrétariat social, il est opportun d'envisager l'ouverture de points uniques d'accès équitablement localisés sur le territoire régional. Puisque la lecture des besoins constitue un élément indispensable de la planification et de l'évaluation des modèles organisationnels offerts, il y a lieu de doter ce service des fonctions de collecte, de conservation, d'analyse et d'évaluation des demandes des citoyens.

Le secours social d'urgence

Dans le cadre du projet de secrétariat social, le présent Plan entend aborder la question des urgences par l'institution du secours social d'urgence qui, comme le secours sanitaire d'urgence, veut assurer une réponse rapide, visible et permanente (24 h sur 24) aux besoins sociaux urgents, qui ont récemment augmenté en Vallée d'Aoste, tout comme dans d'autres régions plus peuplées. Le secours social d'urgence assure des réponses qui ne peuvent être renvoyées à des besoins de

subsistance ou de relation, dans des situations imprévisibles d'abandon, de privation ou d'éloignement soudain du foyer, pour toutes les personnes qui résident ou sont temporairement présentes sur le territoire valdôtain. Il faut donc prévoir des réponses qualifiées et différenciées aux différents besoins primaires, selon des délais et des modalités fixés dans le cadre de la gestion des urgences et un degré de protection plus ou moins élevé en fonction des besoins du destinataire, et créer une liaison opérationnelle avec les services aux fins d'un parcours de continuité dans la prise en charge qui pourrait suivre.

Les actions

Les besoins intégrés

Pour un territoire interprète des besoins intégrés, il y a lieu :

- de perfectionner la collaboration entre l'équipe de l'hôpital, les médecins généralistes et l'équipe et les services territoriaux aux fins de la prise en charge des personnes âgées souffrant de démences et de troubles du comportement ;
- d'améliorer la collaboration entre l'équipe de l'hôpital, les médecins généralistes et l'équipe et les services territoriaux aux fins de la prise en charge des personnes ayant une espérance de vie de 30 à 180 jours ;
- de renforcer la collaboration entre le Département de santé mentale, les médecins généralistes, l'équipe et les services territoriaux et résidentiels et les services pour l'insertion professionnelle aux fins de la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques ;
- de définir de concert entre le Secours d'urgence, le 118 et les structures protégées pour personnes âgées les modalités d'accès au Secours d'urgence des patients provenant desdites structures ;
- d'évaluer, entre autres à l'aide d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs, l'efficacité et la capacité du projet « Assistant de hameau » de répondre aux besoins des villages et des lieux indiqués, afin d'en améliorer les processus et les résultats et de le rendre efficient et durable, dans l'optique d'une éventuelle extension à d'autres zones isolées de la Vallée d'Aoste et, donc, à d'autres citoyens moins favorisés.

La médecine territoriale

Pour une médecine territoriale plus appropriée, il y a lieu :

- de planifier l'assistance territoriale par l'intermédiaire des districts techniquement compétents et susceptibles d'interpréter correctement la complexité des besoins de la population, d'en fixer les priorités et de planifier l'ensemble des services sanitaires et sociaux, en fournissant les services de base et les services intermédiaires et en garantissant l'accès aux soins secondaires par une intégration de l'hôpital et du territoire, basée sur le modèle de la continuité des soins et sur l'adoption de lignes directrices partagées ;
- de développer l'associationnisme des médecins de l'assistance primaire et des pédiatres de famille ainsi que le processus d'application des nouvelles formes organisationnelles (*AFT – Aggregazione funzionale territoriale* et *UCCP – Unità complesse delle cure primarie*) prévues par les nouvelles conventions nationales uniques ;
- de renforcer la collaboration entre les médecins généralistes, les pédiatres de famille et les spécialistes ambulatoires, ainsi qu'entre ceux-ci et les professionnels des autres services de l'Agence, afin de garantir aux citoyens une meilleure continuité des soins ;
- de poursuivre le travail réalisé au titre de l'assistance de base, en valorisant davantage le rôle des médecins généralistes et des spécialistes ambulatoires dans le cadre des parcours de l'Agence et de renforcer, parallèlement, la présence sur le territoire des médecins relevant des spécialisations hospitalières, afin d'éviter les excès d'hospitalisations ou, en tout état de cause, les surréservations au niveau des listes d'attente à l'hôpital ;
- de consolider la présence d'un médecin généraliste et d'un infirmier sur le territoire, surtout dans les vallées latérales et dans les zones défavorisées, entre autres par des expérimentations

qui développent l'assistance sanitaire et qui pourraient être appliquées à d'autres secteurs territoriaux ;

- de perfectionner les systèmes actuels d'évaluation multidimensionnelle et multiprofessionnelle par la prise en charge intégrée surtout des personnes fragiles, en synergie entre l'hôpital et le territoire ;
- de rationaliser et de réorganiser la psychologie territoriale sur la base de prises en charge fonctionnelles visant à l'appropriation, à l'efficacité et à l'efficience des parcours de soins ;
- de renforcer l'assistance intermédiaire, pour répondre à l'augmentation des besoins de soins dans le secteur de la chronicité (personnes âgées ou handicapées, malades mentaux, toxicomanes, etc.) en favorisant les soins à domicile, entre autres à l'aide de moyens technologiques tels que la télémédecine et la téléassistance, et l'utilisation du *patient summary* (ou synthèse médicale du patient) pour rendre le développement de la santé électronique cohérent avec la planification régionale.

Vers un service de secrétariat social	<i>Pour créer un projet de secrétariat social, il y a lieu :</i>
---------------------------------------	--

- de définir les modalités et les ressources nécessaires pour lui attribuer les missions ci-après, de concert avec tous les intervenants :
 - mission d'information au public au sujet des services, des aides et des prestations de l'Administration régionale, des collectivités locales, des organisations de bénévoles ainsi que des associations et organismes publics et privés présents sur le territoire communal, régional, national et européen ;
 - mission de distribution du matériel d'information (sur papier ou électronique) spécialement préparé pour favoriser la diffusion de données claires, compréhensibles, exhaustives et actuelles ;
 - mission de liaison entre tous les acteurs publics et privés qui participent à la promotion des initiatives sociales ;
 - mission de collecte et de décodification des demandes, ainsi que d'orientation des citoyens aux fins de leur prise en charge, de la fermeture de leur dossier ou de leur orientation vers d'autres services ;
 - mission d'analyse des cas faisant l'objet des demandes présentées par les citoyens et des réponses y afférentes par l'utilisation d'un flux de données dédié ;
 - mission de proximité, non seulement pour recevoir les demandes des citoyens, mais aussi pour faire des propositions et pour jouer un rôle interactif entre les personnes et les familles.

Le secours social d'urgence	<i>Pour réaliser le secours social d'urgence, il y a lieu :</i>
-----------------------------	---

- d'ouvrir une table décisionnelle/promotionnelle conjointe entre les différents organismes au sein desquels le service social professionnel de base exerce ses fonctions, aux fins de la mise en place du secours social d'urgence en Vallée d'Aoste ;
- de définir le répertoire des prestations du secours social d'urgence et l'insérer dans le contexte organisationnel des services, en accordant une attention particulière à la définition des aires des urgences et des aires des besoins (par ex. les mineurs non accompagnés, les personnes sans domicile fixe, les personnes âgées souffrant de carences graves, la traite des femmes ou des mineurs, etc.) ;

- d'évaluer la localisation territoriale optimale du secours social d'urgence compte tenu de l'intensité et de la fréquence du besoin y afférent ;
- d'identifier, par une enquête prenant en compte la totalité des personnes publiques et privées, les réponses possibles sur le territoire régional ;
- d'appliquer un protocole opérationnel et, par conséquent, un accord institutionnel entre les organismes concernés et avec le privé social aux fins de la réalisation du secours social d'urgence ;
- d'indiquer toutes éventuelles nouvelles solutions à apporter aux besoins émergents sur le territoire, qui ne trouvent pas encore de réponse appropriée.

n° 7 Protéger et valoriser les personnes en état de **FRAGILITE**, avec une attention particulière aux premières et dernières phases de la vie

Pourquoi la fragilité

La fragilité, terme très fréquent dans le domaine gériatrique, consiste dans une condition générale d'instabilité physique et socio-sanitaire ; il s'agit d'un syndrome qui implique plusieurs systèmes et aboutit à une perte totale ou partielle de la capacité de l'organisme de tendre à l'homéostasie³⁸. Cette condition est produite par le concours de différents facteurs – biologiques, psychologiques et socio-environnementaux – qui, de manière synergique, s'amplifient et se perpétuent mutuellement³⁹. La communauté scientifique fait preuve d'une attention croissante pour cette condition, et ce, malgré le fait qu'il en n'existe pas une définition univoque et que l'utilisation de plusieurs mots comme synonymes soit source de confusion. La fragilité est donc un état, ou une condition, dans lequel tout un chacun peut se trouver pendant une période définie ou indéfinie, au cours de son existence et qui comporte la perte de ressources et de capital humain auquel tout système public, solidaire et subsidiaire, doit garantir une réponse adéquate. Ainsi le présent Plan définit différents types de fragilité qui doivent être pris en charge suivant des modalités ciblées et par une pluralité d'acteurs, depuis les institutions jusqu'aux coopératives sociales, au monde du bénévolat, aux citoyens mêmes, notamment par des formes d'aide mutuelle et solidaire et suivant des modèles le plus possible concertés. Plus les différentes forces en cause œuvreront de manière synergique et organisée, plus leur action sera efficace et durable. Le principe guide de chaque action doit être la centralité de la personne connaissant une faiblesse ou une vulnérabilité particulière du fait :

- de l'appartenance à une tranche d'âge spécifique, à savoir, notamment, les premières années (première enfance) et les dernières (personnes âgées inactives) ;
- de la maladie, du handicap, de l'invalidité, de la dépendance ;
- du malaise social ou économique (chômage, violence ou conflits, dépendances, abandon ou immigration).

Très souvent, l'existence, ne serait-ce que transitoire, de l'une de ces conditions entraîne l'apparition d'autres conditions de fragilité et la formation d'un besoin complexe qui exige des interventions multidisciplinaires et interinstitutionnelles intégrées.

Un système régional de *welfare community* (ou communauté de bien-être) qui se veut non seulement un système de services mais, surtout, un système de valeurs ne peut établir son action de lutte contre la fragilité en fonction des différents types de faiblesse, mais doit tenir compte de l'état de besoin global de la personne et de sa famille. Ce système entend mettre en valeur chaque être humain, même s'il est définitivement handicapé ou dépendant, dans la mesure où il est porteur de ressources et de capacités résiduelles irremplaçables pour sa famille et sa communauté.

Dans le cadre de ces valeurs fondamentales pour le présent Plan, l'attention aux premières et aux dernières phases du cycle naturel de la vie est notamment un facteur qualifiant du système régional de santé et de bien-être. C'est en effet au cours de chacune de ces deux périodes marquées par le plus de fragilité que le système public des services à la personne et à la famille doit atteindre les niveaux les plus élevés. Il faut garantir, d'une part, l'accueil de chaque nouveau-né et un bon investissement pour sa santé et son bien-être futurs et, d'autre part, le soutien de chaque personne âgée, depositaire d'une humanité et d'une sensibilité qui doivent être protégées et préservées, notamment lorsque la dépendance risque de l'exclure de sa communauté. Il faut, par ailleurs,

³⁸ L'homéostasie est la condition de stabilité du milieu intérieur des organismes qui doit être maintenue, par des mécanismes compensateurs, indépendamment de la variation des conditions extérieures.

³⁹ Trabucchi M., « I vecchi, la città e la medicina », Bologne, Il Mulino, Fondazione Smith-Kline, 2005.

accompagner – avec professionnalisme et, surtout, avec respect – les personnes en phase terminale ou connaissant une condition de douleur chronique, notamment lorsqu'elles ne disposent pas d'un réseau familial en mesure de les soutenir.

Dans ce contexte, la famille joue un rôle essentiel de soins et d'assistance à la personne et exerce une fonction irremplaçable de soutien et de protection des membres les plus faibles ; de nos jours encore, le poids de l'assistance qui pèse sur la famille demeure sensiblement plus élevé que le poids de l'assistance fournie par les auxiliaires de vie, les services socio-sanitaires et le bénévolat. Cependant, dans la majorité des familles, le fait de devoir supporter les coûts directs et indirects (non seulement économiques) de l'assistance à une personne dépendante ou à autonomie réduite produit des conséquences négatives sur la vie affective, relationnelle et professionnelle, ainsi que sur la situation économique et, souvent, sur l'état de santé des autres membres de celle-ci.

Une situation délicate, notamment pour la tendance à la réduction des ressources familiales qui dérive de la contraction progressive des dimensions des familles. Il est donc nécessaire d'instituer des formes différentes de soutien aux familles (soutien financier, services, réseaux de familles ou d'aide mutuelle, consultations et support psychologique), axées notamment sur l'aide à domicile, plutôt que sur l'assistance résidentielle.

Les premières phases de la vie

La présence en Vallée d'Aoste d'une seule maternité et de 23 centres de consultation et centres de districts distribués sur tout le territoire a, depuis toujours, favorisé l'intégration hôpital-territoire, ce qui a mené, déjà en 1982, à l'institution d'un service de coordination pour la protection maternelle et infantile qui vise à assurer le suivi correct de tous les nouveau-nés à risques. Le Département de protection maternelle et infantile a jusqu'ici progressivement élargi ses fonctions en s'occupant également des enfants hospitalisés connaissant des problèmes sanitaires et sociaux, en créant un réseau opérationnel efficace entre les structures hospitalières d'obstétrique et gynécologie, celles de pédiatrie et de néonatalogie, les services territoriaux d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie, les services sociaux territoriaux, la neuropsychiatrie infantile hospitalière et territoriale et les pédiatres de famille. Le présent Plan reconnaît la valeur de cette structure régionale qui a contribué à l'obtention par l'hôpital régional d'Aoste du label de qualité *Hôpital Ami des Bébé*⁴⁰ et soumet, conformément aux indications de l'UNICEF, le parcours qui va de la conception à la naissance au suivi du Département de protection maternelle et infantile, afin que tous les nouveau-nés, et notamment ceux à risques ou handicapés, bénéficient d'un accueil approprié et d'un suivi de croissance correct.

En ce qui concerne l'accueil dans les services publics ou privés agréés pour la petite enfance (y compris les crèches, les garderies, les crèches d'entreprise et les assistantes maternelles), il y a lieu d'appliquer le plan d'action annuel pour la promotion et le soutien du système de services à la petite enfance⁴¹. Il convient de souligner qu'en ce qui concerne l'offre régionale de places pour les enfants de moins de 3 ans dans les structures socio-éducatives destinées à la petite enfance, l'approbation, au titre de 2010, de places supplémentaires – finançables ou non – amènerait l'offre en cause à 37,59 %, soit à dépasser le seuil de 33% fixé pour ladite année par le Conseil européen de Lisbonne. Un pourcentage élevé qui, pendant la période de validité du présent Plan, sera davantage rationalisé par la distribution de ces places sur le territoire en fonction du besoin documenté de chaque district et par le suivi, à l'aide d'indicateurs statistiques appropriés, de la réelle capacité de réponse, de manière à connaître constamment les listes d'attente, les cas de renonciation par les familles et les motifs allégués. Pour ce qui est des motifs économiques, le présent Plan entend garantir que le concours de chaque famille aux dépenses soit équitable, réduise les actuelles différences entre les communes de résidence et soit établi en fonction des possibilités réelles de celle-ci. Le présent Plan

⁴⁰ Label institué par l'UNICEF en 1992 et attribué aux hôpitaux qui accueillent de la meilleure manière possible les nouveau-nés et qui soutiennent l'allaitement au sein. L'hôpital régional l'a reçu au mois de mars 2010.

⁴¹ Délibération du Gouvernement régional n° 2019 du 17 juillet 2009 portant approbation, aux termes de la lettre a) du deuxième alinéa de l'art. 2 de la loi régionale n° 11 du 19 mai 2006, du plan d'action annuel 2009 pour la promotion et le soutien du système de services à la petite enfance, ainsi qu'engagement et financement de la dépense y afférente.

entend non seulement concevoir et rationaliser les services à l'enfance, mais également qualifier davantage les projets éducatifs par des propositions innovantes, susceptibles de développer le potentiel expressif et créatif des enfants âgés de 0 à 3 ans. Il est notamment question de favoriser la différenciation éducative dans les crèches par la création de structures à orientation spéciale (artistique et expressive, agricole et bilingue).

Dans le cas d'enfants qui naissent avec des handicaps, surtout lorsque ces derniers sont graves, il importe de soutenir la famille par des alliances stables entre tous les opérateurs et les institutions concernés, en vue de garantir à ces enfants une vie qui soit le plus possible indépendante et correspondante à leur besoin d'affection, de développement des capacités (ne serait-ce que résiduelles) et d'intégration dans leur communauté de référence. Un diagnostic et une prise en charge précoces sont indispensables et peuvent permettre à l'enfant handicapé, chaque fois que cela est possible, d'utiliser au mieux ses capacités ; par ailleurs, celui-ci doit être inséré dans sa communauté et bénéficier de toutes les chances pour lutter contre les effets négatifs de sa condition particulière de fragilité. Les services sanitaires, sociaux et éducatifs, ainsi que la communauté sont appelés à soutenir la famille en cas de naissance d'un enfant handicapé. Le moment où le diagnostic est communiqué est décisif et délicat pour la construction d'un nouvel équilibre familial caractérisé par cette condition particulière. Les premières années de vie étant également cruciales, il est fondamental que soit mise en place l'intervention convergente de tous les acteurs qui ont une responsabilité dans la croissance et le soin de l'enfant, dont il importe de promouvoir le développement global, ce qui peut garantir une qualité de vie suffisamment bonne tant à l'enfant qu'à sa famille.

Les dernières phases de la vie

L'attention aux dernières années de la vie est conçue par le présent Plan essentiellement en deux sens : d'une part, l'attention aux personnes âgées dépendantes qui sont accueillies dans des structures résidentielles et, d'autre part, l'attention aux personnes atteintes de graves pathologies ou de souffrance chronique ou en phase terminale. Ces deux catégories de citoyens diffèrent de par leurs besoins en assistance et de par l'intensité des soins qui leur sont nécessaires, mais sont toutes les deux caractérisées par une grande fragilité qui exige non seulement une assistance qualifiée et professionnelle, mais aussi un accompagnement psychologique et humain. Il serait, par ailleurs, souhaitable que ce dernier soit étendu aux familles qui vivent ces difficiles expériences de vie.

Les besoins sanitaires de la population âgée des micro-communautés ont augmenté de manière exponentielle au cours de ces dernières années. L'augmentation de l'âge de la population et des polyopathologies sont le véritable problème que l'ensemble du système devra affronter au cours des prochaines années. Les réponses organisationnelles qui doivent être conçues dans les meilleurs délais concernent plusieurs domaines, à savoir :

- l'organisation hospitalière ;
- la prise en charge territoriale ;
- le système des urgences relatives et absolues ;
- le suivi des maladies chroniques ;
- les invalidités ;
- le soutien aux familles.

Pour tous ces points, une réorganisation s'impose, depuis les parcours de soins jusqu'à la diffusion des projets de télémédecine et à la transformation des structures résidentielles.

De même, une révision des politiques du personnel en fonction du changement des exigences des patients s'avère inévitable.

S'il est vrai que, pour les personnes partiellement dépendantes, l'assistant personnel et les services d'aide à domicile et d'aide à domicile intégrée répondent mieux aux exigences de maintien au

domicile, il n'en est pas moins vrai que, pour les personnes âgées totalement dépendantes, la structure résidentielle est souvent la seule réponse possible à leurs besoins et à ceux de leur famille. À l'heure actuelle, les personnes âgées hébergées dans les structures résidentielles régionales et justifiant d'un degré de dépendance N3⁴² représentent presque 60 % du total et le pourcentage des séjours à durée indéterminée augmente chaque année progressivement. Étant donné le risque de saturation des places disponibles et le fait que ces personnes âgées – qui souffrent d'un grave déficit d'autonomie et, souvent, de plusieurs pathologies – ont plus besoin de prestations sanitaires hautement spécialisées que d'assistance, le Gouvernement régional se réserve d'évaluer, au cours des trois prochaines années, la nécessité d'instituer des pôles spécialisés sur le modèle des résidences sanitaires d'assistance (RSA). La prise en charge intégrée de la personne âgée inactive débute au moment de la mise en institution. Indépendamment du fait que l'initiative de cette dernière soit prise par l'hôpital ou par la famille, il importe de mieux définir la procédure qui permet aux structures et aux acteurs concernés de satisfaire une telle demande d'hébergement avec le maximum d'efficacité, et ce, du point de vue de la proximité au domicile, de la rapidité de l'accueil et des caractéristiques de la structure, qui doivent être conformes aux besoins en termes tant architecturaux qu'assistanciers. Parallèlement, lorsqu'une personne âgée en institution ou au domicile a besoin d'être hospitalisée d'urgence, il est nécessaire d'appliquer un protocole commun hôpital-territoire, établi sous la responsabilité d'un médecin des services territoriaux et visant à éviter toute hospitalisation impropre, tout déplacement inutile, voire dangereux, d'une personne âgée fragile et toute congestion de la structure, notamment pendant les jours fériés et les heures du soir ou de la nuit.

Si la personne âgée est atteinte de démence sénile ou de maladie d'Alzheimer, sa famille doit être convenablement aidée afin qu'elle puisse connaître les caractéristiques de la maladie, disposer d'un soutien psychologique adapté et collaborer avec les spécialistes, les opérateurs et les structures censées fournir des soins de concert avec les structures socio-sanitaires et d'assistance présentes sur le territoire régional.

Le présent Plan consacre une attention spéciale à la prise en charge de la personne en fin de vie et de la famille de celle-ci. Il est, en effet, prévu au cours des trois prochaines années de réaliser le réseau valdôtain des soins palliatifs, en application des principes définis à l'échelon national par la loi n° 38 du 15 mars 2010⁴³. Cela doit se traduire en la mise en œuvre d'un système d'offre de prestations dans le cadre duquel toute personne atteinte d'une maladie incurable, néoplasique ou autre, et la famille de celle-ci peuvent être soutenues tout au long du parcours de soins – qui comprend le domicile, les structures d'hospitalisation et les structures d'hébergement – en vue de la limitation de la souffrance globale pendant la délicate phase finale de la vie. Ce modèle prévoit une prise en charge rapide et pluridisciplinaire visant à garantir une réponse appropriée et systématique aux besoins sanitaires et assistanciers du patient et de sa famille, avec, entre autres, la participation des organisations de bénévolat. La réalisation de ce réseau impliquera la réorganisation, et l'éventuel renforcement, des services et des actions qui existent déjà, dans l'optique d'une efficacité et d'une efficacité accrues.

Le handicap

Le concept de « handicap » varie en fonction des données statistiques de référence et se confond souvent avec dépendance, invalidité et incapacité. Le barème utilisé pour l'évaluation du degré d'invalidité civile au sens du DM du 25 février 1992 tient compte, du moins en partie, d'un certain nombre d'indications fournies par l'OMS dans le cadre de la classification internationale des déficiences⁴⁴. Cependant, ce barème demeure lié à l'analyse et à la mesure en pourcentage de chaque déficience anatomique et fonctionnelle et des retombées négatives de celle-ci sur la capacité

⁴² Le degré de dépendance est évalué comme suit : A = autonomie ; N1 = dépendance légère ; N2 = dépendance partielle ; N3 = forte dépendance.

⁴³ Loi n° 38 du 15 mars 2010 portant dispositions pour garantir l'accès aux soins palliatifs et à la thérapie de la douleur.

⁴⁴ Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps (CIDIH-1, 1980)

de travail. Cela malgré le fait que la protection du citoyen handicapé ne se réalise pas uniquement par la reconnaissance de l'invalidité civile, de la cécité et de la surdimutité, mais également par l'application des dispositions de la loi n° 104 du 5 février 1992⁴⁵, qui évoque la capacité de la personne d'exercer d'une manière autonome, même à l'aide d'appareils, les activités fondamentales de la vie quotidienne. La loi vise à éliminer, par des prestations spécifiques d'assistance, les difficultés que les personnes handicapées et leurs familles doivent affronter, et ce, par la promotion de l'intégration scolaire, familiale, professionnelle et sociale. En mai 2001, l'Organisation mondiale de la santé publie la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) qui – contrairement à la CIDIH-1 de 1980, selon laquelle le handicap est la conséquence d'une déficience structurelle ou fonctionnelle physique – considère le handicap comme le résultat d'une relation complexe entre santé, facteurs personnels et facteurs environnementaux. Le but général de la CIF est la définition d'un langage standard et unifié susceptible de servir de modèle de référence pour la description de l'état de santé et des conditions qui y sont reliées (telles que l'éducation et le travail). Il s'agit donc d'évaluer non seulement les capacités corporelles, mais également les facteurs environnementaux et personnels qui limitent ou favorisent les capacités de fonctionnement de l'individu. Une telle définition influe sensiblement sur le système de détection des besoins et, partant, sur la planification des services. Malgré le fait que, pour l'instant, cette classification ne soit pas appliquée à l'échelon régional pour la reconnaissance des droits exigibles, le présent Plan prévoit, pour les trois prochaines années, le maintien de l'offre actuelle de services pour les personnes handicapées qui résident en Vallée d'Aoste et le démarrage de l'étude et de l'analyse approfondie des expériences en cours dans différents domaines et dans différentes réalités territoriales et organisationnelles, aux fins de la conception d'un projet innovant pour l'application, en Vallée d'Aoste aussi, de cet important outil dans le secteur stratégique et prioritaire des certifications, et ce, avec la participation consciente de tous les opérateurs socio-sanitaires concernés par la formation en la matière. Parallèlement, le présent Plan sanctionne la nécessité d'une évaluation des services existants, en termes d'efficacité, d'efficience et de satisfaction des usagers, sans préjudice de la sauvegarde des fins spécifiques desdits services, dont la planification et la gestion à l'échelon régional ne se fondent pas prioritairement sur des critères économiques. Par ailleurs, le présent Plan renforce les initiatives déjà existantes, et ce, afin de garantir la stabilité et la continuité fonctionnelle et opérationnelle des alliances institutionnelles qui relient les secteurs les plus concernés et en garantissent la synergie (santé, école, éducation, transports et emploi). En vue de l'amélioration du résultat produit par le précédent document de planification régionale en matière d'insertion pré-professionnelle de certaines personnes handicapées, il est prévu de réaffirmer l'utilité d'une telle synergie et d'exercer une activité ciblée, entre autres par de nouvelles formes de collaboration avec les organismes institutionnels régionaux, et ce, pour favoriser le développement des ateliers occupationnels qui mettent en valeur les capacités des jeunes ou des adultes handicapés et en améliorent le parcours de vie. À ce propos, le plan de politique de l'emploi 2009-2011⁴⁶ a sanctionné la collaboration entre la structure compétente en matière de politiques sociales, la structure compétente en matière de politiques de l'emploi et de la formation, la coopération sociale et l'entrepreneuriat local, afin de concevoir et de gérer en commun un réseau d'ateliers occupationnels pour personnes handicapées. Ces ateliers entendent offrir aux personnes handicapées et à leurs familles une réponse globale, durable et adaptée à leurs capacités et à leurs exigences, par l'insertion dans un milieu de travail protégé mais stimulant, qui ne relève pas simplement de l'aide sociale mais qui soit inséré dans des filières de production liées au tissu économique régional. Ce type d'initiative vise concrètement à l'inclusion et attribue une valeur tangible aux capacités résiduelles de la personne handicapée, en rendant à celle-ci et à sa famille, la dignité de toute personne qui se sent utile à sa communauté et, partant, parfaitement intégrée. D'un point de vue méthodologique, la rédaction de lignes directrices pour les ateliers occupationnels déjà

⁴⁵ Loi n° 104 du 5 février 1992 portant loi-cadre pour l'assistance, l'intégration sociale et les droits des personnes handicapées.

⁴⁶ Délibération du Conseil régional n° 668/XII du 15 juillet 2009.

décidée par le Gouvernement régional⁴⁷ constitue un travail interdisciplinaire qui implique les nombreux acteurs concernés, qu'ils appartiennent à l'Administration régionale ou au monde des entreprises privées. Mettre en valeur les fonctions résiduelles pour que le niveau de qualité de vie de toute personne demeure élevé, indépendamment des niveaux optimaux de santé, de l'âge ou des éventuelles fragilités : voici l'esprit par lequel le présent Plan entend soutenir les actions nécessaires.

La santé en prison

Les personnes détenues constituent un groupe potentiellement fragile non seulement de par la privation de liberté, mais également de par les conditions de déviance et de marginalisation qui sont à l'origine de l'emprisonnement et qui déterminent un état de santé souvent défavorisé par rapport à celui des citoyens libres et un accès aux soins plus compliqué en raison des procédures de sécurité. Les principales aires et actions pour la promotion et la protection de la santé des détenus – emprisonnés ou placés en établissement – ont été définies au cours de la période allant de l'an 2000 à aujourd'hui⁴⁸. Dans ce cadre, des indications ont été fournies pour la définition de plan de prévention, de soins et de réhabilitation des pathologies les plus répandues, ainsi que des orientations pour la mise en œuvre d'un réseau de services sanitaires visant à satisfaire la demande d'assistance et à améliorer la qualité des prestations de diagnostic et de soins, de manière à garantir la réalisation des objectifs de santé dans les établissements pénitentiaires. Les principales aires d'intervention sont les suivantes : médecine générale, médecine d'urgence, médecine spécialisée, assistance des détenus présentant une dépendance de substances, pathologies infectieuses (eu égard notamment au VIH et aux syndromes associés à celui-ci), réhabilitation, protection de la santé des détenus handicapés, assistance sanitaire aux détenus immigrés, protection de la santé mentale et assistance pharmaceutique. Le très prochain transfert des fonctions en matière de médecine pénitentiaire aux Régions⁴⁹ favorisera l'amélioration du service à ces citoyens. Dans l'attente des dispositions d'application qui achèveront ce passage, la santé pénitentiaire est régie par le protocole d'entente passé en 2007 entre le Ministère de la justice (Département de l'administration pénitentiaire) et la Région autonome Vallée d'Aoste et prévoyant l'engagement des parties à garantir la territorialisation de la peine, l'assistance sanitaire, sociale et de rééducation en faveur des toxicomanes et des alcooliques, l'éducation à la santé, l'instruction, la formation professionnelle, l'orientation au travail et aux activités en prison et, pour les personnes qui exécutent leur peine en dehors de la prison, pour les détenus sur le point d'être libérés et pour les anciens détenus, l'intégration des Services territoriaux de l'Agence USL, de l'Administration régionale, des Communes et des Services pénitentiaires en vue de la planification et de la réalisation des actions nécessaires, ainsi que la formation et le recyclage conjoint des opérateurs concernés. Aux termes du deuxième alinéa de l'art. 2 dudit protocole d'entente, une commission a été constituée en vue de la coordination des mesures d'assistance sanitaire, sociale, de rééducation et d'éducation à la santé, aux fins, entre autres, de la mise en œuvre des actions d'assistance sanitaire en prison prévues par les dispositions tant étatiques que régionales en la matière.

Le présent Plan considère comme prioritaires les actions sanitaires suivantes :

- réorganisation du service de protection de la santé mentale en prison ;
- augmentation de l'assistance infirmière ;
- augmentation et amélioration de l'assistance sanitaire en termes de soins dentaires ;
- renforcement et intégration du service médical de base et du service de la continuité des soins (24 h) ;

⁴⁷ Délibération du Gouvernement régional n° 3584 du 4 décembre 2009.

⁴⁸ Décret du Ministère de la santé du 21 avril 2000 relatif au projet-objectif pour la protection de la santé en milieu pénitentiaire.

⁴⁹ Art. 9 du décret législatif n° 230 du 22 juin 1999.

- amélioration de l'accès aux prestations spécialisées (assistance cardiologique, suivi des infections, assistance radiologique, etc.).

Le malaise familial

Étant donné la fragilité des personnes qui subissent des violences et le nombre croissant de celles-ci, du fait, entre autres, d'une plus grande tendance à la dénonciation, l'on entend, par le présent Plan, intervenir dans la phase délicate de la médiation des conflits.

Si les domaines dans lesquels la violence ou les conflits graves se manifestent sont nombreux, c'est au sein de la famille que le nombre de cas augmente. La violence, de même que le conflit, a trait à la confrontation entre générations, entre anciens conjoints ; elle se traduit par des comportements déviants vis-à-vis des pairs (bizutage) ou de la communauté (vandalisme, etc.) ou de soi-même (utilisation de drogues, d'alcool, etc.). La violence contre les femmes, quant à elle, se manifeste au niveau psychologique, économique, sexuel, etc., et peut prendre des formes aussi aberrantes que la traite d'êtres humains.

La diffusion d'une vie sociale souvent conflictuelle et violente se répercute, par ailleurs, sur les mineurs, qui souffrent fréquemment de manque de soins ou de maltraitances au sein même de leur famille.

Au fil des années, plusieurs actions ont été mises en œuvre dans ces domaines, à des fins de prévention, de réparation et de soins. Les données relatives à l'activité dans les secteurs de la protection des mineurs, du soutien aux femmes victimes de violences, de la prise en charge des mineurs et des jeunes adultes auteurs et/ou victimes de crimes et de la prise en charge des couples de parents séparés ou divorcés en situation de conflit, notamment au sujet de la gestion des enfants, font état de l'exigence de maintenir et de renforcer, pendant la période de validité du présent Plan également, le réseau des actions et des services dédiés. En effet, tant la capacité des structures territoriales de dénoncer précocement les situations de violence que les demandes d'aide adressées aux services directement par les citoyens ont augmenté au fil des années, et ce, grâce entre autres aux actions formatives constantes et de qualité à l'intention des opérateurs éducatifs, scolaires, sociaux et sanitaires, des forces de l'ordre, etc. qui ont favorisé la diffusion des connaissances du problème et la construction d'une approche commune, ainsi que la création de réseaux et d'alliances interinstitutionnelles ayant amélioré la capacité de gérer les situations d'urgence et de fournir les réponses nécessaires pour surmonter les conditions de souffrance et de besoin. Cependant, pour être plus efficace, l'offre de services doit non seulement être maintenue mais également être accompagnée d'une activité d'évaluation attentive, d'une approche partagée par tous les opérateurs et de la création de réseaux et d'alliances interinstitutionnelles, qui doivent inclure le bénévolat.

Les dépendances pathologiques

Les personnes qui souffrent d'une dépendance pathologique ou de troubles mentaux revêtent une importance particulière au sein des différentes catégories de personnes fragiles. La consommation de stupéfiants acquiert des proportions de plus en plus inquiétantes, eu égard notamment à la diffusion, ces dernières années, de nouvelles substances. Par ailleurs, d'autres formes de dépendance n'impliquant pas l'utilisation de substances chimiques se développent : jeux de hasard, internet, achat compulsif, nourriture, etc. Pour la plupart des personnes, ces activités font partie intégrante du quotidien, mais pour certains elles assument une importance pathologique, avec le risque de conséquences très graves. Il s'agit là de formes de dépendance qui ont connu une énorme diffusion au cours de ces dernières années.

Pour faire face à ce phénomène, un système régional intégré a été mis en œuvre ces dernières années, pour la prévention des dépendances pathologiques et pour l'assistance des personnes dépendantes : un réseau très dense de services publics et privés agréés fournit des prestations de prévention, de traitement, de réhabilitation et de réinsertion sociale et professionnelle. Le présent Plan confirme ce système intégré de prévention et d'assistance et, parallèlement, actualise le modèle organisationnel des prestations de soutien des personnes à risque, ainsi que des utilisateurs et des

personnes dépendant des substances stupéfiantes ou psychoactives, en vue d'une action plus rapide, plus adaptée à l'évolution des besoins et à l'apparition de nouveaux types de drogue et de dépendance et plus efficace.

La santé mentale

Le secteur de la santé mentale et les dépendances pathologiques sont strictement liés, voire interdépendants.

Les facteurs sociaux qui sont à l'origine des problèmes de santé mentale sont nombreux et peuvent aller de la souffrance personnelle aux questions qui ont des retombées sur l'ensemble d'une communauté ou société. Ces problèmes peuvent être provoqués ou aggravés par le milieu (domestique, scolaire, professionnel ou institutionnel). Ce risque concerne en particulier les individus les plus défavorisés du point de vue social tels que les réfugiés et les immigrés, les chômeurs, les détenus ou anciens détenus, les toxicomanes, ainsi que les personnes dont l'orientation homosexuelle n'a pas été intériorisée, celles qui souffrent d'un handicap physique ou sensoriel et celles qui ont déjà connu, par le passé, des problèmes de santé mentale. Au cours des prochaines années, il sera procédé à l'élaboration, à la réalisation et à l'évaluation d'une stratégie régionale intégrée susceptible d'offrir, dans le secteur des dépendances et de la santé mentale, des actions susceptibles d'améliorer le bien-être de la population, de prévenir les problèmes de santé mentale et de stimuler l'intégration et la participation active des personnes qui souffrent de ces problèmes. Ainsi il y a lieu de promouvoir l'importance du bien-être mental, la lutte collective contre la stigmatisation, la discrimination et l'inégalité, ainsi que la responsabilisation et le soutien des personnes qui connaissent des problèmes mentaux et de leurs familles, afin que celles-ci puissent participer activement à ce processus.

L'immigration

En matière d'immigration, la Vallée d'Aoste connaît depuis longtemps un processus de stabilisation structurelle qui rend de plus en plus visible la présence des immigrés. Dans l'école comme dans le monde du travail, dans les services comme dans les espaces urbains, la Vallée d'Aoste depuis les années 90 représente un pôle d'attraction d'un nombre constant d'immigrés, du fait de l'offre d'emploi dérivant du système économique local et de la facilité relative d'insertion dans le tissu social. L'augmentation de la population non italienne a dépassé 200 p. 100 entre 2000 et 2008, une accélération qui correspond à la tendance observée à l'échelon italien aussi. Cette capacité d'attraction de notre région est, par ailleurs, prouvée par la mobilité migratoire intérieure qui fait enregistrer une croissance de 20,6 p. 1000, la plus élevée parmi celles des régions italiennes. Dans ce contexte, le présent Plan entend mettre en valeur, pour un avenir prochain également, les effets positifs de l'immigration, de manière à ce que les immigrés se sentent partie de la société, en respectent les lois, en exploitent les chances de participation et donnent tout leur apport à la croissance du Pays, car la véritable sécurité naît de l'intégration qui sauvegarde toujours la dignité de la personne. Afin de favoriser le chemin vers la cohabitation des peuples appartenant à des cultures, des ethnies et des religions différentes, il a été prévu de continuer à soutenir les initiatives dans le secteur de l'immigration et notamment les projets lancés par les institutions scolaires et d'autres organismes et concernant la médiation interculturelle (par des aides principalement financées par des fonds étatiques), ainsi que la diffusion de la langue italienne parmi les non-ressortissants de l'Union européenne (par des financements étatiques). Dans le présent Plan, la médiation interculturelle est une activité importante pour la formation d'une conscience de l'intégration et pour la sensibilisation des organismes compétents. La médiation interculturelle facilite les relations, la communication et la compréhension entre les personnes de culture différente et permet aux citoyens étrangers une meilleure insertion dans la société. Elle sera menée par des médiateurs immatriculés à la liste régionale ouverte de la Région autonome Vallée d'Aoste, justifiant de compétences socio-éducatives et d'une bonne connaissance de la langue et de la civilisation locale ainsi que de la langue et de la civilisation des destinataires de ce service, et capables de s'orienter sur le territoire et d'en utiliser les services.

Par ailleurs, le phénomène du regroupement familial plus la crise économique font ressortir une fragilité matérielle, relationnelle et psychologique de nombre de familles étrangères, ce qui rend nécessaire un effort en synergie avec les services qui existent déjà sur le territoire (*Centro comunale immigrati extracomunitari-CCIE*, médiation interculturelle) et les associations bénévoles, afin de mettre à l'essai de nouvelles modalités d'accueil et d'accompagnement des familles étrangères et des personnes qui rejoignent leur famille, en vue d'éviter toute situation d'isolement, de marginalisation et de conflit tant à l'intérieur du foyer (par exemple, reconstruction de relations complexes entre parents et enfants longtemps séparés) qu'à l'extérieur de celui-ci. Ainsi le présent Plan prévoit un soutien financier pour la gestion du *CCIE*, qui exerce son activité sur l'ensemble du territoire régional.

Le malaise économique

La remarquable instabilité qui caractérise l'économie mondiale depuis quelques années a produit, en Vallée d'Aoste aussi, une fragilité d'ordre économique qui frappe des personnes et des familles qui étaient autrefois à l'abri de ces problèmes. Ainsi les actions de soutien se multiplient pour détecter les nouveaux besoins, ne serait-ce que temporaires, dérivant de l'évolution des dynamiques productives et des flux de consommation et faire face aux situations de difficulté économique. En sus des couches de la population qui connaissent une situation désormais chronique marquée par des revenus familiaux juste au dessus du seuil de pauvreté et qui risquent de se trouver en de graves difficultés face à toute dépense imprévue, aussi faible soit elle, cette crise frappe également les citoyens qui auparavant étaient parfaitement insérés dans le tissu de l'emploi et de la production. Cette tranche de citoyens et de foyers s'ajoute aux poches de pauvreté qui existent déjà dans notre région, bien qu'elles soient moins importantes – en termes de pourcentage – par rapport à celles du reste de l'Italie. Un certain nombre d'outils ont été récemment adoptés en vue de lutter contre l'appauvrissement des familles valdôtaines. Il s'agit là d'outils de connaissance, tels que l'enquête régionale pour la définition des types de foyer les plus à risque de pauvreté, et opérationnels, tels que la nouvelle loi régionale⁵⁰ en matière de microcrédit et de prêt social d'honneur. Étant donné la dignité qui caractérise les populations de montagne et la conséquente réticence de celles-ci à parler d'une éventuelle situation d'indigence, il a été décidé de définir promptement des outils pour encourager les citoyens à viser des objectifs de rachat social et d'autodétermination, par des formes d'aide différentes par rapport aux aides usuelles et susceptibles de développer la culture de la réciprocité citoyen-institution dans la demande d'aide sociale.

⁵⁰ Loi régionale n° 52 du 23 décembre 2009 portant mesures régionales pour l'accès au crédit social.

Les actions

Les premières phases de la vie

Pour les premières phases de la vie, il y a lieu :

- de renforcer le rôle de coordination du Département de santé maternelle et infantile tout au long du parcours grossesse-accouchement-puerpéralité, à la lumière entre autres des indications de l'UNICEF sur les « Hôpitaux amis des bébés », afin d'assurer à tous les nouveau-nés, notamment ceux à risque, un suivi correct ;
- de maintenir et de consolider la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement au sein, dans le cadre du label « Hôpital ami des bébés » délivré par l'OMS et l'UNICEF et entamer le parcours pour l'octroi, par ces mêmes organisations, du label « Territoire ami des bébés » à la Vallée d'Aoste ;
- de diminuer la fréquence des accouchements par césarienne (35 p. 100 en 2009), par l'inversion de la tendance négative et la réduction substantielle de ce pourcentage ;
- de définir les critères et les procédures susceptibles de permettre à tous les enfants concernés et à leurs familles d'avoir accès, sur l'ensemble du territoire régional, aux services pour la première enfance de manière plus homogène, tant au niveau du traitement standard qu'au niveau des coûts ;
- de favoriser l'accès des enfants à tous les services pour la première enfance présents sur le territoire régional, de manière à surmonter les difficultés liées à l'actuel système des conventions bilatérales et facultatives entre organismes, normalement d'une durée annuelle ;
- de rendre l'actuelle offre de services à la première enfance plus homogène et conforme aux besoins documentés ;
- de passer des accords de collaboration avec les autres assessorats en vue de la conception, de la promotion et du suivi des services à la première enfance, notamment avec l'Assessorat compétent en matière d'agriculture, pour la réalisation à titre expérimental de crèches à la ferme, éventuellement avec la collaboration scientifique de l'Université de la Vallée d'Aoste, et avec l'Assessorat compétent en matière de tourisme, pour réglementer l'assistance et la prise en charge des enfants en bas âge dans les localités touristiques, par les collectivités locales et les entrepreneurs sociaux ;
- de modéliser et de diffuser, en collaboration avec l'Assessorat régional compétent en matière d'éducation et de culture, la culture bilingue et plurilingue dans les services à la première enfance, en tant qu'outil d'éducation et de communication à la fois enraciné dans l'histoire locale et tourné vers un monde dynamique, ouvert et globalisé.

Les enfants handicapés

Pour les enfants handicapés, il y a lieu :

- d'adopter des mesures d'accompagnement à la parentalité « spéciale », avec la collaboration des structures sanitaires et du bénévolat, et notamment des associations de familles d'enfants handicapés, en capitalisant les expériences analogues des bénévoles et des personnels sanitaires sensibles ;
- d'informer convenablement les familles – en étroite collaboration avec le guichet du secrétariat social – quant au type de handicap auquel elles sont confrontées, aux services spécialement conçus pour y faire face, aux aides et aux initiatives de soutien, ainsi qu'aux formalités à

accomplir. Ces actions sont liées aux actions de soutien humain, psychologique et pratique, éventuellement sous forme d'initiatives d'aide mutuelle et d'auto-assistance ;

- de coordonner, dès la naissance, les actions qui constituent le projet individuel de vie des personnes handicapées par l'intermédiaire de l'Unité d'évaluation multidimensionnelle œuvrant à l'échelon du district territorialement compétent, de manière à ce que les différentes interventions soient mises en œuvre et actualisées en fonction des nécessités réelles, des ressources disponibles et de la liberté de choix des intéressés ;
- d'adopter les lignes directrices pour l'autisme formulées par la *Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA)* et de former les opérateurs de l'éducation, de l'assistance socio-sanitaire et socio-éducative par des parcours adaptés.

Les personnes âgées fragiles

Pour la fragilité des personnes âgées inactives, il y a lieu :

- de reconnaître, sur la base des données collectées à l'échelon du district, les groupes de personnes âgées à risque, afin d'en prévoir les besoins en termes d'assistance et d'en surveiller l'évolution ;
- d'évaluer, par une analyse des besoins et une étude de faisabilité, l'opportunité de destiner des structures résidentielles pour personnes âgées à la fourniture de prestations sanitaires d'un degré élevé ;
- d'établir, pour les personnes âgées souffrant de troubles du comportement qui sortent de l'hôpital, une procédure d'information préalable des services sur le territoire quant aux exigences de celles-ci en termes d'assistance, en vue du choix de la réponse la plus pertinente ;
- d'expérimenter un protocole qui permette aux personnels en charge des personnes âgées de définir :
 - les exigences des usagers des structures résidentielles, les événements susceptibles de se produire en fonction de la pathologie dont celles-ci souffrent et les principaux besoins d'assistance ;
 - les parcours et les procédures à normaliser en vue de la satisfaction des besoins, ainsi que les responsabilités et les procédures relatives aux relations avec les secours d'urgence et les services hospitaliers ;
 - les modalités de partage des informations concernant les personnes à l'aide des outils informatiques, et ce, en vue de la réduction des délais d'attente (pour les médecins généralistes et les médecins des secours d'urgence) ;
 - les modalités d'évaluation commune de l'accès aux secours d'urgence, sur la base de critères et de procédures établis de concert ;
 - les critères de définition des parcours de formation ad hoc ;
- de conseiller et de soutenir les familles des personnes âgées atteintes de démence sénile ou d'Alzheimer et de fournir à celles-ci du matériel d'information aisément compréhensible, de manière à ce qu'elles connaissent les caractéristiques de la maladie et des besoins qui en dérivent.

La fin de vie

Pour la fragilité dont souffrent les personnes en fin de vie, il y a lieu :

- de définir un modèle régional pour l'offre de soins palliatifs, en cherchant :

- d'établir le réseau des services censés garantir la continuité des soins au malade, depuis la structure hospitalière jusqu'à son domicile ;
- de faciliter le maintien à domicile – lieu d'action privilégié et presque toujours préféré par le patient et sa famille – tout en garantissant une qualité de vie la plus élevée possible ;
- de fournir le soutien psychologique et social nécessaire au malade et à sa famille ;
- de former et de recycler convenablement le personnel socio-sanitaire concerné ;
- de garantir l'information aux citoyens et aux opérateurs quant à l'institution du réseau des soins palliatifs, à la localisation des services et des structures, à l'assistance assurée par le réseau et aux modalités d'accès y afférentes.

Les personnes handicapées

Pour la fragilité des personnes handicapées, il y a lieu :

- d'étudier, à propos de la dépendance et en collaboration avec des établissements de recherche agréés, des projets d'autonomisation même en milieu domestique comportant des retombées immédiates sur la vie quotidienne, ainsi que la mise à l'essai de nouvelles solutions architecturales et de nouveaux appareils susceptibles de faciliter la vie relationnelle des intéressés ;
- d'établir des modalités de réponses globales et de reconnaître les capacités résiduelles de la personne intéressée par l'organisation d'un système modulaire d'ateliers occupationnels reliés entre eux ;
- de lancer, éventuellement avec la collaboration d'autres réalités régionales, une analyse pour l'étude et l'évaluation du handicap et de prévoir l'activité de formation y afférente ;
- de concevoir un projet pour l'application, dans des domaines donnés, d'outils innovants d'évaluation du handicap ;
- de mettre en œuvre des systèmes pour l'évaluation tant de l'efficacité et de l'efficience des services actuellement offerts que du degré de satisfaction des usagers ;
- de passer des accords avec les collectivités locales et de renfoncer les procédures d'application des plans d'élimination des barrières architecturales (PEBA) ;
- de favoriser la participation des citoyens intéressés à la conception et à la réalisation de solutions résidentielles à l'intention des personnes handicapées sans soutien familial ;
- de concentrer l'attention sur la mise en valeur des capacités résiduelles, sur le renforcement des compétences latentes mais réelles et sur la nécessité de garantir l'égalité des chances des citoyens, par l'élimination des discriminations et des formes d'exclusion sociale et culturelle, ainsi que des limites et des obstacles à l'exercice des droits et à l'autonomie personnelle.

La santé en prison

Pour sauvegarder la santé en prison, il y a lieu :

- de parachever le transfert à la Région des compétences en matière de santé pénitentiaire ;
- de mettre en œuvre des actions, à l'intention tant des détenus que des personnels œuvrant dans la structure pénitentiaire, en vue de la réduction du risque de pathologies liées au régime de détention, eu égard notamment à l'éducation à la santé et à la prévention des maladies infectieuses et chroniques dégénératives ;
- de satisfaire la demande de soins des détenus – emprisonnés ou placés en établissement – par l'organisation de parcours thérapeutiques en mesure de garantir la rapidité des interventions, la continuité des soins, l'adéquation et la qualité des prestations et la vérification des résultats.

Le malaise et les conflits familiaux

Pour la fragilité découlant du malaise et des conflits familiaux, il y a lieu :

- de prévoir :
 - le suivi des services et des actions déjà lancés (et notamment les services et les projets récemment mis en œuvre, tels que le service de médiation familiale), en vue d'en évaluer l'efficacité et, si besoin est, de les redéfinir du point de vue quantitatif et qualitatif ;
 - des actions de prévention pour aider le bien-être des personnes et des familles, par l'offre d'espaces d'écoute et de dialogue permettant de surmonter la solitude face aux situations de difficulté et de malaise (expériences d'aide mutuelle, formations pour les familles, etc.) ;
 - des actions visant à responsabiliser la communauté élargie par des initiatives d'éducation à la non-violence, à dénoncer les situations de maltraitance et de malaise et, en l'occurrence, à intervenir, et ce, afin de réduire l'indifférence et d'aider la construction d'un territoire solidaire et, partant, sûr ;
 - la création, à titre expérimental, d'un espace pour l'accueil d'un parent avec ses enfants, relié aux communautés régionales pour mineurs qui existent déjà sur le territoire régional.

Les dépendances

Pour lutter contre la fragilité découlant des dépendances, il y a lieu :

- de garantir une formation professionnelle aux toxicomanes et aux personnes souffrant de troubles mentaux et d'encourager l'adaptation des lieux et des pratiques de travail aux exigences particulières de ce public, et ce, dans le but d'en assurer l'accès au marché de l'emploi ;
- d'améliorer la qualité des services spécialisés, en définissant ou en améliorant la capacité d'offrir des prestations spécialisées et d'assistance, ainsi qu'en formant et en employant un nombre adéquat de spécialistes ;
- d'améliorer la coordination entre les organisations et les organismes concernés par les programmes de lutte contre l'abus d'alcool et de drogues et par les programmes de promotion de la santé mentale et de renforcer la collaboration entre les réseaux respectifs ;
- de renforcer par tout moyen (campagnes, rencontres, manifestations et témoignages) et en tout lieu les outils culturels, de connaissance et de relation dont dispose chaque personne, et notamment les jeunes, afin d'éviter et d'éloigner le risque dérivant des nouvelles formes de dépendance.

La santé mentale

Pour lutter contre la fragilité découlant des problèmes de santé mentale, il y a lieu :

- de confier au Département de santé mentale la coordination des travaux de rédaction d'un plan d'intégration des services de santé mentale qui indique les objectifs à atteindre et les procédures, modalités et ressources humaines, structurelles et financières nécessaires, fixe les lignes directrices, actualise et renforce les protocoles opérationnels pour la gestion des services et des structures et propose des formations pour les personnels socio-sanitaires ;
- de promouvoir des actions communautaires articulées sur plusieurs niveaux, comportant des campagnes de sensibilisation générale avec la participation d'opérateurs des soins primaires et de facilitateurs tels que les enseignants, les membres du clergé et les représentants des média ;

- d'offrir des programmes de prévention de la dépression, de l'anxiété, du stress pathologique, du suicide et d'autres risques conçus sur la base des exigences spécifiques des personnes fragiles mentalement et tenant compte du milieu social et de la culture d'appartenance ;
- de fournir aux familles à risque des actions d'éducation à domicile, pour aider concrètement les parents à développer leurs compétences parentales, à adopter des comportements sains et à interagir avec leurs enfants ;
- de développer les capacités de protection et de promotion de la santé mentale sur les lieux de travail, par l'évaluation des risques et la gestion du stress et des facteurs psychosociaux, la formation des personnels et l'augmentation de la conscience ;
- de garantir l'assistance dans les situations de crise, en fournissant des services dans les lieux où les personnes vivent et travaillent, en prévenant autant que possible tant l'empirement de ces situations que l'hospitalisation, option qui doit être prise en compte uniquement pour les personnes souffrant de problèmes très graves ou potentiellement dangereuses pour elles-mêmes ou pour les autres ;
- de créer, à titre expérimental, un système d'ateliers occupationnels et de lancer des projets de travail ad hoc, tant dans le domaine public que dans le domaine privé.

L'immigration

Pour lutter contre la fragilité dérivant de l'immigration, il y a lieu :

- de promouvoir des actions en faveur de l'insertion sociale des adolescents étrangers, souvent à risque de déviance ;
- de promouvoir des actions de soutien des femmes étrangères – seules ou avec enfants mineurs – qui assistent des personnes dépendantes, lorsqu'elles perdent leur emploi, ce qui coïncide souvent avec la perte du logement et de tous les points de repère relationnels ;
- de poursuivre l'attribution d'aides aux projets de médiation interculturelle et de diffusion de la langue italienne parmi les non-ressortissants de l'Union européenne déposés par les institutions scolaires et par d'autres organismes ;
- de garantir l'activité de médiation interculturelle exercée par les médiateurs inscrits à la liste régionale ouverte de la Région autonome Vallée d'Aoste ;
- de financer les dépenses de gestion du CCIE, qui œuvre sur l'ensemble du territoire régional.

La fragilité économique et la subsidiarité

Pour lutter contre la fragilité économique suivant le principe de la subsidiarité, il y a lieu :

- de promouvoir des actions visant à :
 - détecter les besoins non exprimés des citoyens relevant de la classe moyenne qui connaissent une situation de difficulté temporaire et ne sont pas disposés à s'adresser aux services sociaux ordinaires ;
 - introduire des formes d'aide réciproque et d'échange entre l'individu et la communauté, ainsi que des formes de restitution des sommes élargies dans les cas de besoin, de manière à surmonter la culture de l'assistance toute simple et de l'aide à sens unique (de la société au citoyen) ; pour ce faire, il est capital que les bénéficiaires des aides se sentent obligés – vis-à-vis de la société, de la morale et du droit – de rendre l'argent qu'ils ont obtenu.

NDR : La version italienne de la présente loi et du plan régional de la santé et du bien-être social 2011-2013 y annexé et publié au présent Bulletin officiel n° 50 du 6 décembre 2011, a été publiée au Bulletin officiel n° 45 du 2 novembre 2010.

N.D.R.: La versione italiana della presente legge e dell'allegato Piano regionale per la salute ed il benessere sociale 2011-2013, pubblicato sul presente Bollettino ufficiale n. 50 del 6 dicembre 2011, è stata pubblicata nel Bollettino ufficiale n. 45 del 2 novembre 2010.
