

Cahier spécial des charges relatif à des services
Implémentation de la guide de pratique clinique
« Rééducation d'un patient après un AVC »

TABLE DES MATIÈRES.

A.	DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	3
1.	Objet et nature du marché.....	3
2.	Durée du contrat	5
3.	Pouvoir adjudicateur	5
4.	Informations complémentaires.....	5
4.1.	Session d'information.....	5
5.	Introduction des offres.....	6
5.1.	Droit et mode d'introduction des offres	6
5.2.	Modification ou retrait d'une offre déjà introduite	6
6.	Fonctionnaire dirigeant	7
7.	Description des services à prester.....	7
8.	Documents régissant le marché	7
8.1.	Législation.....	7
8.2.	Documents du marché	7
8.3.	Avis de marché et rectificatifs	7
9.	Offres.....	8
9.1.	Données à mentionner dans l'offre	8
9.2.	Durée de validité de l'offre	9
9.3.	Échantillons, documents et attestations à joindre à l'offre.....	9
10.	Prix.....	9
10.1.	Prix.....	9
10.2.	Révision des prix.....	9
11.	Aperçu de la procédure – Régularité des offres – Critères d'attribution	10
11.1.	Aperçu de la procédure – Régularité des offres.....	10
11.2.	Critères d'attribution.....	10
12.	Cautionnement.....	12
13.	Modification en cours d'exécution du marché	13
14.	Exécution des services.....	14
14.1.	Délais et clauses	14
14.2.	Suivi des prestations.....	14
14.3.	Lieu où les services doivent être exécutés.....	14
14.4.	Vérification et réception des services exécutés.....	14
15.	Facturation et paiement.....	15
16.	Responsabilité de l'adjudicataire	15
16.1.	Responsabilité générale de l'adjudicataire	15
16.2.	Engagements particuliers pour l'adjudicataire	15
17.	Protection des données à caractère personnel et de la vie privée.....	16
18.	Litiges.....	19
B.	PRESCRIPTIONS TECHNIQUES	20
C.	ANNEXES.....	32

SPF Sante publique, Sécurité de la Chaîne
alimentaire et Environnement
Avenue Galilée 5/02 – 1210 Bruxelles

Julie Cristens (questions de fond)
julie.cristens@ebpracticenet.be

Sara Olislagers (procédure et budget)
+32 (0)2 524 97 11
sara.olislagers@health.fgov.be

CAHIER SPÉCIAL DES CHARGES n° EBP/CVA AVC/2021/02

PROCÉDURE CONCURRENTIELLE AVEC NÉGOCIATION
POUR L'IMPLÉMENTATION DE LA GUIDE DE PRATIQUE CLINIQUE
« RÉÉDUCATION D'UN PATIENT APRÈS UN AVC »
POUR LE COMPTE DU SERVICE PUBLIC FEDERAL SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAINE
ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT

A. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Objet et nature du marché

Le présent marché concerne l'implémentation du guide de pratique clinique « Rééducation d'un patient après un AVC ».

Concrètement, le marché se compose des éléments suivants :

Lot 1 : Développement d'actions d'implémentation pour le guide de pratique clinique « Rééducation d'un patient après un AVC ».

Le but du lot 1 est de développer un ensemble cohérent d'actions d'implémentation pouvant être utilisé pour mettre en œuvre les recommandations prioritaires du guide de pratique clinique « Rééducation d'un patient après un AVC ». Différents groupes professionnels devraient être impliqués dans le développement de ces actions d'implémentation afin de maximiser le soutien multidisciplinaire.

Le soumissionnaire est libre de faire un choix dans l'utilisation des différentes interventions proposées en vue d'une implémentation. Au moment de sélectionner les interventions, l'adjudicataire est attentif à la probabilité qu'une intervention soit efficace. Concernant le choix d'interventions spécifiques, l'adjudicataire se base, dans la mesure du possible, sur :

- des modèles scientifiques de changements comportementaux ;
- les obstacles connus à la mise en œuvre d'une rééducation après un accident vasculaire cérébral ;
- des données probantes relatives à des interventions efficaces en matière de changement de comportement chez les prestataires de soins ;
- la possibilité des interventions d'atteindre un nombre important de prestataires de soins et de patients.

Partant de là, il est demandé à l'adjudicataire d'élaborer des interventions centrées sur plusieurs obstacles connus.

Lot 2 : Exécution d'actions d'implémentation pour le guide de pratique clinique « Rééducation d'un patient après un AVC ».

Le but du lot 2 est d'exécuter les interventions développées au lot 1 afin de soutenir un groupe aussi grand que possible de prestataires de soins dans la mise en œuvre des recommandations prioritaires du guide de pratique clinique « Rééducation d'un patient après un AVC ». La méthode spécifique utilisée au lot 2 dépendra du choix des interventions au lot 1, et se base sur le plan d'implémentation mis au point au lot 1. L'implémentation s'effectuera avec une attention pour l'évaluation.

Lot 3 : Évaluation d'actions d'implémentation pour le guide de pratique clinique « Rééducation d'un patient après un AVC ».

Le but du lot 3 est d'évaluer les actions d'implémentation exécutées au lot 2. Les actions d'implémentation spécifiques font souvent l'objet d'un nombre insuffisant d'études ou d'évaluations, de sorte qu'une incertitude existe quant à l'efficacité des activités d'implémentation pour des recommandations issues de guides de pratique clinique. En conséquence, il est très important de documenter les méthodes utilisées et de faire rapport sur les effets des actions d'implémentation. L'évaluation des actions d'implémentation peut aussi contribuer à la base factuelle (« evidence base ») pour l'implémentation de guides de pratique clinique.

Il y aura trois niveaux différents d'évaluation : évaluation de résultat, évaluation d'effets intermédiaires et évaluation de processus.

Il est fortement recommandé, lors de la mise en œuvre du projet, de collaborer avec des experts ou organisations qui ont acquis une expérience de terrain en matière de changement de comportement chez les prestataires de soins et/ou en matière de rééducation après un AVC. Pour la réalisation de chacun des trois lots, l'adjudicataire sera assisté par la cellule d'implémentation (ebpracticenet) et/ou la cellule d'évaluation (CEBAM) du réseau EBP. La cellule d'implémentation supervisera le processus dans le but de veiller à la concordance entre les objectifs du projet et les besoins d'implémentation, et de faciliter la harmonisation entre les différents lots. La cellule d'évaluation du réseau EBP s'assurera de la possibilité de procéder à une évaluation des différents lots.

Pour de plus amples informations sur le contexte et les objectifs de chaque lot, voir point B: Prescriptions techniques.

Un comité d'accompagnement sera constitué, composé de représentants du SPF Santé publique, de l'INAMI, de l'AFMPS, de « core partners » du réseau EBP (cellule de priorisation, cellule d'implémentation et cellule d'évaluation) et d'experts dans le domaine de la rééducation après un AVC. Lors de sa composition, il sera veillé à un équilibre linguistique.

Ce comité se réunira, ensemble avec l'exécutant du marché, au moins au début et à la fin du marché en vue du suivi des travaux dans le cadre de l'exécution du marché.

À la fin de chaque lot, une présentation sera donnée au comité de pilotage du réseau EBP et un rapport sera rédigé dans les deux langues nationales.

La procédure choisie par le pouvoir adjudicateur est la procédure concurrentielle avec négociation.

Ce marché est divisé en plusieurs lots.

Le soumissionnaire a la possibilité de proposer une offre pour un ou plusieurs lots, mais les lots 1 et 2 doivent impérativement être exécutés par le même soumissionnaire. Le soumissionnaire du lot 3 doit impérativement exécuter ses travaux en concertation avec le soumissionnaire des lots 1 et 2, afin de garantir la cohérence entre le développement, l'exécution et l'évaluation des actions d'implémentation.

Le soumissionnaire doit fournir une offre de prix distincte pour chaque lot pour lequel il est candidat et tous les autres documents décrits au point 9.3 du présent cahier des charges.

Il s'agit d'un marché à prix global (AR du 18 avril 2017, art. 2, 3°).

2. Durée du contrat

Le marché prend cours le troisième jour ouvrable qui suit la date de l'envoi de la notification de la conclusion du marché et dure jusqu'au moment où le marché est complètement exécuté. L'exécution des services prévus au présent cahier spécial des charges doit, dans tous les cas, être terminée dans le délai prévu, conformément au point 14.1.

3. Pouvoir adjudicateur

Le pouvoir adjudicateur est l'État belge, le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, représenté par Monsieur Tom Auwers, président du SPF SPSCAE.

Aussi longtemps que le pouvoir adjudicateur n'a pas pris de décision au sujet de la sélection ou de la régularité des offres, de l'attribution du marché ou de la renonciation à l'attribution ou à la conclusion du marché, les soumissionnaires et les tiers n'ont aucun accès aux documents relatifs à la procédure de passation, notamment aux offres et aux documents internes du pouvoir adjudicateur.

4. Informations complémentaires

4.1. Session d'information

Vu la complexité du marché, le pouvoir adjudicateur a décidé d'organiser une session d'information à l'attention des soumissionnaires potentiels. Ces derniers pourront poser des questions et assister à la session d'information. Elle aura lieu entre la date de publication de l'avis de marché et la date ultime d'introduction des offres.

Cette session d'information se tiendra vendredi le 30 avril 2021 à 9h30 et sera organisée par voie électronique.

Afin de permettre un déroulement correct de la session d'information, les soumissionnaires potentiels qui souhaitent y assister sont priés de faire parvenir **leurs questions et leur présence** au pouvoir adjudicateur exclusivement à l'adresse e-mail suivante sara.olislagers@health.fgov.be. Seules les questions qui seront parvenues au pouvoir adjudicateur au plus tard **mardi le 27 avril 2021** seront traitées pendant cette session.

À l'issue de la session d'information, le pouvoir adjudicateur publiera le procès-verbal de la session d'information aux participants.

Les soumissionnaires potentiels qui n'auront pas pu être présents auront également la possibilité d'obtenir le procès-verbal en introduisant la demande auprès de sara.olislagers@health.fgov.be.

5. Introduction des offres

5.1. Droit et mode d'introduction des offres

Sans préjudice des variantes éventuelles, chaque soumissionnaire ne peut remettre qu'une offre par marché. Chaque participant à un groupement d'opérateurs économiques sans personnalité juridique est considéré comme un soumissionnaire. Les participants à un groupement d'opérateurs économiques sans personnalité juridique doivent désigner celui d'entre eux qui représentera le groupement à l'égard du pouvoir adjudicateur.

Le pouvoir adjudicateur impose l'utilisation des moyens électroniques sous peine de nullité de l'offre.

Les offres doivent être en possession du pouvoir adjudicateur avant mardi le 18 mai 2021 à 10h00.

Les communications et les échanges d'informations entre le pouvoir adjudicateur et les opérateurs économiques, y compris la transmission et la réception électronique des offres, doivent, à tous les stades de la procédure de passation, être réalisés par des moyens de communication électroniques.

Les offres électroniques doivent être envoyées via le site internet e-tendering <https://eten.publicprocurement.be> qui garantit le respect des conditions établies à l'article 14 § 6 et 7 de la loi du 17 juin 2016. Le pouvoir adjudicateur attire l'attention des soumissionnaires sur le fait que l'envoi d'une offre par mail ne répond pas aux conditions de l'art. 14 § 6 et 7 de la loi du 17 juin 2016.

En introduisant son offre par des moyens électroniques, le soumissionnaire accepte que les données de son offre soient enregistrées par le dispositif de réception. Plus d'informations peuvent être obtenues sur le site : <https://www.publicprocurement.be> ou via le numéro de téléphone du helpdesk du service e-Procurement : +32 (0)2 740 80 00.

5.2. Modification ou retrait d'une offre déjà introduite

Les modifications ou le retrait d'une offre déjà introduite doivent/doit impérativement respecter les dispositions prévues à l'art. 43 de l'AR du 18 avril 2017.

6. Fonctionnaire dirigeant

Le fonctionnaire dirigeant (qui sera un fonctionnaire du pouvoir adjudicateur) sera désigné dans la notification de la conclusion du marché. Les limites de sa compétence y seront indiquées. Il peut être remplacé en cours d'exécution du marché, ce remplacement sera notifié par écrit à l'adjudicataire.

7. Description des services à prester

Voir annexe B : prescriptions techniques pour plus d'information.

Un bref aperçu des livrables :

- ✓ Un plan d'implémentation en NL et FR ;
- ✓ Le matériel d'intervention en NL et FR ;
- ✓ Un rapport des interventions effectuées en NL et FR ;
- ✓ Un fichier de données ;
- ✓ Un rapport de l'évaluation de processus en NL et FR.

8. Documents régissant le marché

8.1. Législation

- La loi du 17 juin 2016 relative aux marchés publics;
- La loi du 17 juin 2013 relative à la motivation, à l'information et aux voies de recours en matière de marchés publics, de certains marchés de travaux, de fournitures et de services;
- L'arrêté royal du 18 avril 2017 relatif à la passation des marchés publics dans les secteurs classiques;
- L'arrêté royal du 14 janvier 2013 établissant les règles générales d'exécution des marchés publics;
- Toutes les modifications aux lois et aux arrêtés précités, en vigueur au jour de la publication de l'avis de marché au Bulletin des Adjudications et/ou au Journal officiel de l'Union européenne.

8.2. Documents du marché

- Le présent cahier spécial des charges n° EBP/CVA AVC/2021/02;
- Le formulaire d'offre y annexé.

8.3. Avis de marché et rectificatifs

Les avis de marché et rectificatifs annoncés ou publiés au Bulletin des Adjudications ou au Journal Officiel de l'Union européenne qui ont trait aux marchés en général, ainsi que les avis de marché et rectificatifs relatifs à ce marché, font partie intégrante du présent cahier spécial des charges. Le soumissionnaire est censé en avoir pris connaissance et en avoir tenu compte lors de l'établissement de son offre.

9. Offres

9.1. Données à mentionner dans l'offre

L'attention des soumissionnaires est attirée sur les principes généraux édictés aux articles 4, 5, 6, 7 et 11 de la loi du 17 juin 2016 et qui sont applicables à la présente procédure de passation.

Il est fortement recommandé au soumissionnaire d'utiliser le formulaire d'offre en annexe. À défaut d'utiliser ce formulaire, il supporte l'entière responsabilité de la parfaite concordance entre les documents qu'il a utilisés et le formulaire.

L'offre et les annexes jointes au formulaire d'offre sont rédigées en français ou en néerlandais.

Le soumissionnaire indique clairement dans son offre quelle information est confidentielle et/ou se rapporte à des secrets techniques ou commerciaux et ne peut donc pas être divulguée par le pouvoir adjudicateur.

Les renseignements suivants seront mentionnés dans l'offre:

- le prix global en lettres et en chiffres (hors TVA);
- le montant de la TVA;
- le montant total de l'offre en lettres et en chiffres (TVA incluse);
- les frais généraux ne sont pas pris en compte;
- la signature du rapport de dépôt de l'offre initiale et de l'offre finale par la personne ou les personnes compétente(s) ou mandatée(s), selon le cas, pour engager le soumissionnaire;
- la qualité de la personne ou des personnes, selon le cas, qui signe(nt) l'offre;
- le numéro d'immatriculation complet du soumissionnaire auprès de la Banque Carrefour des Entreprises (pour les soumissionnaires belges).

Nous souhaitons attirer votre attention sur la communication importante suivante

- Les litiges en rapport avec des marchés publics du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement sont traités par le Conseil d'État.
- Au cours des dernières années, le Conseil d'État a adopté une attitude stricte et restrictive en ce qui concerne la signature des offres par une personne habilitée à la gestion journalière d'une société.
- Le Conseil d'État est d'avis que la signature d'offres dans le cadre d'un marché public ne peut pas être considérée comme un acte de gestion journalière.
- Une offre signée par une personne uniquement habilitée à la gestion journalière est considérée par le Conseil d'État comme étant substantiellement irrégulière.
- Cette problématique s'applique aux offres signées tant électroniquement que physiquement, et ne concerne pas la validité technique de la signature électronique (validité du certificat, etc.)
- Nous vous conseillons par conséquent de soigneusement vérifier si l'offre que vous introduisez a été signée par la/les bonne(s) personne(s).

9.2. Durée de validité de l'offre

Les soumissionnaires restent liés par leur offre pendant un délai de 90 jours calendrier, à compter du jour qui suit celui de la date limite de réception.

9.3. Échantillons, documents et attestations à joindre à l'offre

Les soumissionnaires joignent à leur offre:

- tous les documents demandés dans le cadre des critères d'attribution ;
- un budget détaillé avec un aperçu du prix par catégorie de dépenses/par lot. Les frais généraux ne sont pas pris en compte ;
- une proposition de projet par écrit, décrivant la méthode, les activités prévues et l'équipe impliquée dans l'exécution du lot concerné ;
- les statuts ainsi que tout autre document utile prouvant le mandat du (des) signataire(s).

10. Prix

10.1. Prix

Tous les prix mentionnés dans le formulaire d'offre doivent être obligatoirement libellés en EURO.

Le présent marché est un marché à prix global, ce qui signifie que le prix global est forfaitaire.

L'adjudicataire est censé avoir inclus dans son prix global tous les frais possibles grevant les services, à l'exception de la TVA.

10.2. Révision des prix

Pour le présent marché, aucune révision des prix n'est applicable.

11. Aperçu de la procédure – Régularité des offres – Critères d’attribution

11.1. Aperçu de la procédure – Régularité des offres

Seuls les candidats sélectionnés pourront introduire une offre initiale qui servira de base aux négociations.

Dans une première phase, les offres introduites par les soumissionnaires seront examinées sur le plan de la régularité.

En application de l'article 76 § 4 de l'AR du 18 avril 2017 et avant le début des négociations, le pouvoir adjudicateur donne au soumissionnaire la possibilité de régulariser une offre qui contient de multiples irrégularités non substantielles, lorsque le cumul ou la combinaison produit les effets visés au paragraphe 1, troisième alinéa de l'article 76. Le pouvoir adjudicateur donne la même possibilité au soumissionnaire qui a introduit une offre qui contient une irrégularité substantielle.

Dans une seconde phase, le pouvoir adjudicateur analysera les offres régulières sur base des critères d’attribution repris dans le présent cahier spécial des charges en vue de constituer la shortlist de soumissionnaires avec lesquels des négociations seront menées. Un maximum de trois soumissionnaires pourra être repris dans la shortlist.

Le pouvoir adjudicateur se réserve la faculté de ne pas négocier les offres initiales. Si le pouvoir adjudicateur décide de négocier, les négociations porteront exclusivement sur les offres initiales et ultérieures. Toutefois les exigences minimales et les critères d’attribution ne font pas l’objet des négociations. A l’issue des négociations, les soumissionnaires pourront introduire une offre finale (Best and final Offer).

11.2. Critères d’attribution

Le pouvoir adjudicateur choisira, pour attribuer le présent marché public, l’offre économiquement la plus avantageuse. Les offres régulières des soumissionnaires sélectionnés seront confrontées aux critères d’attribution ci-après.

Ces critères seront pondérés afin d’obtenir un classement final.

Les critères d’attribution sont les suivants:

1. Le prix (50%);
2. La méthodologie utilisée (40%);
3. Le planning du projet (10%).

Les cotations pour les 3 critères d’attribution seront additionnées. Le marché sera attribué au soumissionnaire qui obtient la cotation finale la plus élevée, après que le pouvoir adjudicateur aura vérifié, à l’égard de ce soumissionnaire, l’exactitude de la déclaration faite dans le cadre du document unique de marché européen.

L’évaluation des critères d’attribution se fera comme suit :

- le critère d’attribution 1 sera évalué sur base de le prix sera évalué sur base de la formule suivante :

$$G1 = (\text{Prix max} / \text{Prix offre}) \times 0,5$$

L’évaluation des offres dans le cadre du critère prix se fera sur base du prix total TVA comprise.

- le critère d'attribution 2 sera évalué sur base de la méthodologie utilisée pour l'implémentation et l'évaluation qui tient compte des lacunes actuelles dans le Rééducation d'un patient après un AVC, qui témoigne d'une connaissance des déterminants individuels et déterminants environnementaux du comportement des prestataires de soins et des obstacles à l'implémentation d'un nouveau comportement, et appliquée à la situation spécifique du Rééducation d'un patient après un AVC. Dans le choix des interventions, il sera tenu compte de la portée et de l'efficacité des interventions possibles. Des mécanismes d'évaluation seront mis en place pour évaluer de manière avisée la portée et l'efficacité des différentes propositions ;

<i>Évaluation de la qualité de la méthodologie</i>	<i>Score</i>
Faible, avec d'importantes limitations	1
Satisfaisant (avec des limitations moindres)	2
Bon standard, conforme aux besoins souhaités	3
Standard élevé à valeur ajoutée	4
Standard très élevé, de qualité exceptionnelle	5

Le score obtenu sera traduit en points selon le coefficient de pondération de chaque critère, au moyen de la formule suivante :

$$G2 = (S \text{ eval} / S \text{ max}) \times 0,4$$

- le critère d'attribution 3 sera évalué sur base du planning proposé concernant la préparation, l'organisation et l'exécution du projet ;

<i>Évaluation de la qualité du planning</i>	<i>Score</i>
Faible, avec d'importantes limitations	1
Satisfaisant (avec des limitations moindres)	2
Bon standard, conforme aux besoins souhaités	3
Standard élevé à valeur ajoutée	4
Standard très élevé, de qualité exceptionnelle	5

Le score obtenu sera traduit en points selon le coefficient de pondération de chaque critère, au moyen de la formule suivante :

$$G3 = (S \text{ eval} / S \text{ max}) \times 0,1$$

12. Cautionnement

Le cautionnement est fixé à 5 % du montant total, hors TVA, du marché. Le montant ainsi obtenu est arrondi à la dizaine d'euro supérieure.

Le cautionnement peut être constitué conformément aux dispositions légales et réglementaires, soit en numéraire, ou en fonds publics, soit sous forme de cautionnement collectif.

Le cautionnement peut également être constitué par une garantie accordée par un établissement de crédit satisfaisant au prescrit de la législation relative au statut et au contrôle des établissements de crédit ou par une entreprise d'assurances satisfaisant au prescrit de la législation relative au contrôle des entreprises d'assurances et agréée pour la branche 15 (caution).

L'adjudicataire doit, dans les trente jours de calendrier suivant le jour de la conclusion du marché, justifier la constitution du cautionnement par lui-même ou par un tiers, de l'une des façons suivantes:

- 1° la constitution d'un cautionnement via la caisse de dépôt et de consignation se fait dorénavant exclusivement par le biais de l'application online E-DEPO, pour plus d'informations www.caissedesdepots.be;
- 2° lorsqu'il s'agit de fonds publics, par le dépôt de ceux-ci entre les mains du caissier de l'État au siège de la Banque nationale à Bruxelles ou dans l'une de ses agences en province, pour compte de la Caisse des Dépôts et Consignations, ou d'un organisme public remplissant une fonction similaire;
- 3° lorsqu'il s'agit d'un cautionnement collectif, par le dépôt par une société exerçant légalement cette activité, d'un acte de caution solidaire auprès de la Caisse des Dépôts et Consignations ou d'un organisme public remplissant une fonction similaire;
- 4° lorsqu'il s'agit d'une garantie, par l'acte d'engagement de l'établissement de crédit ou de l'entreprise d'assurances.

Cette justification se donne, selon le cas, par la production au pouvoir adjudicateur:

- 1° soit du récépissé de dépôt de la Caisse des Dépôts et Consignations ou d'un organisme public remplissant une fonction similaire;
- 2° soit d'un avis de débit remis par l'établissement de crédit ou l'entreprise d'assurances;
- 3° soit de la reconnaissance de dépôt délivrée par le caissier de l'État ou par un organisme public remplissant une fonction similaire;
- 4° soit de l'original de l'acte de caution solidaire visé par la Caisse des Dépôts et Consignations ou par un organisme public remplissant une fonction similaire;
- 5° soit de l'original de l'acte d'engagement établi par l'établissement de crédit ou l'entreprise d'assurances accordant une garantie.

Ces documents, signés par le déposant, indiquent au profit de qui le cautionnement est constitué, son affectation précise par l'indication sommaire de l'objet du marché et de la référence des documents du marché, ainsi que le nom, le prénom et l'adresse complète de l'adjudicataire et éventuellement, du tiers qui a effectué le dépôt pour compte, avec la mention « bailleur de fonds » ou « mandataire », suivant le cas.

Le délai de trente jours de calendrier visé ci-avant est suspendu pendant la période de fermeture de l'entreprise de l'adjudicataire pour les jours de vacances annuelles payées et les jours de repos compensatoire prévus par voie réglementaire ou dans une convention collective de travail rendue obligatoire.

La preuve de la constitution du cautionnement doit être envoyée à l'adresse qui sera mentionnée dans la notification de la conclusion du marché.

La demande de l'adjudicataire de procéder à la réception:

1° en cas de réception provisoire: tient lieu de demande de libération de la première moitié du cautionnement;

2° en cas de réception définitive: tient lieu de demande de libération de la seconde moitié du cautionnement, ou, si une réception provisoire n'est pas prévue, de demande de libération de la totalité de celui-ci.

13. Modification en cours d'exécution du marché

Le présent marché ne peut être modifié sans nouvelle procédure de passation.

14. Exécution des services

14.1. Délais et clauses

Les services doivent être exécutés dans un délai de 26 mois à compter du troisième jour ouvrable qui suit la date de la notification de la conclusion du marché. Les jours de fermeture de l'entreprise de l'adjudicataire pour les vacances annuelles ne sont pas inclus dans le calcul.

Concrètement, les délais maximaux suivants sont prévus pour la réalisation des missions :

Lot 1 :

- 8 mois après l'attribution du marché à l'adjudicataire et après approbation par le pouvoir adjudicateur.

Lot 2 :

- 12 mois après réception du lot 1 et après approbation par le pouvoir adjudicateur.

Lot 3 :

- 6 mois après réception du lot 2 et après approbation par le pouvoir adjudicateur.

14.2. Suivi des prestations

Les services Les services seront suivis de près pendant leur exécution par un délégué du pouvoir adjudicateur et le comité d'accompagnement. L'identité de ce délégué sera communiquée à l'adjudicataire au moment où débutera l'exécution des services.

14.3. Lieu où les services doivent être exécutés

Les services seront exécutés chez le soumissionnaire.

14.4. Vérification et réception des services exécutés

Si, pendant l'exécution des services, des anomalies sont constatées, ceci sera immédiatement notifié à l'adjudicataire par un message e-mail, qui sera confirmé par la suite au moyen d'un envoi recommandé. L'adjudicataire est tenu de recommencer les services exécutés de manière non conforme.

Le pouvoir adjudicateur dispose d'un délai de vérification de trente jours à compter de la date de la fin totale ou partielle des services, constatée conformément aux modalités fixées dans les documents du marché , pour procéder aux formalités de réception et en notifier le résultat à l'adjudicataire. Ce délai prend cours pour autant que le pouvoir adjudicateur soit, en même temps, en possession de la liste des services prestés ou de la facture.

Lorsque les services sont terminés avant ou après cette date, le prestataire de services en donne connaissance par envoi recommandé au fonctionnaire dirigeant et demande de procéder à la réception. Dans ce cas, le délai de vérification de trente jours prend cours à la date de réception de la demande de l'adjudicataire.

La réception visée ci-avant est définitive.

15. Facturation et paiement

L'adjudicataire envoie les factures et le procès-verbal de réception du marché par lot à l'adresse suivante: invoice@health.fgov.be.

La facture électronique doit impérativement contenir les informations suivantes :

- 1) Référence du marché/cahier des charges et de la facture;
- 2) Période de facturation;
- 3) Renseignements concernant l'adjudicataire;
- 4) Renseignements concernant pouvoir adjudicateur;
- 5) Renseignements concernant le représentant fiscal du vendeur;
- 6) Référence du contrat;
- 7) Détails concernant la/les fourniture(s) ou des services;
- 8) Instructions relatives au paiement;
- 9) Renseignements concernant les déductions ou frais supplémentaires;
- 10) Information éventuelle concernant les postes figurant sur la facture;
- 11) Montants totaux de la facture en EURO;

Seuls les services exécutés de manière correcte pourront être facturés.

Le paiement du montant dû à l'adjudicataire doit intervenir dans le délai de paiement de trente jours à compter de l'échéance du délai de vérification ou à compter du lendemain du dernier jour du délai de vérification si ce délai est inférieur à trente jours. Et pour autant que le pouvoir adjudicateur soit, en même temps, en possession de la facture régulièrement établie ainsi que d'autres documents éventuellement exigés.

Lorsque les documents du marché ne prévoient pas une déclaration de créance séparée, la facture vaut déclaration de créance.

La facture doit être libellée en EURO.

16. Responsabilité de l'adjudicataire

16.1. Responsabilité générale de l'adjudicataire

L'adjudicataire assume la pleine responsabilité des fautes et manquements présentés dans les services fournis.

Par ailleurs, l'adjudicataire garantit le pouvoir adjudicateur des dommages et intérêts dont celui-ci est redevable à des tiers du fait du retard dans l'exécution des services ou de la défaillance de l'adjudicataire.

16.2. Engagements particuliers pour l'adjudicataire

L'adjudicataire et ses collaborateurs sont liés par un devoir de réserve concernant les informations dont ils ont connaissance lors de l'exécution de ce marché. Ces informations ne peuvent en aucun cas être communiquées à des tiers sans l'autorisation écrite du pouvoir adjudicateur. Le prestataire de services peut toutefois faire mention de ce marché en tant que référence.

L'adjudicataire s'engage à faire exécuter le marché par les personnes indiquées dans l'offre, sauf cas de force majeure. Les personnes mentionnées ou leurs remplaçants sont tous censés participer effectivement à la réalisation du marché. Les remplaçants doivent être agréés par le pouvoir adjudicateur.

17. Protection des données à caractère personnel et de la vie privée

En cas de traitement¹ de données à caractère personnel par l'adjudicataire pour le compte du pouvoir adjudicateur

En ce qui concerne toutes les données à caractère personnel, provenant du pouvoir adjudicateur ou confiées à l'adjudicataire par le pouvoir adjudicateur, que l'adjudicataire traite dans le cadre du présent marché, l'adjudicataire est uniquement un sous-traitant du responsable du traitement au sens de l'article 4, 8° du Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (« RGPD »). Le pouvoir adjudicateur est le responsable du traitement au sens de l'article 4, 7° du RGPD. L'adjudicataire confirme connaître cette réglementation et la respecter à tout moment lors de l'exécution du marché.

L'adjudicataire et tous ceux qui agissent sous sa responsabilité ou son autorité traitent les données à caractère personnel – qu'ils collectent, rassemblent ou traitent d'une quelconque façon dans le cadre du marché – uniquement sur instruction du pouvoir adjudicateur, uniquement pour les finalités décrites dans le présent cahier spécial des charges et uniquement pour le type de données à caractère personnel et les catégories de personnes concernées repris dans le présent cahier spécial des charges, et conformément au RGPD.

Le sous-traitant s'engage à informer les personnes agissant sous son autorité des dispositions du RGPD et d'autres législations pertinentes, ainsi que de toute prescription pertinente, relative à la protection de la vie privée à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

L'adjudicataire garantit que toutes les personnes qui sont en contact avec des données à caractère personnel dans le cadre du présent marché sont liées par une obligation de confidentialité démontrable, et il conserve toute la documentation nécessaire pour pouvoir démontrer à tout moment au responsable du traitement que cette obligation est respectée.

Le sous-traitant tient un registre pour les activités de traitement qu'il réalise pour le responsable du traitement. Le RGPD, et plus précisément l'article 30 du RGPD, énumère les éléments qui doivent être repris dans le registre. Sur simple demande du responsable du traitement, le sous-traitant est tenu de présenter ce registre.

À tout moment, le responsable du traitement peut demander au sous-traitant une copie des données qui sont traitées dans le cadre du présent marché au format convenu entre les parties. Sauf instruction du responsable du traitement, le sous-traitant ne peut pas copier les données mises à disposition, sauf à des fins de sauvegarde ou si la copie est nécessaire pour exécuter le marché. Les mêmes restrictions et obligations que celles applicables aux données originales s'appliquent aux éventuelles copies de données.

¹ Conformément à l'art. 4, 2) du RGPD, on entend par « traitement » toute opération ou tout ensemble d'opérations effectuées ou non à l'aide de procédés automatisés et appliquées à des données ou des ensembles de données à caractère personnel, telles que la collecte, l'enregistrement, l'organisation, la structuration, la conservation, l'adaptation ou la modification, l'extraction, la consultation, l'utilisation, la communication par transmission, la diffusion ou toute autre forme de mise à disposition, le rapprochement ou l'interconnexion, la limitation, l'effacement ou la destruction.

À la demande du responsable du traitement, le sous-traitant mettra immédiatement à disposition et/ou détruira irrémédiablement – en fonction du choix du responsable du traitement – toutes les copies de données traitées, provenant du responsable du traitement ou traitées pour le compte du responsable du traitement.

Le sous-traitant ne traitera jamais les données dans un lieu situé en dehors de l'Union européenne ou ne les transfèrera jamais pour traitement à des destinations en dehors de l'Union européenne, à moins qu'il ne soit tenu d'y procéder en vertu du droit de l'Union ou du droit de l'État membre auquel le sous-traitant est soumis ; dans ce cas, le sous-traitant informe le responsable du traitement de cette obligation juridique avant le traitement, sauf si le droit concerné interdit une telle information pour des motifs importants d'intérêt public.

Par ailleurs, le sous-traitant ne traitera pas ou ne fera pas traiter les données dans un lieu situé en dehors du territoire belge sans l'autorisation écrite préalable du responsable du traitement. Le responsable du traitement peut assortir son autorisation de conditions.

Même lorsqu'il a obtenu cette autorisation, le sous-traitant reste tenu de garantir que le transfert des données vers une destination en dehors du territoire belge ou en dehors de l'Union européenne s'effectue conformément au RGPD.

Sauf si le responsable du traitement lui en donne expressément l'autorisation écrite ou l'instruction, le sous-traitant s'engage à ne pas communiquer les données à aucun tiers, y compris en sous-traitance (c.-à-d. à un autre sous-traitant) dans le cadre du marché. Même lorsque le responsable du traitement lui donne cette autorisation, le sous-traitant reste tenu de garantir que le traitement par un tiers s'effectue conformément au RGPD et conformément aux dispositions du présent cahier spécial des charges. Le sous-traitant doit imposer au tiers dans un contrat ou un autre acte juridique les mêmes obligations en matière de protection des données que celles fixées dans le présent cahier spécial des charges, y compris quant à la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles appropriées. Lorsque le tiers ne remplit pas ses obligations, le sous-traitant demeure pleinement responsable devant le responsable du traitement de l'exécution par l'autre sous-traitant de ses obligations. Le sous-traitant conserve à tout moment une liste des éventuels tiers qu'il a désignés (avec l'autorisation du responsable du traitement) pour l'exécution du marché ainsi que les contrats pertinents qui ont été conclus avec ces tiers.

Le sous-traitant collaborera toujours de bonne foi avec le responsable du traitement afin de permettre à ce dernier de respecter le RGPD dans les délais légaux, y compris en le soutenant de manière raisonnable dans l'exercice des droits prévus par la loi et relatifs aux données à caractère personnel. Le sous-traitant mettra à disposition du responsable du traitement toutes les informations nécessaires pour démontrer le respect du cahier spécial des charges et du RGPD et pour permettre la réalisation d'audits, y compris des inspections, par le responsable du traitement ou l'Autorité de protection des données ou en leur nom, et contribuer à ces audits.

En cas de nouvelles directives ou de modifications à la législation relative à la protection des données ou de jurisprudence qui rendent l'exécution du marché en tout ou en partie illégale, les deux parties collaboreront de bonne foi pour résoudre en priorité cette illégalité.

Le sous-traitant désignera un délégué à la protection des données qui répond aux exigences du RGPD, et communique au responsable du traitement l'identité et les coordonnées de ce

délégué à la protection des données. Le sous-traitant garantit pendant toute la durée du marché que chaque traitement est effectué sous le contrôle de ce délégué à la protection des données et que ce dernier est connu du responsable du traitement.

Le sous-traitant garantit pendant toute la durée du marché qu'il dispose d'au moins une politique et un plan de sécurité actuels écrits qu'il révisera au minimum chaque année et de sa propre initiative, et dont les pièces pertinentes seront transmises et expliquées gratuitement et sur simple demande au responsable du traitement. Le sous-traitant y documente toutes les mesures qu'il prend pour protéger les données.

Le sous-traitant connaît le contexte du marché et confirme être suffisamment conscient des risques en matière de sécurité et d'atteinte à la vie privée que comporte le marché. Le sous-traitant garantit que les mesures organisationnelles et techniques, qui sont reprises dans la politique et le plan de sécurité et qui sont nécessaires pour sécuriser et protéger de façon optimale les données à caractère personnel contre une destruction accidentelle ou non autorisée, contre la perte accidentelle ainsi que contre la modification, l'accès et tout autre traitement non autorisé de données à caractère personnel, assurent un niveau de protection approprié contre ces risques, compte tenu de l'état des connaissances, de la nature des données à protéger et des risques potentiels.

L'adjudicataire informera périodiquement le responsable de traitement sur la nature précise des mesures techniques et organisationnelles prises. À cet effet, l'adjudicataire informera de façon proactive le responsable du traitement des éventuels risques pour lesquels des mesures doivent être prises par le responsable du traitement ou par des tiers.

L'adjudicataire garantit – dans la mesure de ce qui est techniquement possible – l'intégrité et la disponibilité de toutes les données à caractère personnel qu'il traite dans le cadre du présent marché.

Le sous-traitant veille à ce que tous ceux qui agissent sous sa responsabilité ou son autorité aient uniquement accès aux données qui leur sont nécessaires pour accomplir leur tâche dans le cadre du présent marché. Au moyen d'une séparation des fonctions, le sous-traitant empêche qu'une combinaison de droits d'accès puisse mener à des actes non autorisés et/ou à un accès non autorisé à des données. Le sous-traitant met en place une politique de journalisation appropriée qui est décrite dans le plan de sécurité, afin de pouvoir détecter et résoudre les éventuels incidents. Le réseau et les systèmes d'information sont activement surveillés et gérés par le sous-traitant.

L'adjudicataire est responsable de la sécurité et de l'utilisation adéquate de tous les codes d'accès, noms d'utilisateurs et mots de passe (y compris du changement régulier de ces codes et mots de passe) permettant d'accéder aux données à caractère personnel et de les traiter. L'adjudicataire s'engage à tout mettre en œuvre pour que toute personne ayant accès aux données à caractère personnel garde la confidentialité de ses codes et mots de passe. Le sous-traitant prend des mesures afin de prévenir et de détecter des fraudes et toute autre utilisation inappropriée des systèmes et réseaux ou tout accès inapproprié à ces derniers.

Le sous-traitant s'engage à notifier au responsable du traitement l'ensemble des (tentatives de) traitements de données ou accès à des données illégitimes ou non autorisés. Le sous-traitant le notifie immédiatement au responsable du traitement dès qu'il a pris connaissance d'une violation de données à caractère personnel et, en tout état de cause, au plus tard 24 heures après avoir constaté l'incident. Par ailleurs, le sous-traitant prendra

toutes les mesures raisonnablement nécessaires pour prévenir ou limiter la violation (ultérieure) des mesures de sécurité.

Dans cette notification, le sous-traitant communiquera au moins les éléments suivants :

- la nature de l'incident et une estimation de l'impact potentiel ;
- la date et l'heure de la constatation ;
- les données impactées ;
- les mesures directement prises pour limiter les dommages collatéraux ;
- la date et l'heure de la clôture de l'incident ;
- les mesures structurelles prises afin d'éviter ce type d'incident à l'avenir ;
- les coordonnées du délégué à la protection des données ou les éventuelles autres personnes auprès desquelles des informations supplémentaires peuvent être obtenues.

L'adjudicataire peut traiter les données à caractère personnel transférées par le pouvoir adjudicateur aussi longtemps que cela est nécessaire pour l'exécution du marché tel que défini dans le présent cahier spécial des charges. Après exécution du marché, l'adjudicataire cesse immédiatement toute autre utilisation des données à caractère personnel que celle qui sera nécessaire pour permettre au pouvoir adjudicateur soit de récupérer les données à caractère personnel confiées à l'adjudicataire et celles résultant du traitement dont était chargé l'adjudicataire, soit de confier à un autre adjudicataire ces données à caractère personnel, soit de les détruire. S'il y a lieu, il remet également toute information ou tout document nécessaire au traitement ultérieur des données à caractère personnel.

Lorsqu'il n'y a pas de traitement de données à caractère personnel par l'adjudicataire pour le compte du pouvoir adjudicateur

L'adjudicataire doit être conscient que le pouvoir adjudicateur accorde une certaine importance à la protection de la vie privée. L'adjudicataire s'engage à strictement respecter les obligations concernant les données à caractère personnel prévues par le Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE. Si l'adjudicataire considère raisonnablement que d'autres accords doivent être conclus afin de respecter cette législation, l'adjudicataire le signalera de manière proactive au pouvoir adjudicateur. En tout état de cause, l'adjudicataire est tenu de collaborer de bonne foi avec le pouvoir adjudicateur afin de respecter à tout moment les dispositions pertinentes de cette législation.

18. Litiges

Tous les litiges relatifs à l'exécution de ce marché sont exclusivement tranchés par les tribunaux compétents de l'arrondissement judiciaire de Bruxelles. La langue véhiculaire est le français ou le néerlandais.

Le pouvoir adjudicateur n'est en aucun cas responsable des dommages causés à des personnes ou à des biens qui sont la conséquence directe ou indirecte des activités nécessaires à l'exécution de ce marché. L'adjudicataire garantit le pouvoir adjudicateur contre toute action en dommages et intérêts par des tiers à cet égard.

B. PRESCRIPTIONS TECHNIQUES

Contexte

Un accident vasculaire cérébral (AVC) est le terme utilisé pour un trouble de la fonction cérébrale dû à un infarctus cérébral, une hémorragie cérébrale ou une hémorragie sous-arachnoïdienne.¹

L'AVC est la troisième cause principale de décès après l'infarctus du myocarde et le cancer, et la cause majeure d'invalidité de longue durée.² Soixante pour cent des patients qui en sont frappés décèdent ou développent des lésions entraînant un degré important de dépendance. L'AVC est une maladie très fréquente.² L'incidence de l'AVC (premier épisode et récurrences réunies) en Belgique est estimée à 200 à 230 personnes par 100 000 habitants, soit 19 000 cas par an.²

Beaucoup de personnes ayant fait un AVC présentent des symptômes qui entravent leur vie quotidienne. Les symptômes les plus significatifs sont les suivants : paralysie des membres et dysesthésie, déficiences du champ visuel et dysfonctionnement cognitif.¹ La gravité d'un AVC dépend de l'importance des dégâts au tissu cérébral. C'est pourquoi il est d'une importance capitale de traiter le patient très rapidement.²

Un récent guide de pratique clinique², validé par le Centre belge pour l'evidence-based medicine (CEBAM), a pour but d'améliorer la qualité de la rééducation après un AVC grâce aux recommandations formulées dans l'encadré.

Encadré 1 : Résumé des recommandations du guide de pratique clinique.¹

- 1) Définir des objectifs de rééducation spécifiques (p. ex. reprise du travail) et ensuite établir un plan pour atteindre ces objectifs. Les objectifs doivent être réévalués et adaptés si nécessaire. Une collaboration multidisciplinaire est essentielle. L'équipe de rééducation doit se composer d'un médecin, d'un(e) infirmier(ère), d'un(e) assistant(e) social(e), d'un(e) kinésithérapeute, d'un(e) ergothérapeute, d'un(e) logopède et d'un(e) neuropsychologue.
- 2) Un élément important de la rééducation est la communication d'une information suffisante aux patients et à leurs proches. Soutenir le rôle actif et la responsabilité propre du patient dans la rééducation.
- 3) Rôle du kinésithérapeute : Il est décisif d'entamer tôt la kinésithérapie et l'entraînement des finalités ou aptitudes. Des accessoires électromécaniques sont utilisés pour entraîner les patients à la marche lorsqu'ils ne peuvent plus le faire de façon autonome. Ceux qui peuvent encore marcher par eux-mêmes ont avantage à s'entraîner sur un tapis roulant, principalement pour la vitesse du pas et la distance. Outre les accessoires, l'entraînement doit comprendre également d'autres formes de kinésithérapie, comme l'entraînement à la marche avec des aides à la mobilité. L'entraînement bimanuel, consistant à effectuer des mouvements simultanés avec les deux mains, peut améliorer le fonctionnement des membres supérieurs.
- 4) Rôle de l'ergothérapeute : En stade aigu, évaluer les aptitudes du patient AVC, son adaptation au domicile et la nécessité d'une rééducation. En stade subaigu, stimuler la gestion autonome des activités quotidiennes et la participation à une vie quotidienne significative, ainsi que la participation à des contextes récréatifs et professionnels. L'ergothérapie est particulièrement utile dans le cas d'une rééducation axée sur les activités quotidiennes primaires et secondaires. Ceci augmente la participation sociale et en conséquence le degré général d'activité. Les méthodes de l'ergothérapeute comprennent : l'entraînement axé sur des tâches répétitives, la thérapie par contrainte induite (CIMT), l'imagerie dirigée

- (ou mentale), l'entraînement par réalité virtuelle, la thérapie miroir, l'observation d'actions et les exercices de récupération de force.
- 5) Rôle du logopède : La logopédie est utilisée pour favoriser la récupération en cas de problèmes de déglutition, de dysarthrie et de troubles d'élocution.
 - 6) Rôle du neuropsychologue : La rééducation neuropsychologique est appliquée lorsqu'elle est jugée appropriée sur la base d'un examen neuropsychologique. La rééducation se concentre sur les troubles cognitifs, les changements de comportement et l'identification des symptômes. Il convient de tenir compte à cet égard de l'état émotionnel et psychosocial du patient. Dans la rééducation de patients souffrant de troubles visuo-spatiaux et de négligence spatiale unilatérale, des exercices stratégiques et des exercices agissant directement sur les symptômes peuvent être efficaces, s'ils s'accompagnent d'une prise de conscience accrue des symptômes. Une rééducation peut être efficace pour les pertes d'attention, les pertes de mémoire et les troubles d'exécution. En complément à la rééducation neuropsychologique, une consultation neuropsychologique (1 à 5 séances) peut favoriser le retour au travail chez des patients présentant des symptômes légers.
 - 7) Traitement médicamenteux : Pour favoriser la rééducation, il est possible d'utiliser des antidépresseurs. Dans ce contexte, ce sont surtout les ISRS qui ont été étudiés. La fluoxétine (20 mg par jour) est le médicament le plus largement étudié. Les médicaments qui ont un effet négatif sur la rééducation sont notamment les benzodiazépines, la phénytoïne et l'halopéridol.
 - 8) Des soins centrés sur la rééducation, incluant la thérapie posturale, sont à entamer immédiatement pour activer les sensations corporelles, favoriser la rééducation et éviter les problèmes fonctionnels du tronc et des membres. Une mobilisation précoce diminue le risque d'escarres de décubitus, de pneumonie, de thrombose veineuse profonde et d'embolie pulmonaire.
 - 9) Une évaluation de la rééducation doit être effectuée dans le courant de la première semaine ou dès que l'état général du patient le permet. Une rééducation active doit être entamée dès que l'état du patient est suffisamment stable. Une rééducation est nettement plus efficace lorsqu'elle commence endéans la semaine plutôt qu'après deux semaines - un mois.
 - 10) Les patients capables de quitter l'hôpital ont davantage à bénéficier d'une sortie accélérée et d'une rééducation dispensée à domicile. Une rééducation ciblée avec accompagnement thérapeutique peut entretenir et améliorer la capacité fonctionnelle de patients vivant à domicile dans un délai d'un an après l'AVC. Lors de la planification de la rééducation, il faut tenir compte des besoins individuels et des conditions régionales du patient.
 - 11) Une rééducation active doit se poursuivre aussi longtemps qu'une récupération significative est observée. Une rééducation ambulatoire peut améliorer les possibilités fonctionnelles du patient pendant au moins un an après la sortie. Pour les patients avec invalidité permanente, un suivi et une évaluation du besoin de rééducation sont recommandés une fois par pendant toute leur vie, de même qu'une rééducation, en fonction de l'évaluation. C'est la première ligne de soins qui s'en charge, en consultant si nécessaire un service de rééducation multidisciplinaire.

Cependant, la disponibilité de ce guide de pratique clinique et d'autres (multidisciplinaires) ne suffit pas à changer le comportement des prestataires de soins. Le comportement des prestataires de soins est défini par différents déterminants individuels et environnementaux, qui font que le changement de comportement n'est pas univoque.³

C'est aussi le cas pour l'adaptation du comportement en fonction de guides de pratique clinique. Pour que les recommandations du guide soient acceptées dans la pratique, il est important de soutenir les changements comportementaux souhaités chez les prestataires de soins au moyen d'une stratégie d'implémentation solide.⁴

Ebpracticenet a récemment mis au point un modèle d'implémentation, avec pour objectif de soutenir l'implémentation des guides de pratique clinique d'une manière méthodique et structurée⁵ (cf. Figure 1). Dans ce modèle, basé sur le Knowledge-to-Action Framework⁶, les recommandations des guides sont examinées au regard de la pratique actuelle, de l'impact potentiel et de l'implémentabilité, pour ainsi sélectionner des recommandations qui nécessitent des actions d'implémentation additionnelles (étape 1 : identification). Ensuite, les obstacles à l'implémentation sont identifiés et les initiatives d'implémentation existantes sont inventoriées (étape 2 : analyse contextuelle), et des interventions sont élaborées sous forme de plan d'implémentation afin de lever les obstacles à l'implémentation (étape 3 : plan d'implémentation), en veillant à l'implémentabilité et à l'évaluation de différentes interventions. Les dernières étapes du modèle d'implémentation se concentrent sur l'évaluation et l'ajustement (étape 4 : évaluation), et sur l'intégration durable des interventions dans la pratique clinique (étape 5 : durabilité).

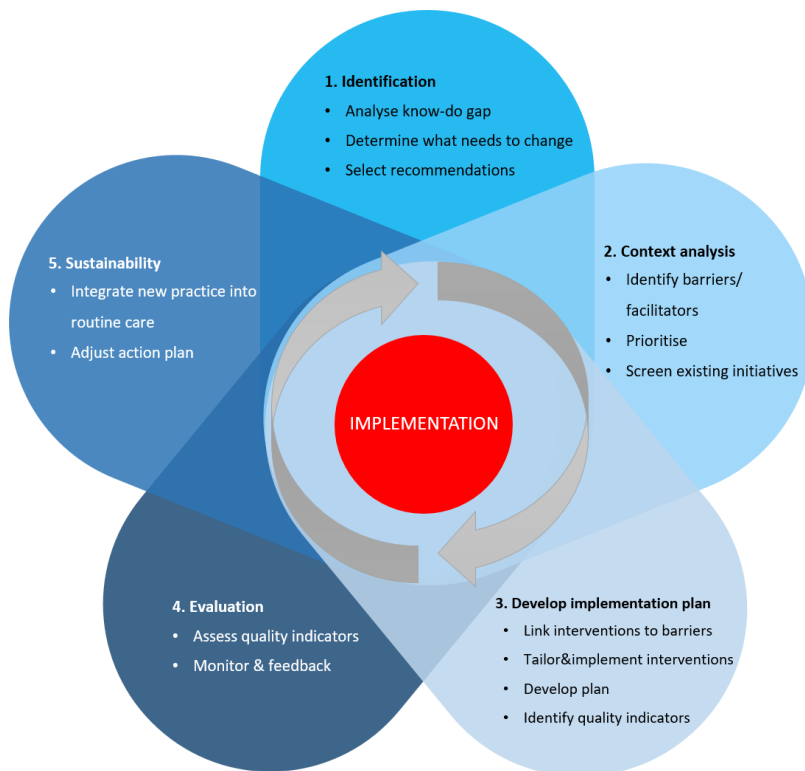


Figure 1: Modèle d'implémentation ebpracticenet (repris de Peters et al.⁹)

Dans le cadre du trajet d'implémentation pour le guide de pratique clinique (GPC) « Rééducation d'un patient après un AVC », ebpracticenet a déjà lancé les premières étapes dans le modèle d'implémentation. Une concertation avec les stakeholders a été organisée à cet effet, avec des représentants des kinésithérapeutes, ergothérapeutes, médecins généralistes, médecins spécialistes en réadaptation, paramédicaux, neuropsychologues, logopèdes et gérontologues belges. En collaboration avec ces stakeholders, les étapes 1 et 2 du modèle d'implémentation ont été passées en revue. Les résultats de cette concertation ont ensuite été examinés par d'autres prestataires de soins actifs sur le terrain (cette enquête est toujours en cours actuellement).

Comme résultat de l'étape 1 du modèle d'implémentation, le groupe de stakeholders a jugé que l'implémentation des recommandations de l'encadré 2 doit être une priorité. Cet avis repose sur un consensus au sein du groupe sur l'écart entre les recommandations du guide et la pratique actuelle, avec une attention pour l'impact sur la santé et l'implémentabilité.

Encadré 2 : recommandations prioritaires pour une implémentation (la numérotation de l'encadré 1 a été conservée) ; résultat de la concertation avec les stakeholders

- 1) Définir des objectifs de rééducation spécifiques (p. ex. reprise du travail) et ensuite établir un plan pour atteindre ces objectifs. Les objectifs doivent être réévalués et adaptés si nécessaire. Une collaboration multidisciplinaire est essentielle. L'équipe de rééducation doit se composer d'un médecin, d'un(e) infirmier(ère), d'un(e) assistant(e) social(e), d'un(e) kinésithérapeute, d'un(e) ergothérapeute, d'un(e) logopède et d'un(e) neuropsychologue.
- 2) Un élément important de la rééducation est la communication d'une information suffisante aux patients et à leurs proches. Soutenir le rôle actif et la responsabilité propre du patient dans la rééducation.
- 9) Une évaluation de la rééducation doit être effectuée dans le courant de la première semaine ou dès que l'état général du patient le permet. Une rééducation active doit être entamée dès que l'état du patient est suffisamment stable. Une rééducation est nettement plus efficace lorsqu'elle commence endéans la semaine plutôt qu'après deux semaines - un mois.
- 10) Les patients capables de quitter l'hôpital ont avantage à bénéficier d'une sortie accélérée et d'une rééducation dispensée à domicile. Une rééducation ciblée avec accompagnement thérapeutique peut entretenir et améliorer la capacité fonctionnelle de patients vivant à domicile dans un délai d'un an après l'AVC. Lors de la planification de la rééducation, il faut tenir compte des besoins individuels et des conditions régionales du patient.
- 11) Une rééducation active doit se poursuivre aussi longtemps qu'une récupération significative est observée. Une rééducation ambulatoire peut améliorer les possibilités fonctionnelles du patient pendant au moins un an après la sortie. Pour les patients avec invalidité permanente, un suivi et une évaluation du besoin de rééducation sont recommandés une fois par pendant toute leur vie, de même qu'une rééducation, en fonction de l'évaluation. C'est la première ligne de soins qui s'en charge, en consultant si nécessaire un service de rééducation multidisciplinaire.

La recommandation 1 a souligné la nécessité que la collaboration multidisciplinaire concerne également une équipe « trans »- disciplinaire. La recommandation 2 a évoqué la similitude avec la prise de décision partagée (« Shared Decision Making ») et mis l'accent sur la pertinence de celle-ci. Les recommandations 9, 10 et 11 ont été résumées par le groupe de stakeholders comme une « continuité » entre les soins de santé de première et deuxième ligne.

À l'étape 2 du modèle d'implémentation, les obstacles à l'implémentation des recommandations du guide de pratique clinique ont été inventoriés, sur la base de revues systématiques récentes et d'autres articles⁷⁻¹³. Ceux-ci ont été évalués à la lumière des expériences des stakeholders. En outre, les prestataires de soins ont ajouté des obstacles supplémentaires. Pour l'inventaire de tous ces obstacles, le Theoretical Domains Framework et le COM-B Model ont été utilisés¹⁴ afin d'obtenir un aperçu des points d'ancrage pour une intervention (cf. encadré 3 pour un aperçu des différents obstacles).

Encadré 3 : Obstacles à l'implémentation des recommandations du guide de pratique clinique « Rééducation après un AVC ». Élaboration d'un inventaire sur la base d'une revue de la littérature et d'une concertation des stakeholders et conformément au modèle COM-B et au Theoretical Domains Framework

COM-B	Theoretical Domains Framework	Obstacle à la rééducation après un AVC
Capacités	Connaissances	Prestaires de soins non informés du guide de pratique clinique ou de son contenu Manque de connaissances des patients sur un AVC et le traitement correspondant Faible littératie des patients
	Aptitudes	Manque d'aptitudes pour appliquer le guide de pratique clinique Manque d'aptitudes du prestataire de soins à la communication envers le patient / manque d'aptitudes à la prise de décision partagée
	Processus cognitifs (attention, mémoire, décision)	Difficultés pour prendre des décisions multidisciplinaires
	Régulation du comportement	Manque de temps (notamment par suite de difficultés dans la planification et l'organisation d'une concertation multidisciplinaire ; charge administrative)
Possibilités	Influences sociales	Collaboration limitée au sein des et entre les différent(e)s groupes professionnels /disciplines Infos contradictoires de la part de différents prestataires de soins
	Environnement politique et	Concertation multidisciplinaire difficile à organiser (par manque de temps et à cause de problèmes logistiques) Manque de personnel (expérimenté) et d'outils Opportunités limitées de formation complémentaire/ coût élevé de celle-ci Structures fédérales/ réglementation non harmonisées avec structures/réglementation au niveau local/régional Absence de trajet de soins national (comme dans le cas du diabète) Grosses différences d'infrastructure (entre hôpitaux, centres médicaux et cabinets privés) Absence de dossier patient informatisé commun/partagé Possibilités/soutien insuffisants pour un suivi à long terme
Motivation	Rôle et identité professionnels	Imprécision des rôles de chaque discipline/groupe professionnel + rôles

		<p>redondants</p> <p>Prestataires de soins non disposés à changer/à agir de manière « EB »</p> <p>Charge administrative journalière prioritaire sur formation complémentaire/rester informé</p>
	Conceptions relatives aux capacités	<p>Crédibilité/confiance limitées dans l'expertise de certaines professions de soins</p> <p>Motivation limitée de certains patients (notamment confiance limitée dans leurs propres capacités, peur de bouger, manque d'énergie)</p>
	Conceptions relatives aux résultats	<p>Sous-estimation de l'impact de la rééducation</p> <p>Attention limitée accordée à la rééducation/au traitement (à long terme)</p>
	Confirmation	<p>Financement limité</p> <p>Gros écart financier entre prestataires de soins salariés et indépendants</p>
	Émotions	<p>Impuissance des prestataires de soins face aux difficultés de travailler dans un contexte transdisciplinaire.</p> <p>Lorsque les patients ont le sentiment que leur rééducation/traitement n'est pas utile ni personnalisé(e), ils peuvent se montrer réticents et découragés.</p> <p>Les patients peuvent se démotiver s'ils ne sont pas suffisamment impliqués dans les décisions relatives à leur rééducation et/ou s'ils reçoivent trop peu d'informations.</p>

Des études sur l'implémentation de guides de pratique clinique montrent qu'un changement de comportement chez les prestataires de soins est possible. Les interventions couronnées de succès sont celles qui se situent à différents niveaux organisationnels (p. ex. prestataire de soins individuel, cabinet, appui à la politique) et qui agissent sur des obstacles identifiés.¹⁵ Beaucoup de revues systématiques d'interventions pour l'implémentation de guides de pratique clinique dans le cas de la rééducation après un AVC sont disponibles (voir notamment¹⁶⁻²⁰). Certaines se focalisent sur une profession de soins/discipline particulière, d'autres visent plusieurs professions de soins/disciplines. Même dans le groupe des revues de littérature axées sur plusieurs professions de soins, il existe une grande variété de sujets. En fonction des obstacles sélectionnés dans l'encadré 3, tel type de revues sera plus pertinent qu'un autre. Il incombe au soumissionnaire de sélectionner des obstacles prioritaires dans l'encadré 3 et de sélectionner ensuite des interventions appropriées pour ceux-ci. Il est également possible que d'autres revues de littérature, pas forcément liées au thème de la « rééducation après un AVC », soient pertinentes (p. ex. des revues sur la prise de décision partagée, la collaboration transdisciplinaire en général, la communication transinstitutionnelle et/ou la continuité des soins. Outre les revues de littérature, d'autres articles scientifiques peuvent bien entendu mettre en lumière des interventions utiles pour optimiser l'implémentation du guide de

pratique clinique « Rééducation d'un patient après un AVC ». Lors du choix d'(une) intervention(s), il faut toujours s'interroger sur l'efficacité éventuelle de celle(s)-ci. L'efficacité potentielle d'interventions repose sur des théories du comportement et du changement comportemental (dont le Theoretical Domains Framework comme métathéorie), des avis d'experts et une méta-régression lors d'autres interventions de changement comportemental ^{21,22}.

Description des tâches de l'adjudicataire

Lot 1 : Développement d'actions d'implémentation pour le guide de pratique clinique « Rééducation d'un patient après un AVC ».

Le but est d'élaborer un dispositif cohérent d'interventions qui pourra être utilisé pour mettre en œuvre les recommandations prioritaires du guide de pratique clinique « Rééducation d'un patient après un AVC » (cf. encadré 2 ci-dessus). Différents groupes professionnels devraient être impliqués dans le développement de ces actions d'implémentation afin de maximiser le soutien multidisciplinaire.

Les soumissionnaires doivent constituer leur propre équipe multidisciplinaire pour l'exécution de ce marché public.

Le soumissionnaire est libre de faire un choix dans l'utilisation des différentes interventions. À cet égard, il importe d'être attentif à la probabilité qu'une intervention sera efficace pour promouvoir le respect du guide de pratique clinique « Rééducation d'un patient après un AVC » et impacter positivement les soins en Belgique. Il est par conséquent demandé qu'en ce qui concerne le choix des interventions spécifiques, l'adjudicataire se base, dans la mesure du possible, sur :

- des modèles scientifiques de changements comportementaux ;
- les obstacles connus à la mise en œuvre d'une rééducation après un AVC (cf. encadré 3) ;
- des données probantes relatives à des interventions efficaces en matière de changement de comportement chez les prestataires de soins ;
- la possibilité des interventions d'atteindre un nombre important de prestataires de soins et de patients.

Partant de là, il est demandé à l'adjudicataire d'élaborer des interventions centrées sur plusieurs obstacles connus, tant au niveau du prestataire de soins individuel qu'au niveau du contexte politique ou de soins.

Délai d'exécution

Le plan d'implémentation et le matériel d'intervention seront réceptionnés au plus tard huit mois après l'attribution du marché à l'adjudicataire.

Livrables

Plan d'implémentation : Le plan d'implémentation comprend une vue d'ensemble des obstacles visés par les interventions, avec un choix pour les interventions les plus adéquates. Le plan inclura aussi les informations indispensables concernant le timing et le contenu des interventions sélectionnées, ainsi que les informations nécessaires au planning de l'évaluation. On entend par là les modalités d'évaluation et une liste des indicateurs de processus et de résultat qui serviront à évaluer l'intervention (cf. lot 3).

Matériel d'intervention : Il est question ici de tout le matériel nécessaire pour exécuter les interventions. P. ex. pour les séances de formation, il s'agit du matériel didactique, manuels et guides pour les formateurs. Pour les interventions électroniques, il peut s'agir d'applications web finalisées ou de « wireframes » avec contenu de panneaux d'information ou d'autres adaptations qui sont implémentées dans le dossier médical informatisé (DMI). Le matériel est de nature telle qu'il puisse être utilisé au lot 2 par les prestataires de soins participant au projet d'implémentation.

Lot 2: Exécution d'actions d'implémentation pour le guide de pratique clinique « Rééducation d'un patient après un AVC ».

Le but du lot 2 est d'exécuter les interventions développées au lot 1 afin de soutenir un groupe aussi grand que possible de prestataires de soins dans la mise en œuvre des recommandations prioritaires du guide de pratique clinique « Rééducation d'un patient après un AVC ». La méthode spécifique utilisée au lot 2 dépendra du choix des interventions au lot 1, et se base sur le plan d'implémentation mis au point au lot 1.

Afin d'atteindre un large groupe de prestataires de soins de santé, le soumissionnaire peut choisir de faire une communication globale, ce qui sera fait en étroite consultation avec la coordination du réseau EBP.

Afin de maximiser l'impact du lot 2, il importe non seulement que les interventions atteignent un grand groupe de prestataires de soins, mais aussi que l'implémentation soit réalisée de manière à ce que les informations nécessaires à l'évaluation soient maximales. Les groupes de contrôle et la randomisation sont autant d'outils importants à cet égard. Si les formes classiques de randomisation ne peuvent pas être appliquées, des formes alternatives de randomisation (p. ex. stepped wedge, repeated single case experiments^{23,24}) seront préférables à des groupes de contrôle non randomisés.

Délai d'exécution

Les interventions seront mises en œuvre après réception du matériel d'intervention. Un rapport des interventions effectuées sera remis au plus tard 12 mois après réception du matériel d'intervention.

Livrable

Rapport des interventions effectuées : Ce rapport décrit les interventions réalisées et leur portée (nombre de prestataires de soins atteints, nombre de patients atteints) ainsi que les modalités mises en œuvre pour atteindre ces personnes (recrutement de prestataires de soins...). Ce rapport documentera également toutes les adaptations par rapport au plan d'implémentation.

Lot 3: Évaluation d'actions d'implémentation pour le guide de pratique clinique « Rééducation d'un patient après un AVC ».

Le but du lot 3 est d'évaluer les actions d'implémentation exécutées au lot 2. Les actions d'implémentation spécifiques font souvent l'objet d'un nombre insuffisant d'études ou d'évaluations, de sorte qu'il n'y a aucune certitude quant à l'efficacité des activités d'implémentation pour les recommandations issues de guides de pratique clinique. La documentation des méthodes utilisées et le rapportage des effets des activités d'implémentation sont importants non seulement pour pouvoir évaluer le succès de ces activités, mais peuvent également contribuer à la base factuelle (« evidence base ») pour l'implémentation de recommandations de guides de pratique clinique. Il est important que

dès l'élaboration du plan d'implémentation (lot 1), une attention soit portée à l'évaluation, et que les actions d'implémentation soient réalisées (lot 2) de manière à permettre l'évaluation. La collecte de données et l'implémentation de méthodes de collecte de données aux fins d'évaluation font explicitement partie du présent lot.

Il y aura trois niveaux différents d'évaluation :

1. Évaluation de résultat :

L'évaluation de résultat a pour objectif de voir quels sont les résultats des différentes actions d'implémentation. Les résultats proximaux seront définis ici en fonction du comportement du prestataire de soins, afin que nous puissions constater, sur la base de l'évaluation, si les prestataires de soins ont adapté leur comportement conformément au contenu du guide de pratique clinique (cf. encadré 2). En outre, il est important d'évaluer l'impact de ce changement comportemental sur les résultats au niveau du patient. La sélection d'indicateurs pour l'évaluation de résultat fait partie de l'élaboration du plan d'implémentation (lot 1). Cette sélection s'alignera sur le set d'indicateurs pour la rééducation après un AVC en cours d'élaboration au CEBAM. Cela permettra de s'aligner à l'évaluation de résultat/au sondage de la qualité qu'effectuera le CEBAM à plus long terme.

2. Évaluation d'effets intermédiaires :

Les interventions prévues ont pour but de lever les obstacles à l'implémentation. L'évaluation des effets intermédiaires cartographie l'effet des actions d'implémentation sur les différents obstacles (cf. encadré 3). En fonction de l'obstacle, des données devront être collectées au niveau du prestataire de soins individuel ou au niveau du système de soins de santé.

3. Évaluation de processus :

L'évaluation de processus a pour objectif de voir de quelle façon les actions d'implémentation ont été conçues et exécutées, de façon à mieux cerner les processus qui jouent un rôle dans l'efficacité de l'intervention implémentée. L'évaluation de processus peut également contribuer à une évaluation de la qualité du processus d'implémentation (p. ex. si l'implémentation s'est déroulée dans le respect du plan, si les méthodes utilisées répondent aux objectifs des interventions, etc.) Les indicateurs de processus sont des paramètres qui identifient des aspects cruciaux du processus d'implémentation. Réaliser une évaluation de processus en se basant sur plusieurs sources d'information (p. ex. consultation des stakeholders, interviews avec des utilisateurs finaux, enquêtes, mesures de comportement) permet d'améliorer la qualité de l'évaluation.

Délai d'exécution

Le plan d'implémentation (évaluation comprise) sera réceptionné au plus tard 8 mois après l'attribution du marché à l'adjudicataire (comme composante du plan d'implémentation décrit au lot 1). Le fichier de données reprenant toutes les données nécessaires à l'évaluation de processus, d'effets intermédiaires et de résultat sera réceptionné avec le rapport des interventions effectuées (cf. lot 2) au plus tard 12 mois après réception du matériel d'intervention. Le rapport de l'évaluation de processus sera remis au plus tard 6 mois après le rapport des interventions effectuées.

Livrables

Plan d'implémentation : le plan d'implémentation (cf. livrable lot 1) s'attarde sur le planning de l'évaluation de façon à permettre, lors de l'exécution des interventions, de collecter les données indispensables à l'évaluation de processus, d'effets intermédiaires et de résultat. La partie du plan consacrée à l'évaluation décrit les différents indicateurs de

processus et de résultat, et traite des aspects méthodologiques nécessaires pour maximiser la valeur de l'évaluation.

Fichier de données : les données récoltées dans le cadre de l'évaluation de processus, d'effets intermédiaires et de résultat, aussi bien pour le lancement des actions d'implémentation que pendant leur mise en œuvre et à l'issue de ces actions.

Rapport de l'évaluation de processus : un rapport qui décrit le processus d'implémentation.

Accompagnement durant le projet et collaboration avec d'autres organisations

Un comité d'accompagnement sera constitué, composé de représentants du SPF Santé publique, de l'INAMI, de l'AFMPS, de « core partners » du réseau EBP (cellule de priorisation, cellule d'implémentation et cellule d'évaluation) et d'experts dans le domaine des soins de l'AVC. Lors de sa composition, il sera veillé à un équilibre linguistique.

Ce comité se réunira ensemble avec l'exécutant du marché, au moins au début et à la fin du marché en vue du suivi des travaux dans le cadre de l'exécution du marché.

Le contractant a la responsabilité finale de chaque parcelle mais peut compter sur le soutien du réseau EBP. Ces orientations visent à faire en sorte que le processus se déroule le plus harmonieusement possible et à utiliser l'expertise existante en matière d'implémentation et d'évaluation.

Pendant l'exécution des différents lots, l'adjudicataire pourra compter sur le soutien du réseau EBP pour accompagner le processus :

Lot 1 :

Lors de l'élaboration des actions d'implémentation, ebpracticenet accompagnera l'adjudicataire dans l'élaboration du plan d'implémentation. En tant que superviseur du processus, ebpracticenet s'aidera du modèle d'implémentation (cf. figure 1) afin de garantir au maximum l'efficacité et l'implémentabilité des interventions sélectionnées. Ebpracticenet accompagnera également le processus d'élaboration du matériel d'intervention, pour garantir la concordance entre le matériel d'intervention et le plan d'implémentation. Dans cette phase d'accompagnement, l'adjudicataire et ebpracticenet collaboreront avec différents stakeholders, afin que les objectifs du plan d'implémentation et les objectifs et la méthode des interventions puissent être comparés au terrain. Il faudra à cet égard veiller à développer des interventions avalisées par les prestataires de soins des différentes régions. Un groupe de travail (« boîte de résonance ») varié et impliqué tôt dans le processus de développement pourra y contribuer, à l'instar du pilotage du matériel d'intervention dans un groupe diversifié. Pour les interventions au niveau du contexte politique ou de soins, une collaboration sera mise en place avec des stakeholders au niveau politique afin de garantir la faisabilité et les conditions connexes de ces interventions. La collaboration avec ces stakeholders permettra aussi de garantir la coordination avec d'autres projets d'implémentation en cours aux niveaux fédéral et régional (p. ex. zones de première ligne, etc.)

Ebpracticenet et le CEBAM aideront l'adjudicataire, lors du développement des actions d'implémentation, à élaborer des interventions qui permettent l'évaluation (cf. lot 3) et qui font appel aux indicateurs de qualité développés par le CEBAM. Enfin, dans le cadre de l'accompagnement offert par ebpracticenet, une attention sera accordée au changement de comportement durable, y compris après la période d'intervention.

Lot 2 :

Ebpracticenet assistera l'adjudicataire pour veiller à ce que les tâches d'implémentation réalisées au lot 2 soient conformes aux objectifs du plan d'implémentation (lot 1). Ebpracticenet et le CEBAM assisteront l'adjudicataire afin que les tâches d'implémentation réalisées permettent une évaluation (cf. lot 3).

Pour une exécution optimale du lot 2, il est vivement recommandé de collaborer avec des experts ou organisations qui ont acquis une expérience de terrain en matière de changement de comportement chez les prestataires de soins et/ou en matière de rééducation après un AVC.

Lot 3 :

L'évaluation commence dès l'élaboration de l'intervention et du planning des activités d'évaluation, et fait partie intégrante du plan d'implémentation livré au lot 1. L'adjudicataire sera donc soutenu dès l'élaboration du plan d'implémentation par ebpracticenet et le CEBAM en vue de mener à bien les différents aspects de l'évaluation. Concernant la sélection des indicateurs de qualité, il sera convenu avec le CEBAM des indicateurs qui correspondent le mieux aux différentes actions d'évaluation.

Références

1. Riekkinen M. Praktijkrichtlijn "Revalidatie van een patiënt na een CVA". Duodecim Medical Publications Ltd.; 2018.
2. Michiels D, Sun Y, Thijs V, Saka Rasit O, Hemelsoet D, Eyssen M, Paulus D. Stroke units: Doeltreffendheid en kwaliteitsindicatoren Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2012. KCE Report 181A. D/2012/10.273/41.
3. Michie S, Johnston M, Abraham C, Lawton R, Parker D, Walker A. Making psychological theory useful for implementing evidence based practice: a consensus approach. *BMJ Quality & Safety*. 2005;14(1):26-33. doi:10/cxktr9
4. Adriaenssens J, Eyssen M, Mertens R, et al. Naar een geïntegreerd evidence-based practice plan in België. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2017.
5. Peters S, Bussièrès A, Depreitere B, et al. Facilitating Guideline Implementation in Primary Health Care Practices: *Journal of Primary Care & Community Health*. Published online May 11, 2020. doi:10/ggvnhh
6. Field B, Booth A, Ilott I, Gerrish K. Using the Knowledge to Action Framework in practice: a citation analysis and systematic review. *Implementation Science*. 2014;9(1):172. doi:10/ggjb4c
7. Lui SK & Ngyen MH. Review article : Elderly stroke rehabilitation : Overcoming the complications and its associated challenges. *Hindawi*. 2018; Article ID 9853837, <https://doi.org/10.1155/2018/9853837>
8. Luker J, Lynch E, Bernhardsson S, Bennett L & Bernhardt J. Stroke survivors' experiences of physical rehabilitation: A systematic review of qualitative studies. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 2015 ;96 :1698-708.
9. MacDonald GA, Kayes NM & Bright F. Barriers and facilitators to engagement in rehabilitation for people with stroke: A review of the literature. *New Zealand journal of physiotherapy*. 2012;41(3): 112-121.
10. Nicholson S, Sniehotta FF, van Wijck F, Greig CA, Johnston M, McMurdo MET, Dennis M & Mead GE. A systematic review of perceived barriers and motivators to physical activity after stroke. *International journal of stroke*. 2013;8: 357-364.
11. Plant SE, Tyson SF, Kirk S & Parsons J. What are the barriers and facilitators to goal-setting during rehabilitation for stroke and other acquired brain injuries? A systematic review and meta-synthesis. *Clinical Rehabilitation*. 2016;30(9): 921-930.
12. Sarre S, Redlich C, Tinker A, Sadler E, Bhalla A & McKeivitt C. A systematic review of qualitative studies on adjusting after stroke: lessons for the study of resilience. *Disability and Rehabilitation*. 2014;36(9): 716-726, DOI:10.3109/09638288.2013.814724
13. Bayley MT, Hurdowar A, Richards CL, Korner-Bitensky N, Wood-Dauphinee S, Eng JJ, McKay-Lyons M, Harrison E, Teasell R, Harrison M & Graham ID. Barriers to implementation of stroke rehabilitation evidence: findings from a multi-site pilot project. *Disability and Rehabilitation*. 2012;34(19): 1633-1638, DOI: 10.3109/09638288.2012.656790
14. Cane J, O'Connor D, Michie S. Validation of the theoretical domains framework for use in behaviour change and implementation research. *Implementation Sci*. 2012;7(1):37. doi:10/gbbhfj
15. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *The Lancet*. 2003;362(9391):1225-1230. doi:10/bhnpmf
16. Morris JH, MacGillivray S & Mcfarlane S. Interventions to promote long-term participation in physical activity after stroke: A systematic review of the literature. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 2014;95:956-67.
17. Hoffmann T, Bennett S, Chia-Lin Koh & McKenna K. A Systematic Review of Cognitive Interventions to Improve Functional Ability in People Who Have Cognitive Impairment Following Stroke. *Topics in Stroke Rehabilitation*. 2010;17:2, 99-107, DOI:10.1310/tsr1702-99

18. Poulin V, Korner-Bitensky N, Dawson DR & Bherer L. Efficacy of Executive Function Interventions After Stroke: A Systematic Review. *Topics in Stroke Rehabilitation*. 2012;19(2):158-171, DOI: 10.1310/tsr1902-158
19. Stoller O, de Bruin ED, Knols RH & Hunt KJ. Effects of cardiovascular exercise early after stroke: Systematic review and meta-analysis. *BMC Neurology*. 2012;12:45.
20. Young J & Forster A. Clinical review: Rehabilitation after stroke. *BMJ*. 2007;334:86-90. doi: 10.1136/bmj.39059.456794.68
21. Carey RN, Connell LE, Johnston M, et al. Behavior Change Techniques and Their Mechanisms of Action: A Synthesis of Links Described in Published Intervention Literature. *Ann Behav Med*. 2019;53(8):693-707. doi:10/ggq9n7
22. Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 2005;21(1):149-149. doi:10.1017/S0266462305290190
23. Hemming K, Haines TP, Chilton PJ, Girling AJ, Lilford RJ. The stepped wedge cluster randomised trial: rationale, design, analysis, and reporting. *BMJ*. 2015;350. doi:10/gdqb2t
24. Smith JD. Single-Case Experimental Designs: A Systematic Review of Published Research and Current Standards. *Psychological Methods*. 2012;17(4):510-550.

C. ANNEXES

- un formulaire d'offre par lot.

APPROUVÉ :
1210 Bruxelles,

Président du Comité de Direction, Tom Auwers.
SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement

FORMULAIRE D'OFFRE

SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement
 Avenue Galilée 5/2 – 1060 Bruxelles
invoice@health.fgov.be

CAHIER SPECIAL DES CHARGES N° EBP/CVA AVC/2021/02

Marché public relatif à l'implémentation de la guide de pratique clinique
 « Rééducation d'un patient après un AVC »

La firme:

(dénomination complète)

dont l'adresse est:

(rue)

(code postal et commune)

(pays)

immatriculée à la Banque Carrefour des
 Entreprises sous le numéro:

et pour laquelle Monsieur/Madame/x²

(nom)

(fonction)

domicilié(e) à l'adresse:

(rue)

(code postal et commune)

(pays)

agissant comme soumissionnaire ou fondé de pouvoirs et signant ci-dessous, s'engage à exécuter, conformément aux conditions et dispositions du cahier spécial des charges n° EBP/CVA AVC/2021/02 le service décrit ci-avant au présent document formant **le lot 1**, au prix global mentionné ci-après, indiqué en lettres et en chiffres, libellés en EURO, hors TVA, de:

² Biffer la mention inutile

[en lettres et en chiffres en EURO]

auquel doit être ajoutée la TVA, soit un montant de:

[en lettres et en chiffres en EURO]

soit un montant global, TVA comprise, de:

[en lettres et en chiffres en EURO]

agissant comme soumissionnaire ou fondé de pouvoirs et signant ci-dessous, s'engage à exécuter, conformément aux conditions et dispositions du cahier spécial des charges n° EBP/CVA AVC/2021/02 le service décrit ci-avant au présent document formant **le lot 2**, au prix global mentionné ci-après, indiqué en lettres et en chiffres, libellés en EURO, hors TVA, de:

[en lettres et en chiffres en EURO]

auquel doit être ajoutée la TVA, soit un montant de:

[en lettres et en chiffres en EURO]

soit un montant global, TVA comprise, de:

[en lettres et en chiffres en EURO]

agissant comme soumissionnaire ou fondé de pouvoirs et signant ci-dessous, s'engage à exécuter, conformément aux conditions et dispositions du cahier spécial des charges n° EBP/CVA AVC/2021/02 le service décrit ci-avant au présent document formant **le lot 3**, au prix global mentionné ci-après, indiqué en lettres et en chiffres, libellés en EURO, hors TVA, de:

[en lettres et en chiffres en EURO]

auquel doit être ajoutée la TVA, soit un montant de:

[en lettres et en chiffres en EURO]

soit un montant global, TVA comprise, de:

[en lettres et en chiffres en EURO]

En cas d'approbation de la présente offre, le cautionnement sera constitué dans les conditions et délais prescrits dans le cahier spécial des charges.

L'information confidentielle et/ou l'information qui se rapporte à des secrets techniques ou commerciaux est clairement indiquée dans l'offre.

Les sommes dues seront payées par l'organisme de paiement du pouvoir adjudicateur par virement ou versement sur

le compte n°:

IBAN

BIC

La langue

néerlandaise/française³

est choisie pour l'interprétation du contrat.

Toute correspondance concernant l'exécution du marché doit être envoyée à l'adresse suivante:

(rue)

(code postal et commune)

(n° de ① et de F)

³ Biffer la mention inutile

(adresse e-mail)

Fait:

A

Le

20....

Le soumissionnaire ou le fondé de pouvoirs:

(nom)

(fonction)

(signature)

APPROUVE,
1210 Bruxelles

POUR MEMOIRE: DOCUMENTS A JOINDRE OBLIGATOIREMENT A L'OFFRE:

- Tous les documents et renseignements demandés dans le cadre des critères d'attribution ;
- Tous les documents demandés aux points 8.2 et 9.3 du présent cahier spécial des charges.