

**PACT-Plan d'Accompagnement Concerté  
Transversal - projet pilote d'intégration des  
soins en faveur des malades chroniques 2018-  
2021**

Charte de collaboration entre l'association PACT et  
les partenaires

Zone pilote : La Louvière-Binche-Morlanwelz

## Convention de collaboration

Dans le cadre le projet pilote d'intégration des soins en faveur des malades chroniques

### ENTRE LES SOUSSIGNES

- *L'association PACT,*

Ci-après dénommé(e) « **le Consortium** » ou « **l'Association** » ou le « **PACT** ».

D'une part

ET

*(Nom et coordonnées), (statut juridique de l'entreprise)  
Ayant son siège social à ... immatriculé(e) et représenté(e) par (Prénom, NOM et fonction de la personne habilitée à représenter légalement l'organisme),*

Ci- après dénommé(e) « **le partenaire** »

D'autre part

«Le consortium» et « le partenaire », communément dénommés « les Parties ».

### **IL EST PREALABLEMENT EXPOSE CE QUI SUIT :**

Le 2 février 2016, les ministres de la Santé publique des entités fédérées et de l'autorité fédérale ont présenté leur vision des Soins intégrés pour les malades chroniques qui se concrétise notamment sous la forme de **projets-pilotes** visant le développement de soins intégrés.

<http://www.integreo.be/fr/projets-pilotes/planning>

L'objectif est de soutenir une amélioration de la qualité de vie de la population et, en particulier, en faveur des personnes souffrant d'une ou plusieurs maladies chroniques et, ce, afin qu'elles puissent vivre au mieux dans leur propre environnement (famille, école, travail) et dans la communauté, et puissent gérer leur processus de soins de manière active.

A cet effet, des adaptations du système de soins de santé sont visées, sur la base des principes du Triple Aim :

1. améliorer l'état de santé de la population en général et des malades chroniques en particulier,
2. améliorer la qualité des soins (accessibilité, evidence based, ...),
3. accroître l'efficacité des moyens alloués (offrir de meilleurs soins à partir des moyens investis - durabilité du système de financement des soins)

**L'Arrêté royal** fixant les conditions auxquelles le Comité de l'assurance de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité peut conclure des conventions en vue du financement de projets-pilotes de soins intégrés a été publié au moniteur belge le 18 août 2017.

[http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article\\_body.pl?language=fr&pub\\_date=2017-08-18&numac=2017030883&caller=summary](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article_body.pl?language=fr&pub_date=2017-08-18&numac=2017030883&caller=summary)

Afin de mener à bien ce projet-pilote, un consortium de partenaires actifs dans les domaines professionnels qui s'inscrivent dans une approche intégrée en faveur des malades chroniques s'est constitué sur base volontaire.

La manifestation d'intérêt a été sélectionnée en juillet 2016, laquelle a permis de consolider et concrétiser la vision en un plan d'actions stratégiques.

En juin 2016, le consortium a entamé, avec un coach, la phase de conceptualisation de leur projet. Celle-ci s'est clôturée en août 2017.

Une analyse SWOT a été réalisée. Un ensemble de travaux- via des groupes techniques, des réunions plénières, un comité de pilotage- a permis de structurer le travail collectif. Le plan d'actions est donc spécifiquement adapté au contexte local et intègre donc les contraintes et les ressources de la zone.

Il est susceptible d'évoluer.

La phase-pilote prévoit de commencer par un type de pathologie et de se limiter à un territoire continu qui couvre entre 100 000 et 150 000 habitants.

Le **consortium** a défini le *PACT- Plan d'Actions Concerté Transversal*. Ce dernier constitue le plan stratégique sur 4 ans. Celui-ci se décline en objectifs opérationnels constitués d'actions, lesquelles sont les moyens définis collectivement pour améliorer l'intégration de soins en faveur des malades chroniques.

Ce consortium se constituera afin d'assurer la gouvernance du projet en ASBL- reprise ici sous le nom « l'Association » ou « Pact ».

C'est dans ce cadre que les Parties ont décidé de collaborer. La présente convention vise à définir le mode de fonctionnement afin de garantir la gestion du changement et l'engagement de chacun des parties.

## **IL EST ARRETE CE QUI SUIT :**

### **ARTICLE 1 : Objet de la présente convention- Le projet pilote de la région du centre**

Dans le cadre de l'action menée par le **Pact**, le partenaire apporte son concours et sa participation à la mise en œuvre du plan d'actions, mise en œuvre qui se déploie sur quatre années, soit de 2018 à 2021.

Le **territoire** continu qui couvre entre 100 000 et 150 000 habitants est celui des communes de La Louvière, Binche et Morlanwelz.

Notre **vision** :

1. **Une école de la santé** : la promotion de la santé est une vision positive de la santé, qui dépasse le cadre de la maladie pour s'intéresser à l'ensemble de facteurs qui font une vie de qualité. La santé est un bien commun à protéger et à transmettre. Des actions visent donc l'ensemble des habitants du territoire et sont portés par les autorités locales.
2. **Une société inclusive et solidaire** : l'amélioration de la qualité de vie des patients passe par une optimalisation de l'organisation des réseaux de soins, l'implication et l'écoute du patient quant à ses besoins et ses projets. Par cette meilleure appropriation de sa santé, le patient est un partenaire pour diffuser des messages auprès de son entourage.

3. **Une communauté de soignants ouverte et apprenante** vise à faciliter la collaboration fluide et créative entre les soignants par le biais de procédures simples et en incluant des patients témoins. Le projet souhaite s’investir dans l’innovation et les TIC.

Le **groupe cible de départ est constitué uniquement de patients** souffrant ou à risque de souffrir d’une limitation de ses activités physiques sur une période de plus de 6 mois à cause d’une maladie chronique neurologique.

Par neurologique, nous incluons les pathologies neuromusculaires mais excluons les pathologies purement orthopédiques, uniquement psychiatriques et la fibromyalgie.

Par la suite, le projet vise l’ensemble des patients identifiés d’une manière ou d’une autre comme souffrant d’une pathologie chronique via les données Inter mutualiste (Base de Données AIM).

**ARTICLE 2 :**

2.1. Type de participation :

Afin de soutenir le projet ci-dessus indiqué, le partenaire s’engage à la mise en œuvre du plan d’actions

Cette implication se décline comme suit

- une participation aux groupes de travail
- une participation aux réunions plénières
- la mise en œuvre et ou la participation aux actions, telles que reprises dans le projet déposé et les développements de nouvelles actions au cours des 4 années
- une participation dans l’évaluation du projet, soit implication dans la définition et la récolte d’indicateurs en collaboration avec la coordination
- une définition itérative de nouvelles actions faisant suite aux évaluations
- la description concrète est jointe en annexe (type d’implication, GT, actions, pilotage ou collaboration, via le GANTT qui sera mis à jour sur base de la proposition du membre et la gouvernance du Pact).

**Le partenaire désigne une ou plusieurs personnes qui s’impliqueront concrètement dans ce processus.**

Nom	Prénom	Fonction au sein de l’organisme	Fonction dans le PACT (GT, actions,...)

## 2.2. L'échéancier

Le projet-pilote débute en janvier 2018 et est convenu pour une durée de 4 ans.

## 2.3. Valorisation financière

Aucune valorisation financière ne pourra être perçue pour la participation à la mise en œuvre du plan d'actions tel que précisé en l'article 2.1.

Les partenaires mettent leurs infrastructures et moyens humains, selon le cadre défini dans le plan d'actions, à titre gracieux à l'association.

## 2.3 Les partenaires

Il est prévu que le **consortium** soit composé de partenaires dits « obligatoires » et « autres ».

Les partenaires « obligatoires » sont des partenaires de 1re ligne, soit des médecins généralistes et des praticiens de l'art infirmier à domicile, avec possibilité d'extension à d'autres dispensateurs de soins (pharmaciens, kinésithérapeutes, dentistes ...); et des partenaires de 2e ligne, soit des établissements de soins et diverses sections, services et fonctions concernés, les partenaires des soins et de l'aide à domicile; différentes spécialités médicales concernées par les soins chroniques; une ou plusieurs structures de concertation avec une représentation significative sur le territoire du projet- pilote (par exemple SISD), une ou plusieurs associations de patients, d'aidants proches et de familles. Les partenaires non repris ci-dessus sont les partenaires « autres ».

Cette liste de partenaires est amenée à s'élargir sur base volontaire des organismes et prestataires.

### **ARTICLE 3 : Obligations réciproques :**

**Le Pact** mettra tout le soin d'un professionnel dans la préparation du projet ; son intervention se situera à plusieurs stades :

- convention avec l'INAMI
- coordination du projet sous la forme d'un manager d'intégration
- suivi dans engagements vis à vis de l'autorité subsidiant
- suivi de l'évaluation dans le cadre de l'équipe FAITH
- animation et gestion du changement et de la mise en œuvre du plan d'actions
- suivi de budget et du plan financier
- comité de pilotage
- coordination clinique
- plan de communication
- reporting et évaluation globale
- rapport d'activités

Par ailleurs, **Le Pact** tiendra le partenaire informé de l'évolution du projet et du budget, en lien avec les attentes et requalification de l'autorité, mais aussi en cas de dérive ou difficultés financières. Dans le même esprit de transparence qui guide cette relation contractuelle, **Le Pact** s'engage à présenter les résultats quantitatifs et qualitatifs de manière régulière.

Enfin, **Le Pact** s'engage à accomplir toutes les formalités nécessaires à la réalisation et la mise en œuvre du projet. La réalisation du projet est entièrement placée sous sa responsabilité, celle du partenaire ne pouvant être recherchée pour quelque cause que ce soit.

**Le Pact** s'engage irrévocablement à ce que la participation financière et humaine de chacune des parties soit intégralement affectée au financement du projet concerné par la présente convention, à l'exception de tout autre utilisation quelle qu'elle soit.

#### **ARTICLE 4 : Contreparties**

**Le Pact** s'engage à mentionner régulièrement le nom des partenaires, via ses outils de diffusions et de communication sur les documents de communication de l'Association et/ou du projet.

La présence du logo ou du nom **Pact** fera l'objet d'une validation avant impression, mise en ligne ou diffusion sur quelques supports que ce soit. **Le Pact** signifiera son accord par écrit (mail) sous la forme « Bon pour accord » dans les 5 jours qui suivent la diffusion. Ce délai passé et en cas de non réponse, l'accord sera réputé comme acquis. De son côté, le partenaire pourra se prévaloir de la dénomination ou du label de « **PACT** » ou autre communication à définir.

En outre, toute présence du logo du partenaire sur les supports de communication du consortium fera l'objet d'une validation par le partenaire dans les mêmes termes que ceux précités.

#### **ARTICLE 5 : management d'intégration, suivi stratégique**

**Le Pact** dispose d'un manager d'intégration dénommé « coordinateur général » à temps plein financé par le SPF santé publique et de frais de fonctionnement.

En aucun cas ce budget ne peut être affecté à d'autres activités et un autre projet.

**Le coordinateur général** accompagne la phase d'exécution du projet. Il est la cheville ouvrière du projet, chargé du suivi quotidien de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation du plan d'actions pendant la phase d'exécution.

Il assure le suivi institutionnel, stratégique et opérationnel.

Institutionnel :

- Etre le point de contact privilégié entre l'administration et le consortium et la courroie de transmission,
- Coordonner le fonctionnement stratégique et opérationnel top-down et bottom-up,
- Représenter le consortium auprès du SPF, et être l'interlocuteur privilégié pour l'organisation de la communication,
- Assurer le reporting vers le SPF des rapports annuels,
- Coordonner et produire l'évaluation avec la cellule IA et FAITH et l'ensemble des participants du consortium.

Au niveau stratégique :

- Convoquer et organiser le comité de pilotage,
- Rappporter au comité de pilotage sur les processus de mise en œuvre, les informations et pistes de solutions vers les GT,

- Proposer un reporting général du projet,
- Relayer l'information vers les organes stratégiques et organiser les séances plénières,
- Assurer l'articulation entre les différents groupes de travail du consortium,
- Développer des partenariats et l'approche territoriale,
- Animer le processus opérationnel et en rendre compte au comité de pilotage,
- Organiser le comité de réflexion.

Au niveau opérationnel :

- Coordonner les différents GT, assurer leur bon fonctionnement, accompagner les pilotes, accompagner la définition d'indicateurs,
- Proposer un reporting général, en ce compris vers le comité de réflexion,
- Veiller à la bonne tenue de l'agenda et relancer les responsables de GT,
- Organiser le comité de réflexion.

**Le comité de pilotage** accompagne le suivi du plan et la gestion du changement. Le CP est composé prioritairement des partenaires « obligatoires ». D'autres organismes peuvent également être représentés comme des représentants d'entités locales (communes, CPAS, ...), des réseaux (107, Protocole 3, ...).

Les personnes présentes ont un mandat et une autorité décisionnelle pour engager leur organisme; de manière à pouvoir s'engager au nom du consortium. Si un délai est demandé pour valider des décisions délicates, elles doivent être capables de le faire dans un délai raisonnable.

Les organismes membres du CP doivent expressément être impliqués de manière active et significative dans des actions pour se prévaloir d'une représentation au comité de pilotage. Aussi, le statut de membre « obligatoire » selon l'INAMI est nécessaire mais pas suffisant.

- Assurer, au niveau « meso », le suivi opérationnel du plan d'actions et la méthodologie suivant la roue de Deming, de même que l'évaluation,
- Stimuler les partenariats, favoriser le développement du projet et sa bonne réputation, dans son réseau et les différents organismes,
- Offrir des solutions en cas de blocages des actions,
- Au niveau « macro » accompagner et positionner le projet dans l'évolution des projets pilotes en général dans le cadre des politiques de santé,
- Valider les livrables qui sont diffusés : rapports d'activités, proposition de publications scientifiques ou médiatiques, comptes, communication officielle vers les autorités politiques, ...

Le CP se réunit a minima 6 à 8 fois par an (selon le rythme de 6 à 8 semaines d'intervalle) et aussi souvent que nécessaire.

**Le bureau** répond de manière flexible au coordinateur général. Il est constitué de représentants du comité de pilotage qui par leurs fonctions, disposent de disponibilité suffisante que pour répondre de la gestion quotidienne du consortium assuré par la coordination. Le bureau peut s'engager dans la gestion courante pour faciliter les initiatives de la coordination en matière de mise en œuvre du plan. (Plafond financier ?)

Le bureau valide et prépare sur proposition de la coordination les réunions du comité de pilotage et les livrables à proposer aux participants du consortium. Le bureau peut opérer de manière dématérialisée, à condition qu'au moins deux membres participent.

## **ARTICLE 6 : organisation pratique, suivi opérationnel**

Le consortium est composé de plusieurs entités qui lui permettent de travailler de manière collective et de faire circuler l'information de manière structurée.

### **Les assemblées et groupe de travail**

**L'assemblée plénière** est constituée de l'ensemble des participants du consortium. Elle se réunit entre 3 et 4 fois par an. Elle a pour vocation d'assurer la vision commune et le partage d'information entre l'ensemble des partenaires.

**Les groupes de travail** GT sont dédiés à des objectifs opérationnels spécifiques, ces objectifs opérationnels sont concrétisés par des actions.

Ils se réunissent entre 6 et 8 fois par an. Ils ont pour but de suivre la réalisation, l'adaptation, l'évaluation des actions dédiées.

Ces GT's sont

- 1) GT prévention et empowerment
- 2) GT multidisciplinarité
- 3) GT dossier partagé informatisé
- 4) GT qualité et évaluation
- 5) GT communication

**Le comité de réflexion** est une assemblée ouverte à toute personne intéressée, en ce compris des organismes qui ne sont pas signataires de la convention. Il se réunit une fois par an. Il a pour but de communiquer et faire appel à de nouveaux partenaires.

Les partenaires y occupent **différents statuts** soit :

**Participant** : tout membre d'un organisme impliqué, quel que soit le niveau hiérarchique (direction, coordination, employé, ..). La personne est mandatée pour participer aux réunions, et peut proposer des activités qui entrent dans le core-business de l'organisme partenaire qu'elle représente.

**Pilote** : responsable d'action, de son suivi et son reporting. La personne est mandatée par son autorité pour réaliser et s'engager dans les actions convenues et s'investir dans la mise en œuvre du plan.

**Collaborant** : impliqué dans une action, co-responsable du suivi et de l'évaluation. La personne est mandatée par son autorité pour réaliser et s'engager dans les actions convenues et s'investir dans la mise en œuvre du plan.

Responsable de GT : seconde la coordination pour assurer la bonne tenue des réunions, convoquer et garantir le reporting de l'objectif stratégique (définition des indicateurs)

Le projet pourra être soutenu par d'autres partenaires, sous réserve que ces derniers s'inscrivent pleinement dans un esprit de collaboration et de participation. Cette inclusion doit faire l'objet d'une validation sur base d'éléments probants : implication dans des actions, participation active aux réunions, apports nouveaux répondant aux objectifs du projet.

### **ARTICLE 8 : Assurances**

Chaque partie dispose de ses propres assurances en ce qui concerne sa participation et celle de ses employés et représentants.

### **ARTICLE 9 : Durée de la présente convention**

La convention est conclue pour la durée du projet pilote soit de janvier 2018 à décembre 2021 ; elle prend effet le jour de sa signature par les deux Parties et s'éteindra de plein droit à la fin de la durée précitée.



L'engagement du partenaire est assuré pendant toute la durée de la présente convention. Un changement de directeur peut cependant impliquer un délai raisonnable de 2 mois quant à la désignation d'une nouvelle personne de référence.

#### **ARTICLE 10 : Renouvellement et admission de nouveaux membres**

La présente convention pourra faire l'objet d'un renouvellement dans les conditions définies par les Parties lors d'une réunion de bilan fixée à la demande de l'une ou l'autre des Parties, permettant de faire le point sur le projet passé et les projets à venir.

L'admission de nouveaux membres ou renouvellement fera alors l'objet d'un avenant spécifique précisant uniquement ces modalités et sera communiquée à l'ensemble des membres.

#### **ARTICLE 11 : Résiliation**

La présente convention de collaboration prendra fin de plein droit dans l'éventualité où le projet-pilote présenté par le consortium ne reçoit pas l'aval des autorités compétentes, à savoir l'INAMI.

Il ne pourra être mis fin à la collaboration d'un partenaire qu'en cas de défaut de respect par celui-ci de ses obligations.

#### **ARTICLE 13 : Litige**

La présente convention est soumise au droit belge. Tout litige relatif à la présente convention est de la compétence des tribunaux de l'Arrondissement judiciaire du Hainaut

Fait à *(Ville de signature)*, le *(date de signature)*

En exemplaires originaux, dont un pour chacune des Parties

*(Signature des représentants des deux parties)*

L'association

Nom

Fonction

**Partenaires du réseau faisant l'objet de l'accord au 1/12/2017 :**

1. Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de TIVOLI
2. Réseau multidisciplinaire local (RML) du Centre
3. Fédération des Médecins Généralistes du Centre et de Binche (FMGCB)
4. Association des Infirmiers Indépendants du Centre- Collegium
5. Union Pharmaceutique du Hainaut Occidental et Central (UPHOC)
6. Service Intégré des Soins à Domicile (SISD) Région du Centre et de Soignies
7. Centrale de Services à Domicile (CSD) du Centre et de Soignies
8. Solidaris - Mutualité Socialiste du Centre, Charleroi et Soignies
9. Vivre à Domicile Sud-Hainaut (VADSH)
10. Maison de Mariemont asbl
11. Ville de la Louvière et Centre Public d'Action Sociale (CPAS) de La Louvière
12. Centre Public d'Action Sociale (CPAS) de Binche
13. Commune de Morlanwelz
14. Centre Local de Promotion de la santé (CLPS) de Mons-Soignies
15. Province de Hainaut - Observatoire de la Santé du Hainaut (OSH)
16. Ligue des Usagers des Services de Santé (LUSS)
17. Association Belge contre les Maladies neuro-Musculaires ASBL (ABMM)
18. Association Parkinson
19. Ligue belge de la Sclérose en Plaques (SEP) Communauté Française ASBL
20. Association des ergothérapeutes
21. ALBA -CRF
22. Réseau 107- Mosaique
23. Association Socialiste de la Personne Handicapée (ASPH)
24. Réseau Aidants Proches ASBL
25. IDEA - Cœur du Hainaut

**Partenaires 2018**

Date d'entrée :

Nom :

Représentant :

