



AXE 5 : LA PRÉVENTION DES TRAUMATISMES ET LA PROMOTION DE LA SÉCURITÉ

Cet axe couvre d'une part la prévention des traumatismes intentionnels et non-intentionnels et la promotion de la sécurité.

1. Principes d'intervention

Prévention des traumatismes et promotion de la sécurité

Tant les événements (accidents) que les traumatismes font l'objet de la prévention des traumatismes, mais la distinction est importante : on dépasse les orientations préventives qui se limitent à identifier des individus à risque et à tenter de modifier leurs comportements et on développe l'idée que l'on peut protéger les individus d'un traumatisme même si l'on ne peut éliminer la cause de celui-ci (analogie avec le vaccin qui empêche de développer la maladie mais qui n'empêche pas le contact avec le virus ou la bactérie).

Les interventions de prévention des traumatismes suivent quatre grands principes :

- Étant donné la multifactorialité des traumatismes, il faut privilégier des stratégies mixtes qui touchent plusieurs facteurs (intersectorialité) ;
- Prioriser les mesures les plus efficaces, qui ont la capacité d'agir sur le résultat final ;
- Prioriser les mesures de prévention passive, qui renforcent la qualité des environnements et ne nécessitent pas une attention permanente des personnes (comme les détecteurs de fumée, le contrôle de la température de l'eau chaude sanitaire etc.). Ces mesures sont plus « égalitaires » que les mesures actives et de meilleure prévisibilité ;
- Considérer les analyses de coût efficacité.

Un cadre de référence en promotion de la sécurité et prévention des traumatismes

Plusieurs approches sont utilisées dans le domaine de la sécurité et de la prévention des traumatismes. Un cadre conceptuel commun constitue un bon fil conducteur entre les modèles utilisés afin de favoriser la collaboration entre les intervenants et les secteurs concernés de même qu'une meilleure coordination des interventions. De plus, plusieurs enjeux de sécurité partagent les mêmes facteurs de risque. Par exemple, les armes à feu, les médicaments, l'alcool, les drogues sont tous reliés au suicide, à la violence, à la criminalité et aux traumatismes non intentionnels. Il est donc avantageux de considérer ces problèmes et ces risques globalement pour favoriser l'efficacité et l'efficience des interventions. L'approche communautaire de la sécurité à l'échelle communale est une réponse adaptée à ce constat.

Le cadre de référence proposé ne rejette aucune approche ou modèle d'intervention. Il vise à proposer une conception de la promotion de la sécurité et de la prévention des traumatismes et constitue en quelque sorte un fil conducteur qui devrait faciliter la création d'un réseau de partenaires provenant de plusieurs disciplines et secteurs différents en vue de collaborer à l'atteinte d'un objectif commun.

Soulignons que toutes les actions proposées sont à mener dans une perspective durable pour atteindre leurs pleins effets et sont dès lors à pérenniser. Les actions de type ponctuel sont moins pertinentes en matière de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité.

2. Programmation

OBJECTIFS DE SANTÉ

Objectifs de santé 1 : Réduire les traumatismes non-intentionnels et notamment

- Atteindre moins de 15% de la population de plus de 65 ans qui ont fait une chute dans l'année
- Atteindre moins de 5% de la population générale ayant eu un accident (quelle que soit son origine) nécessitant des soins dans l'année
- Atteindre moins de 40% des élèves de fin de primaire et secondaire ayant eu une blessure nécessitant des soins dans l'année

Objectif de santé 1 : Réduire les traumatismes non-intentionnels

La santé est bien-sûr considérée ici telle qu'elle est décrite dans la définition proposée par l'OMS, s'étendant au bien-être physique, psychologique et social. Afin d'améliorer la sécurité de tous, de réduire le nombre d'événements non-intentionnels ainsi que la gravité des traumatismes qu'ils provoquent, il sera nécessaire d'adopter différentes stratégies portant sur: les connaissances et les compétences des personnes, le questionnement des représentations en matière de risque et de sécurité, le soutien aux professionnels dans leurs pratiques, la sécurité des environnements ou encore le développement de mesures visant à réduire les temps d'intervention à la suite d'un événement problématique.

Cet objectif de santé se décline en cinq objectifs spécifiques et leurs actions :

Objectif spécifique 1.1. Augmenter la culture de la sécurité en Wallonie. *Cet objectif vise l'ensemble de la population, les professionnels ainsi que les décideurs et responsables institutionnels. Il s'agit notamment d'améliorer le travail en réseau des professionnels et de donner accès à des services, des ressources et des données actuelles en matière de prévention, de promotion et de prise en charge dans le domaine de la sécurité.*

→ **Action 1.11. Créer ou reconnaître un centre de référence pour la promotion de la sécurité et prévention des traumatismes.** Un centre de référence dans le domaine aurait pour missions : la mise à jour et la diffusion des données, des connaissances et des expériences, l'incitation à l'expérimentation et aux apprentissages (prise de risque contrôlé), la promotion des systèmes et matériel de sécurité et de protection, la création d'un système permanent de surveillance des traumatismes, l'observation et l'analyse des environnements humain et physique, l'établissement d'un cadastre, reprenant les institutions actives dans le domaine et les actions existantes, ainsi que sa diffusion, la diffusion de ressources documentaires (conseils, normes, outils pédagogiques...), la participation des populations et la mobilisation communautaire, l'information et la formation des publics, des professionnels et des élus, la mise en réseau des acteurs et des secteurs impliqués, l'appui méthodologie aux acteurs qui en font la demande, etc.

Indicateurs : Le centre est créé ou une institution existante est reconnue comme tel,...



→ **Action 1.12. Organiser de manière permanente les collaborations et les complémentarités entre les institutions et les organismes actifs dans le domaine,** dont les groupements de citoyens. Cela doit passer par une identification des secteurs, des acteurs experts et groupements de citoyens (actualiser le répertoire existant). Par la suite, un séminaire intersectoriel annuel pourrait être organisé dans le but d'échanger des outils et des savoirs, des données, un cadastre des actions, et de rencontrer les représentants de ces groupes pour examiner leur travail et leurs priorités en matière de prévention des traumatismes.

Indicateurs : Nombre d'acteurs répertoriés, la tenue du séminaire annuel, le nombre de rencontres et de groupes de travail, la proportion d'acteurs présents dans le réseau par rapport aux acteurs répertoriés,...

→ **Action 1.13. Collecter et analyser des données sur les besoins et les représentations des citoyens par rapport à la sécurité.** Cette action vise l'augmentation des données disponibles pour adapter au mieux les mesures prises pour la prévention des traumatismes et la promotion de la sécurité. Il serait nécessaire pour cela de rassembler les données existantes et disponibles, mais aussi de mener des enquêtes qualitatives et quantitatives en veillant à ce qu'elles couvrent tous les groupes de population (couverture rurale/urbaine, accessibilité aux personnes qui ne maîtrisent pas ou peu le français, ...). Par ailleurs, la mobilisation des communautés peut également être un outil : utiliser les lieux de participation citoyenne (conseils de participation, commissions consultatives, ...). La collecte et l'analyse des données devraient être suivies par un retour des résultats aux publics concernés en vue d'une ré-appropriation (apports de nuances, informations complémentaires, réflexion sur les réponses/actions à apporter, ...).

Indicateurs : l'existant est rassemblé, les enquêtes sont réalisées, des réunions avec les publics sont organisées,...

→ **Action 1.14. Concevoir et diffuser des outils d'information et de sensibilisation pour prévenir les traumatismes et promouvoir la sécurité.** Ces outils peuvent s'orienter vers une multitude de canaux de diffusion et s'apparenter à des campagnes, des guides, des outils de communication spécifiques, du théâtre action, etc. Les sujets qu'ils doivent aborder touchent à la notion de prise de risque, risque réel, risque perçu, ou encore à la peur. Ces outils peuvent être conçus pour le grand public. Toutefois, il s'agit également de maintenir et de développer des outils qui touchent des publics spécifiques. Les différentes phases de cette action sont les suivantes : conception, prétest, diffusion, évaluation.

Par exemple, il s'agirait de mener une campagne sur la prévention des chutes, sur base d'une sensibilisation aux risques/conséquences liées aux chutes et à la prévention possible aux niveaux des communes (via des conférences à thèmes, les ASBL relais, les Maisons de quartiers, CCCA, ...). Cela pourrait aussi se faire via l'édition d'un dépliant d'information « prévention des chutes » à destination des aînés et des prestataires de soins. Une sensibilisation pourrait également avoir lieu via internet. Les campagnes et activités de prévention des chutes doivent impérativement mettre l'accent sur les trois types de facteurs qui favorisent les chutes, à savoir les facteurs intrinsèques, ceux liés aux comportements et ceux liés aux environnements.

Indicateurs : Des outils sont conçus, testés, diffusés et évalués,...

Objectif spécifique 1.2. Augmenter et renforcer les capacités de la population à adopter des comportements favorables à leur sécurité. « La sécurité est considérée comme un des besoins fondamentaux de l'être humain (Maslow 1968). Elle est par conséquent considérée comme un préalable au maintien et à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population ».¹ À ce titre, l'atteinte de cet objectif d'augmentation et de renforcement des capacités de la population est primordiale pour avoir un impact positif non seulement sur la sécurité des personnes mais aussi sur leur santé. Afin de renforcer les capacités de chacun, les stratégies sont axées sur la formation des adultes et des professionnels qui servent de relais pour toucher des publics spécifiques tels que les enfants et les personnes âgées.

→ **Action 1.2.1. Former les adultes proches de l'enfant** (parents, puéricultrices, gardiennes à domicile, baby sitter, ...) à observer le développement de l'enfant, à identifier les situations à risque, à adapter leur

¹ Centre collaborateur OMS du Québec pour la promotion de la sécurité et la prévention des traumatismes, Sécurité et promotion de la sécurité : aspects conceptuels et organisationnels. Septembre 1998.

comportement et les environnements. Il est donc nécessaire de développer des formations à destination des parents, puéricultrices, gardiennes à domicile, baby sitter, etc.

Indicateurs : Nombre de personnes inscrites à ce type de formation,...

- **Action 1.2.2. Former des animateurs d'« ateliers équilibre »** prenant en compte tous les facteurs de risque (facteurs intrinsèques, facteurs liés aux comportements, facteurs liés aux environnements) de chute chez les aînés et étendre l'implantation de ce type d'ateliers. Il s'agit notamment de permettre aux personnes âgées de mettre en relation leurs capacités fonctionnelles et leur analyse de risque.

Indicateurs : Nombre d'animateurs formés, couverture territoriale des animateurs formés,...

- **Action 1.2.3. Renforcer les compétences des professionnels en matière de stratégies et de méthodes de prévention des traumatismes.** Par exemple, il s'agirait de former de tous les professionnels des services de soins et d'aide qui travaillent au domicile des aînés, de former et soutenir les enseignants pour l'intégration de la thématique de la sécurité routière dans le cursus des élèves, de former les professionnels (moniteurs sportifs) pour comprendre et maîtriser les éléments qui permettent de prévenir, d'anticiper des incidents et des accidents fréquents, etc.

Indicateurs : Nombre de professionnels formés,...

Objectif spécifique 1.3. Promouvoir des environnements favorables à la sécurité de tous. À l'instar de la promotion d'environnements favorables à la santé, cet objectif s'inscrit dans une perspective similaire en visant spécifiquement la sécurité. Les stratégies vont d'une part viser les décideurs et responsables institutionnels afin qu'ils développent des mesures permettant d'aménager les différents lieux de vie de la population et d'autre part, elles vont viser à soutenir et accompagner les personnes dans leurs initiatives d'aménagement de l'environnement.

- **Action 1.3.1. Promouvoir et soutenir l'implantation des labels de « safe communities », « ville-santé », « villes amies des aînés »**,... Par cette action, il est nécessaire de veiller à ce que la sécurité soit une priorité à prendre en compte par les communes, les concepts de « villes-santé » et « villes amies des aînés » comprenant des aspects de sécurité.

Indicateurs : Nombre de communes qui font la demande de label, nombre de communes qui ont obtenu le label, nombre de communes qui développent réellement des activités,...

- **Action 1.3.2. Sensibiliser tous les niveaux de pouvoir à l'accessibilité et à la sécurité de tous, dans tous les lieux publics.** Il est nécessaire de légiférer sur l'aménagement des espaces publics adapté aux besoins des personnes, sur base par exemple des travaux de la Coordination des Associations de seniors¹⁵, de ceux de l'AViQ ou d'autres institutions relais. Les décideurs et responsables institutionnels doivent porter une attention particulière aux publics les plus vulnérables (personnes à mobilité réduite, personnes en situation de handicap, jeunes enfants,...), en sachant que les mesures prises pour ces publics seront bénéfiques pour le public général.

Indicateurs : Mise en place de démarches de sensibilisation, proposition d'adaptation de la législation pour l'aménagement des espaces publics,...

- **Action 1.3.3. Donner accès à du matériel « de sécurité » adapté aux lieux de vie et prévoir l'accompagnement à l'utilisation.** Il s'agit de fournir des moyens financiers et techniques pour la sécurité du domicile (primes à l'achat pour du matériel de sécurité). Les personnes qui y auraient recours devraient être suivies pour la mise en place et accompagnées pour l'utilisation du matériel de sécurité acquis (rampe d'accès, télé-vigilance, adaptation de la salle de bain,...).

Indicateurs : Type de primes existantes, le nombre de personnes qui y ont recours, l'accompagnement est mis en place,...

- **Action 1.3.4. Sensibiliser le législateur à développer des mesures de renforcement de la sécurité des produits (par exemple le secteur de l'automobile, du loisirs, de l'habitat,...) et promouvoir le développement de technologies de prévention passives** (exemple : le retrait de certains produits de la vente, la fixation d'une température maximale pour l'eau chaude sanitaire dans les salles d'eau afin de minimiser les risques de brûlures (initiative mise en place en France), obligation de porter un casque pour les cyclistes et les cavaliers,...). Cette action est à mener en articulation avec des services comme la commission de la sécurité des consommateurs du SPF Economie, P.M.E., Classes moyennes et Energie.

Indicateurs : Mise en place de démarches de sensibilisation du législateur, concertation des services concernés,...

- **Action 1.3.5. Outiller et accompagner les écoles et autres institutions accueillant des enfants à assurer des environnements sécurisés.** Il s'agit par exemple d'équiper les cours d'école et autres espaces de jeux d'équipement certifiés aux normes. Par ailleurs, il est nécessaire de prévoir un accompagnement à l'utilisation et à la gestion et la maintenance de ces équipements sur le long terme. Cela peut aussi passer par une formation du personnel.

Indicateurs : Nombre d'institutions qui sont outillées et accompagnées,...

- **Action 1.3.6. Former les enfants de l'enseignement primaire à l'utilisation des numéros d'appels d'urgence et les initier aux notions de premiers soins.** Cette action requiert une sensibilisation et un intérêt de la part du corps enseignant afin d'importer des programmes de type « Benjamin Secouriste » dans les classes.

Indicateurs : Nombre d'animations mises en place, nombre d'écoles participantes,...

Objectif spécifique 1.4. Réduire la prévalence des chutes chez les aînés. Les stratégies de prévention devraient être globales et multiformes. L'aspect de prévention de chutes est davantage développé ci-dessus dans le volet qui concerne la prévention des traumatismes non intentionnels et la promotion de la sécurité.

- **Action 1.4.1. Implémenter des outils de dépistage de la fragilité et d'évaluation gériatrique globale,** c'est-à-dire « promouvoir le processus diagnostique multidimensionnel et interdisciplinaire du sujet âgé fragile, orienté vers l'identification systématique des problèmes médicaux et des capacités psychosociales et fonctionnelles, dans le but d'implanter un projet de traitement et de suivi à longue durée tenant compte de réalités personnelles et des besoins des patients »¹

Indicateurs : Disponibilité des outils de dépistage, formation à leur utilisation,... réduction chez les personnes de plus de 65 ans, l'incidence des fractures de l'extrémité supérieure du fémur

- **Action 1.4.2. Appuyer les activités collectives qui favorisent le renforcement musculaire (par exemple le Tai-Chi, le Yoga, etc.) et celles qui favorisent chez les aînés l'amélioration de l'équilibre.** Ces initiatives méritent d'être soutenues et étendues, et une communication vers les aînés est nécessaire. Des exemples d'activités à promouvoir seraient de mener une campagne « Semaine de l'équilibre en Wallonie », de favoriser la gratuité des inscriptions aux clubs sportifs et l'accès gratuit aux piscines avec des plages horaires « réservées », etc.

Indicateurs : Nombre d'activités appuyées, diffusion de ce type d'activités au travers de la campagne de sensibilisation,... réduction chez les personnes de plus de 65 ans, l'incidence des fractures de l'extrémité supérieure du fémur

- **Action 1.4.3. Développer le dépistage des personnes à risque de chute par le médecin généraliste et le proposer aux personnes à partir de 60 ans.** Cette mesure préventive permettrait ainsi d'informer, de conseiller et d'orienter les personnes selon leur niveau de risque (Arbre décisionnel pour la prévention des chutes des personnes âgées vivant à domicile)

Indicateurs : Proposition effective du dépistage aux personnes par le médecin,... réduction chez les personnes de plus de 65 ans, l'incidence des fractures de l'extrémité supérieure du fémur

→ **Action 1.4.4. Développer et mettre en place un programme d'évaluation du risque de chute et d'intervention en maison de repos et de soins.** Si ces programmes ne semblent pas exister tels quels, ils sont suggérés dans de nombreux travaux plus généraux⁷.

Indicateurs : Processus de développement du programme, diffusion du programme, nombre de maisons de repos et de soin qui l'appliquent, ... réduction chez les personnes de plus de 65 ans, l'incidence des fractures de l'extrémité supérieure du fémur

→ **Action 1.4.5. Promouvoir et soutenir les initiatives pour apprendre aux personnes âgées à se relever seule lors d'une chute.** Ces initiatives devraient être intégrées dans les activités collectives de loisirs des personnes à partir de 60 ans. Il s'agit donc de sensibiliser les institutions à intégrer cette dimension dans leur offre d'activité et d'appuyer celles qui le font déjà. Par ailleurs, il s'agit également de soutenir les activités existantes de type « ateliers équilibres ».

Indicateurs : Nombre d'institution intégrant la dimension, nombre de personnes participant aux ateliers, ...

Objectif spécifique 1.5. Réduire la mortalité et la morbidité liées à la violence routière

Indicateurs : taux de décès par accidents de la route, morbidité par accidents de la route, le nombre de blessés par accidents de la route

Objectif spécifique 1.6. Réduire les accidents de la vie courante chez les enfants

Indicateurs : réduire, chez les enfants de moins de 15 ans la mortalité par accidents de la vie courante

Objectif spécifique 1.7. Intégrer la sécurité de façon transversale dans toutes les politiques et à tous les niveaux de pouvoir, afin d'encourager les politiques, les actions et concertations locales en lien avec la prévention des traumatismes.

→ **Action 1.7.1. Développer des politiques qui s'engagent à promouvoir, protéger et rétablir la santé** Il s'agit ici d'encourager les approches intersectorielles en santé mentale aux différents niveaux de pouvoir (fédéral, FWB, régional) qui prennent en compte les déterminants de la santé.

Indicateurs : Impact des actions entreprises sur la diminution des traumatismes

→ **Action 1.7.2. Mettre en place des évaluations d'impact sur la santé** pour estimer les retombées potentielles des projets, des politiques et des interventions sur les traumatismes de santé.

Indicateurs : Mise en place d'évaluation d'impact en santé, financement de ce type d'évaluation, ...

VII. Cadre de gestion du Plan

Le Plan doit être opérationnalisé, implémenté sur tout le territoire wallon (région de langue française), mené jusque 2030 et avoir un impact durable.

Un plan de santé, ce sont des déclarations d'intention et des engagements pour l'avenir. Pour les concrétiser en actions réelles, il convient de mettre en place des mécanismes performants de gestion de l'implantation et de soutien à la dynamique générale du plan. Les principes de gouvernance de la gestion du Plan s'inscrivent dans la continuité de ceux qui ont guidé son écriture : participation et collaboration des parties prenantes, co-construction, transparence (rapports publics). Il doit reposer pour cela sur des structures permanentes et organisées, miser sur la participation et reposer sur les preuves.

La qualité de la gestion du plan déterminera directement l'efficacité de celui-ci et sa mise en place sur le long terme.

Un comité de pilotage stratégique est mis en place pour assurer la coordination du Plan. La composition et le fonctionnement de ce comité est arrêtée par le Gouvernement. Au minimum sont représentés dans le comité de pilotage stratégique : l'Agence en charge de la promotion de la santé, le comité de concertation des CLPS, celui des centres d'expertises, les centres d'opérationnalisation, les opérateurs en promotion de la santé. Ce comité comprendra également dans ses membres des responsables de la santé environnementale en Région wallonne, des acteurs locaux de promotion de la santé

Le comité de pilotage stratégique doit répondre à quatre objectifs de gestion : évaluation, ajustement, gestion budgétaire et communication. Pour arriver à ces objectifs, le comité de pilotage stratégique réalise ou fait réaliser un ensemble de tâches telles que définies ci-dessous.

Le comité de pilotage peut décider de créer des sous-groupes, ponctuels ou permanents de concertation pour l'épauler dans son travail.

1. Objectifs de la gestion du plan

La fonction de gestion du Plan doit assumer plusieurs objectifs complémentaires :

1.1 Evaluation

- Favoriser l'appropriation de la méthode d'évaluation participative par les parties prenantes en lien avec le code wallon de l'action sociale et la santé (CWASS) et les méthodes développées à l'AVIQ (notamment le RASH).
- Évaluer le degré de réalisation des interventions prévues dans le Plan sur base, entre autres, des informations fournies par les acteurs
- Evaluer les résultats et l'impact des interventions par rapport aux objectifs du Plan.
- Analyser les écarts entre le prévu et ce qui est atteint (effets attendus et non attendus en termes de réalisation, de résultat et d'impact), leurs causes et les mesures d'adaptation
- Analyser les risques et envisager les mesures de réduction ou de prévention des risques
- Analyser la qualité des interventions en fonction des critères préalablement identifiés
- Analyser le plan de prévention et de promotion de la santé en tant qu'outil de gouvernance aux niveaux régional, interrégional et local en ce compris les territoires propres à chaque CLPS.
- Identifier les synergies entre le Plan wallon de prévention et de promotion de la santé et les autres plans wallons, ainsi qu'avec les acteurs de promotion de la santé de la cocof et l'ONE notamment.

1.2. Ajustements

- Partager le contenu de ces évaluations et analyses avec les parties prenantes du Plan (citoyens, opérateurs, services administratifs, autorités politiques) pour les compléter, les valider et formuler les mesures correctrices et d'amélioration.
- Accompagner les parties prenantes dans la mise en place des ajustements découlant des évaluations et analyses (mise à jour du Plan).

1.3. Analyse des coûts liés au Plan et la gestion du budget

- Analyser les coûts liés au Plan et l'utilisation du budget y consacré.
- Soutenir le recours aux possibilités de financement des actions du plan (Fonds européens, partenariats, etc.)

1.4. Communiquer vers la population, en ce compris les publics spécifiques, sur le plan et son cadre de mise en œuvre.

- Communiquer sur le plan, ses avancées, sa mise à jour etc à l'initiative du comité de pilotage stratégique qui propose le contenu et les modalités de communication au grand public.

2. Tâches à réaliser

Dans l'exercice de la gestion du Plan, il est des fonctions spécifiques qui requièrent des compétences, des activités et des procédures particulières. Le paragraphe suivant décrit les actions portant sur la mise en place des fonctions et procédures spécifiques de cette gestion du plan.

2.1. Fonction de suivi

2.1.1 Tableau de bord comme outil de monitoring

Construction d'un Tableau de bord (monitoring). Il s'agit de concevoir une base de données dont l'architecture s'inspire du format du Plan et des outils existant à l'AVIQ, qui permettra la collecte organisée des informations nécessaires au suivi de l'exécution du Plan et à l'estimation de son impact.

La base de données devra reprendre par objectif de santé et objectifs spécifiques, les actions mises en œuvre et leurs caractéristiques (opérateurs, publics bénéficiaires, couverture territoriale, éventuellement budgets, etc.). Pour chaque action ou par groupe d'actions au sein d'objectifs spécifiques, des indicateurs probants de réalisation (dans quelle mesure l'action est réalisée) et éventuellement de résultats (résultats immédiats découlant des actions) seront prévus. La mesure de la réduction des inégalités sociales de santé fera l'objet d'un point d'attention.

Le tableau de bord fera état de l'avancement des modalités de concertation mises en œuvre quand des actions du plan nécessitent une concertation entre secteurs ou niveaux de pouvoir (protocoles, conventions, accords de coopération, contrats de gestion, etc.).

Par ailleurs, il faudra relier les objectifs de santé du Plan à des indicateurs de santé à suivre sur le long terme. L'amélioration des paramètres santé de la population est la finalité ultime du Plan ; ce point est donc d'importance stratégique.

Dans la mise en place du Tableau de bord, le comité de pilotage stratégique définira les caractéristiques des actions et les indicateurs en s'assurant de leur pertinence et de leur faisabilité.

Conception et mise en place des canaux et procédures de collecte d'informations. Il s'agit ici de mettre en place un système de remontées d'informations du terrain et de l'Agence permettant d'alimenter en continu la base de données Tableau de bord. Il doit permettre l'obtention d'informations pertinentes et fiables selon les règles applicables en matière de simplification administrative. Pour permettre une interprétation correcte de l'information, des standardisations de vocabulaire (types d'actions, types de public bénéficiaire, etc.) seront nécessaires (cf. santé mentale des enfants et adolescents).

Pour la collecte d'informations nécessaires à la confection des indicateurs de santé, les canaux sont plus spécifiques et on pourra s'appuyer sur les travaux de l'IWEPS et des Observatoires de la santé. Éventuellement, des propositions d'enquête pourront être formulées si des indicateurs jugés importants ne sont pas disponibles.

Gestion des flux d'information et mise à jour continue du Tableau de bord. Cette tâche impliquera un contact permanent entre l'ensemble des membres du comité de pilotage (rappels, validations, corrections).

2.1.2 Analyses qualitatives complémentaires

En complément à l'utilisation de l'outil Tableau de bord (2.1.1), d'autres méthodes qualitatives et participatives (observations, focus groupes, interviews) sont utiles pour mieux comprendre et documenter ce qui marche (ou pas), comment et pourquoi, en fonction de quels facteurs contextuels, afin de pouvoir ajuster de manière pertinente les objectifs et actions du Plan, dans une perspective d'amélioration continue de la qualité.

2.2 Fonction de rapport et d'analyses

À partir du Tableau de Bord (2.1.1) et des analyses complémentaires (2.1.2), l'équipe de gestion doit pouvoir fournir périodiquement des rapports sur l'avancement de l'exécution du Plan. Le contenu à la fois quantitatif et qualitatif pourra porter entre autres sur des comparaisons « prévu/réalisé », les publics réellement bénéficiaires, la couverture des interventions et, dans les cas où les indicateurs de résultats sont prévus, une estimation des effets attendus et non attendus à court terme du Plan.

L'évaluation de processus (difficultés d'exécution, remise en question de la pertinence ou de la faisabilité des actions du Plan, éléments extérieurs non prévus, perturbants ou facilitateurs, ...) devra obligatoirement être conduite en collaboration avec les opérateurs, les services de l'Agence concernés et des experts thématiques sur la base des éléments récoltés et de discussions explicatives. Les résultats des enquêtes qualitatives spécifiques mentionnées ci-dessus seront particulièrement utiles à ce niveau.

Il est suggéré de produire un rapport d'évaluation de l'exécution du Plan, consolidé et public, annuellement.

2.3 Fonction d'ajustement du Plan

Le Plan devra guider les interventions sur une longue période, en principe jusqu'à l'horizon 2030. Il est impératif de mettre à jour périodiquement le contenu du Plan pour qu'il garde son statut de référence opérateurs de promotion de la santé.

Les rapports et analyses décrits ci-dessus et les constats qui en découlent vont induire des besoins d'ajustements. L'équipe de gestion a pour mission d'intégrer les aménagements dans le Plan et dans la base de données Tableau de bord. Ce processus de modification partielle du Plan se fera sur une base annuelle pour les ajustements mineurs des actions et des chronogrammes et sur une base quinquennale pour des ajustements impliquant des modifications plus structurelles (changements d'objectifs spécifiques ou de santé, aménagements stratégiques). **La formulation de corrections majeures fera l'objet d'un processus collaboratif et participatif inspiré de la méthode de rédaction du plan (groupe de travail et canevas de rédaction).**

En pratique, ce sont les évaluations consolidées, pouvant intégrer des processus participatifs, qui devraient guider la nature des ajustements des stratégies du Plan.

Pour permettre une évaluation globale du Plan dans le temps et renforcer l'expérience collective en planification de la santé, il est important de documenter les ajustements successifs (nature des changements et motivations).

Des facteurs extérieurs majeurs (modifications budgétaires significatives, changement d'orientation politiques ou de structuration du secteur, réforme de l'état, ...) peuvent également rendre inévitable un travail d'ajustement.