**Dossier de candidature**

**Parcours de soins global après le traitement d’un cancer**

|  |  |
| --- | --- |
| **Auteur de la demande****(Raison sociale, représentant légal, n° finess, adresse)**  |  |
| **Référent dossier****(Nom, prénom, mail)** |  |

**La structure**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom et coordonnées de la structure**- adresse- code postal- ville |  |
| **Nom et coordonnées du (de la) directeur(trice) de la structure**- téléphone- mail |  |
| **Statut de la structure** |  |
| **Description des activités de la structure en mettant en évidence les raisons pour lesquelles la structure est particulièrement pertinente pour porter ce parcours**maximum une demi-page - Police Arial taille 11 |
|  |

**Coordonnateur du projet[[1]](#footnote-1)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom, Prénom** |  |
| **Fonction** |  |
| **Lieu d’exercice** **Adresse****Code Postal** **Ville** |  |
| **Adresse électronique** |  |
| **Téléphone** |  |

**Composition de l’équipe pluri-professionnelle impliquée dans le projet ( joindre les diplômes des PS ainsi que l’inscription sur ADELI pour les psychologues )**

|  |
| --- |
| **Equipe APA(S)** |
| Noms, Prénoms  |  |  |  |  |  |
| Fonctions |  |  |  |  |  |
| Salarié de la structure du projet oui/non |  |  |  |  |  |
| Si non le contrat type selon l’annexe 1 devra être transmis à l’agence pour pouvoir bénéficier des financements |  |  |  |  |  |
| Lieux d’exercice Adresse Code Postal Ville |  |  |  |  |  |
| Adresse électronique  |  |  |  |  |  |
| Téléphone |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Equipe Diététique** |
| Noms, Prénoms  |  |  |  |  |  |
| Fonctions |  |  |  |  |  |
| Salarié de la structure porteuse du projet oui/non |  |  |  |  |  |
| Si non le contrat type selon l’annexe 1 devra être transmis à l’agence pour pouvoir bénéficier des financements |  |  |  |  |  |
| Lieux d’exercice Adresse Code Postal Ville |  |  |  |  |  |
| Adresse électronique  |  |  |  |  |  |
| Téléphone |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Equipe Psychologue** |
| Noms, Prénoms  |  |  |  |  |  |
| Fonctions |  |  |  |  |  |
| Salarié de la structure porteuse du projet oui/non |  |  |  |  |  |
| Si non le contrat type selon l’annexe 1 devra être transmis à l’agence pour pouvoir bénéficier des financements |  |  |  |  |  |
| Lieux d’exercice Adresse Code Postal Ville |  |  |  |  |  |
| Adresse électronique  |  |  |  |  |  |
| Téléphone |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Equipe coordination et support (SI..)** |
| Noms, Prénoms  |  |  |  |  |  |
| Fonctions |  |  |  |  |  |
| Salarié de la structure porteuse du projet oui/non |  |  |  |  |  |
| Lieux d’exercice Adresse Code Postal Ville |  |  |  |  |  |
| Adresses électroniques  |  |  |  |  |  |
| Téléphones |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Autres structures et acteurs associés au projet**

(*Ajouter autant de lignes que nécessaire)*

*Des organisations innovantes seront appréciées.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Structure**  | **Nom, prénom** du responsable associé au projet | **Téléphone, mail** | **Statut de la structure** | **Mission(s) dévolue(s)**Dans le cadre du projet |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Point de vigilance : l’ensemble de ces structures/acteurs s’engage à participer à la mise en œuvre du projet durant toute sa durée.**

Pour cela, chaque responsable associé au projet **rédige et signe un courrier d’engagement qu’il joint au présent dossier** :

- Précisant qu’il accepte les missions qui lui sont dévolues ;

- Décrivant les actions qu’il aura à entreprendre ;

- Fixant les modalités de coopération et de participation à l’évaluation.

**Détails du projet**

**Contexte du projet**

|  |
| --- |
| **Contexte dans lequel s’inscrit le projet****Les éléments présentés devront permettre d’évaluer :**L’intérêt et pertinence du portage par votre structure de ce parcours au regard :* Des activités actuelles de la structure et de leurs articulations avec le projet
* Des enjeux de ce parcours : communication et relais avec les prescripteurs en amont et en aval, implication et coordination des professionnels de l’APA, des diététiciens et des psychologues, en proximité avec le lieu de vie des patients
 |
|  |

 **Présentation succincte du périmètre géographique couvert et de la file active**

|  |
| --- |
| **Préciser le rayon d’action du porteur de projet (cartographie infra territoire) et l’évaluation chiffrée (approximative) de la file active de patients pouvant bénéficier de ce parcours en précisant si possible leurs profils : âge, type de cancer, profil social (en particulier % de patients avec des critères de précarité PUMa et complémentaire santé solidaire)** |
|  |

**Modalités de mise en œuvre du parcours soins global après le traitement d’un cancer**

|  |
| --- |
|  **Les éléments présentés devront permettre d’évaluer :**L’aptitude de la structure, du coordonnateur et de l’équipe à porter le projet et à en assurer la coordination patient et d’équipes en particulier à assurer :* Tout au long du parcours le respect des bonnes pratiques et en particulier le respect des souhaits exprimés par le patient. Notamment, la priorisation des axes de prise en charge (choix des bilans, consultations) devra prendre en compte avant tout les souhaits du patient. Préciser si des outils seront utilisés (et si oui lesquels) pour s’assurer de la co-construction du parcours avec le patient et de son adéquation à ses besoins au cours de celui-ci.
* En lien avec les prescripteurs :
* Le repérage des patients éligibles (outils utilisés, lien avec outil réseau)
* La communication autour des bilans et consultations de suivi (supports utilisés pour la traçabilité, modalités de transmission)
* En lien avec les professionnels APA, diététiciens et psychologues :
* La planification des prestations prescrites (personne en charge de la planification, outil utilisé, communication avec les intervenants et le patient, organisation des transports sociaux le cas échéant)
* La communication entre les intervenants (supports utilisés pour la traçabilité, modalités de transmission)
* Le suivi de la réalisation des prestations (traçabilité, communication avec la personne en charge de la coordination)
* La rémunération des intervenants :
* La pérennité de cette organisation
 |
| 1. Description du parcours patient (modalités d’organisation du repérage, outils utilisés, des bilans et des consultations de suivi).
2. Présentation de l’organisation pour coordonner le parcours (temps dédié, type de professionnel(s) en charge de la coordination et/ou mobilisation de dispositifs présents sur le territoire).
3. Communication entre les PS.
4. Suivi de la réalisation des prestations et de la montée en charge du projet.
 |

 **Modalités d’évaluation des résultats et perspectives**

|  |
| --- |
| **Description des modalités de recueil des indicateurs d’évaluation annuels :*** Description des personnes impliquées dans le recueil, du moment du recueil, du (des) support(s) utilisé(s) pour ce recueil, des modalités de transmission à l’ARS.
* A noter fichier tableur type xls pouvant être fourni par l’agence pour le suivi.
 |
|  |

**Calendrier de mise en œuvre**

|  |
| --- |
| **Description des dates des étapes clés (notamment établissement des conventions et partenariats nécessaires à la mise en œuvre du projet).*** La crédibilité du calendrier est un point important (afin de pouvoir démarrer les prestations à la signature de la convention avec l’ARS).
* Préciser les modalités de promotion envisagées sur le territoire desservi.
* Préciser les modalités de suivi du projet avec les acteurs impliqués (réunions, restitution des évaluation annuelles …)
 |
|  |

**Estimation du budget prévisionnel en lien avec file active estimée**

|  |
| --- |
| **Description de la justification des crédits sollicités :** **Les éléments présentés devront décrire la ventilation des crédits sollicités** * Prestations forfaitaires envisagées en fonction de la file active
* Besoin de financement pour la coordination ou autres à préciser
* Autres financements perçus sur la thématique
* Modalités de suivi du volet financier (services faits)
 |
|  |

**CV du coordonnateur du projet**

|  |
| --- |
| **CV du coordonnateur** (1 page maximum pour le CV ) |
|  |

**CV et diplômes des membres des équipes APA, diététique et psychologue , engagements des PS à participer à la websession mise en œuvre par le réseau onco Paca Corse** (préciser pour les diététiciens et les APA : les diplômes, pour les psychologues : inscription au registre ADELI, les diplômes et expériences professionnelles en psychologie clinique ou psychopathologie )

|  |
| --- |
| **CV des membres des équipes APA, diététique et psychologue** (1 page maximum pour le CV/personne ) |
|  |

 **Engagement de la structure porteuse**

La structure porteuse s’engage à mettre en œuvre et évaluer le projets soumis dès la signature de la convention avec l’ARS et pour une durée de 3 ans avec avenant financier à minima annuel.

**Engagement et signature du directeur de l’établissement :**

|  |
| --- |
| **Nom de la structure candidate :****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| Je, soussigné(e), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, directeur de…………… :* Déclare avoir pris connaissance du projet « parcours de soins global après le traitement d’un cancer » et certifie l’exactitude des informations présentes dans ce dossier ;
* Déclare avoir pris connaissance de l’appel à projets ;
* Autorise les équipes de mon organisme à participer au projet et m'engage à leur en permettre la réalisation ;
* M’engage à adresser les évaluations
* M’engage à participer au rapport final adressé à l’ARS

Cachet de l’organisme Le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Signature : |

**Engagement et signature du coordonnateur de projet :**

|  |
| --- |
| **Signature du coordonnateur de projet**  |
| Je soussigné(e), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Coordonnateur de projet  - Déclare avoir pris connaissance du projet « parcours de soins global après le traitement d’un cancer » et certifie l’exactitude des informations présentes dans ce dossier; - Déclare avoir pris connaissance de l’appel à projet; - M’engage à assurer la conduite et la coordination du projet décrit dans le présent dossier ainsi que la communication du rapport final à l’ARS.Cachet de l’organisme de rattachement du coordonnateurSignature : Le : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

.

**Engagement des partenaires du projet (lettre(s) d’engagement à joindre au dossier) :**

 **ANNEXE 1 :** CONTRAT-TYPE ENTRE LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ MENTIONNÉS AUX ARTICLES L. 4371-1 ET D. 4371-1 (DIETÉTICIENS), LES PROFESSIONNELS DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE MENTIONNÉS À L'ARTICLE D. 1172-2 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET LES PSYCHOLOGUES ET LA STRUCTURE DÉSIGNÉE PAR L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ POUR LA MISE EN OEUVRE DU PARCOURS DE SOINS GLOBAL APRÈS LE TRAITEMENT D'UN CANCER

DANS LE DÉPARTEMENT DE… (TERRITOIRE…)

Numéro de contrat :

Entre d'une part : M./Mme

Exerçant la profession de diététicien/professionnel de l'activité physique adaptée (APA)/psychologue

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

N° ADELI :

N° SIRET :

Ci-après désigné « le professionnel »

Et d'autre part :

[Nom de la structure] en tant que structure chargée de la mise en oeuvre du parcours de soins global après le traitement d'un cancer, désignée par le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS).

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

N° FINESS :

Ci-après désigné « la structure »

Il a été convenu ce qui suit :

**1. Objet**

Le présent contrat a pour objet de fixer les modalités de collaboration du professionnel au parcours de soins global après le traitement d'un cancer organisé par la structure. Les conditions d'application du parcours sont précisées au chapitre V-1 du titre Ier du livre IV de la première partie du code de la santé publique (articles R. 1415-1-10 à -12). Les prestations visées par le présent contrat sont :

- pour les diététiciens : bilan diététique (d'une durée d'une heure) et consultations de suivi (d'une durée d'une demi-heure), en fonction des besoins identifiés ;

- pour les professionnels de l'activité physique adaptée (APA) : bilan fonctionnel et motivationnel de l'activité physique, qui donne lieu à l'élaboration d'un projet d'activité physique adaptée (d'une durée d'une heure) ;

- pour les psychologues : bilan psychologique (d'une durée d'une heure) et consultations de suivi (d'une durée d'une demi-heure), en fonction des besoins identifiés.

Les professionnels produisent à la structure les diplômes, certificats ou titres de formation conformément à l'article 3 du présent arrêté.

**2. Cadre de l'intervention**

Les prestations sont dispensées dans le cadre de la prescription médicale délivrée par le cancérologue, le pédiatre ou le médecin traitant. Elles se déroulent sous la responsabilité de la structure.

**3. Modalités d'exercice du professionnel**

Le professionnel s'engage à respecter les recommandations de bonnes pratiques établies par la Haute Autorité de santé (HAS), l'Institut national du cancer (INCa) et les sociétés savantes (cf. annexe) ainsi que les principes généraux exposés au L. 1111-2 du code de la santé publique.

Il s'engage également à l'utilisation des outils recommandés par la HAS ou validés scientifiquement et étalonnés. Une liste non exhaustive est, à titre indicatif, établie en annexe de ce contrat. Cette liste sera amenée à être réactualisée périodiquement en fonction de l'évolution des recommandations et des outils et plus généralement de l'évolution des connaissances scientifiques.

Le professionnel transmet le compte-rendu d'évaluation ou de bilan à la structure et au médecin prescripteur.

Il transmet, au moins une fois tous les trois mois, les compte-rendus quantitatifs et qualitatifs des interventions qu'il réalise, à la structure, au médecin prescripteur et au médecin traitant, si ce dernier n'est pas le prescripteur.

En cas de congé ou d'empêchement, le professionnel s'engage à prendre toutes les mesures nécessaires à la poursuite du bilan et des interventions pour éviter toute rupture dans le parcours. L'activité du professionnel de santé, de celui de l'activité physique adaptée et du psychologue dans le cadre du présent contrat est couverte par son ou ses contrat(s) d'assurance professionnelle personnelle (responsabilité civile notamment concernant les actes de soins, véhicule et trajets domicile-travail, etc.). Une copie des polices d'assurances nécessaires devra être remise à la structure dans les quinze jours de la signature du présent contrat et actualisée chaque année.

Le professionnel veille au respect de ses obligations déontologiques notamment en matière d'information du patient.

**4. L'utilisation et la protection des données personnelles des patients pris en charge par la structure**

Toutes les données devront être numérisées, sécurisées et recueillies en conformité avec le règlement général de protection des données (RGPD). Ainsi, les informations collectées doivent répondre à des finalités déterminées, explicites et légitimes nécessaires à la prise en charge du parcours. Les données collectées doivent également être adéquates, pertinentes et limitées à ce qui est nécessaire à la prise en charge. Les informations ainsi collectées peuvent être échangées entre professionnels aux conditions cumulatives qu'elles concernent le même patient et que les professionnels fassent partie de la structure, tout en veillant au respect du secret médical ou du secret professionnel pour les professionnels de l'activité physique adaptée lorsqu'ils ne sont pas professionnels de santé.

La structure désigne le délégué à la protection des données qui aura comme rôle de faire respecter les obligations énoncées ci-dessus par les professionnels de la structure et de veiller à ce que le responsable de traitement informe, d'une façon concise, transparente, compréhensible et aisément accessible, les personnes concernées par le traitement.

Les données personnelles recueillies auprès des usagers de la structure font l'objet de la protection légale.

**5. Le rôle de la structure vis-à-vis du professionnel**

Les évolutions et les progrès dans l'accompagnement ainsi que les difficultés identifiées par le professionnel sont transmises par la structure au médecin prescripteur.

**6. Rémunération des prestations**

Le professionnel non salarié est rémunéré pour la séquence de prestations qu'il réalise par le versement par la structure d'un forfait versé par étapes : après réception du bilan ou de l'évaluation, et tous les trois mois après réception du compte-rendu d'intervention du professionnel.

Le montant maximal global par patient et par an accordé aux structures par l'agence régionale de santé s'élève à 180 euros.

Le tarif maximal spécifique des bilans et des consultations du parcours de soins global après le traitement d’un cancer délivré par les professionnels visés au R. 1415-1-13 du code de la santé publique et payé par les structures est de :

Tarif maximal pour un bilan d'une durée d'une heure : 45 euros.

Tarif maximal pour une séance (consultation de suivi diététique et/ou psychologique) d'une durée d'une demi-heure : 22,50 euros.

**7. Modalités de paiement**

La structure rémunère le professionnel en un ou plusieurs versements faisant suite à la réception des comptes rendus de bilans et de consultations de suivi correspondant au paiement.

**8. Suspension/arrêt**

Le professionnel libéral s'engage à ne pas prendre de décision unilatérale de suspension des séances sans concertation préalable avec la structure et l'accord éclairé du patient.

Le professionnel s'engage également à signaler à la structure toute absence non justifiée par le patient à deux séances consécutives programmées. Dans ce cas, la structure s'engage à contacter elle-même le patient. En cas de sortie du parcours à l'initiative du patient, le professionnel s'assure des raisons de cet arrêt, vérifie s'il est cohérent avec l'évolution du patient, en informe sans délai la structure pour qu'elle organise, le cas échéant, les suites de ce parcours. Il lui remet une note de fin de prise en charge. Dans ces cas, le forfait dû au professionnel est proratisé en fonction du taux de réalisation du parcours prescrit.

**9. Durée et résiliation**

Le présent contrat est conclu pour une période allant du… au…, renouvelable par tacite reconduction à la date anniversaire du contrat, sauf dénonciation expresse par l'une des parties, par une lettre recommandée avec accusé de réception, avec un préavis de deux mois minimum.

En cas de difficultés dans l'application du contrat, une rencontre a lieu dans les plus brefs délais pour examiner la situation et trouver une solution.

Le contrat peut être résilié par la structure en cas de non-respect des différents articles du présent contrat ou de pratiques non conformes aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Dans ce cas, la structure adresse par voie de courrier recommandé avec accusé de réception, une mise en demeure au professionnel de se conformer aux recommandations ou, à défaut, de faire part de ses observations.

Si le différend perdure, la structure résilie le contrat.

Dès lors que le contrat est dénoncé, les interventions qui étaient prévues et non réalisées ne feront pas l'objet de facturation ni de remboursement par la structure.

Signatures

**Annexe 2 :** **Indicateurs à remonter par les structures aux ARS**

**Chaque année :**



**A 5 ans à titre indicatif uniquement , les modalités d’évaluation pouvnt etre modifiées .**



NB : Les données concernant les bénéficiaires seront enregistrées à raison d’une ligne par bénéficiaire, identifié de façon anonyme par un code d’identification unique construit comme suit : deux derniers chiffres de l’année de naissance, deux chiffres du mois de naissance, trois premières lettres du nom de jeune fille, deux premières lettres du prénom. Les structures bénéficiaires s’assureront de la conformité avec les lois et règlements en vigueur ainsi que de l’information adaptée des patients concernant l’usage des données selon le règlement général sur la protection des données (RGPD).

**Annexe 3 : Modèle de convention ILHUP**

**CONVENTION DE PARTENARIAT ENTRE ILHUP ET xxx**

**Entre les soussignés**

**ILHUP** association de loi 1901, dont le siège social est situé au. Hôpital Sainte Marguerite Pavillon Cantini 20 avenue Viton 13274 Marseille représentée par Monsieur FABRIES Stéphane, en sa qualité de Directeur sous le N° de Siret 448 402 503 000 32, dûment habilitée à l’effet des présentes.

Ci-après désignée **« l’association ILHUP » d’une part,**

Et

xxx

Ci-après désignée « xxx » **d’autre part,**

**Préambule :**

*L’****association ILHUP*** *a pour but d'améliorer la qualité de vie, le bien-être et l’autonomie des patients et de leur entourage, quel que soit leur lieu de résidence et leur situation de vulnérabilité, en promouvant la qualité, la pertinence et la sécurité des soins, en promouvant des comportements favorables à la santé, y compris dans des actions de prévention primaire, secondaire et tertiaire, par une prise en charge commune et coordonnée entre les différents acteurs du champ de la santé.*

*Pour atteindre son but, l’association accompagne tous les professionnels de santé en :*

* *Apportant tout le soutien nécessaire aux professionnels de santé dans le cadre de leurs activités de coordination des parcours de santé,*
* *Apportant conseil et support aux professionnels de santé,*
* *Participant à la formation continue des professionnels de santé,*
* *Favorisant l’innovation et la mise en place de projets permettant d’améliorer la qualité des soins et des services, notamment par la généralisation de l’utilisation des données probantes.*

*Elle s’interdit toute action ou réflexion politique ou syndicaliste.*

*La structure xxx…*

**CECI EXPOSE, IL A ETE CONVENU CE QUI SUIT :**

### ARTICLE 1 : Objet de la convention

L’objet de la présente convention est de définir les liens qui existent entre l’association ILHUP et xxx.

Ces liens doivent favoriser la prise en charge des patients dans le cadre du parcours de soins global post cancer.

Le partenariat engagé par l’association ILHUP et xxx fait suite à l’appel à projet « Parcours de soins global post cancer » lancé par l’Agence Régionale de Santé de la Corse en 2021 auquel xxx a répondu et obtenu une réponse favorable à son dossier de candidature.

**ARTICLE 2 : Engagements des Partenaires**

La structure xxx s’engage à :

* Contracter les conventions et établir la coordination avec les psychologues libéraux dont les coordonnées auront été transmises par l’association ILHUP, en les contactant directement selon les besoins et la localisation géographique des patients.
* Assurer la rémunération des professionnels à partir des honoraires des actes effectués par les professionnels libéraux.
* Partager avec ILHUP les coordonnées des psychologues avec lesquels elle est en contact.
* …

L’association ILHUP s’engage à soutenir xxx dans la mise en place de son projet en :

* Informant les psychologues libéraux conventionnés avec l’association de la nature du projet porté par xxx en particulier dans les secteurs suivants : …
* Partageant les outils de coordination des parcours de soins psychologiques dont elle dispose avec la structure xxx
* Appuyant la structure xxx à intégrer le volet soutien psychologique au parcours
* Appuyant xxx à la structuration d’un réseau de psychologues libéraux dans le cadre du parcours cancer
* Communiquant une information générale sur le projet porté par xxx auprès de son réseau habituel.
* …

ARTICLE 3 : Conditions Financières

La présente convention s’inscrit dans une démarche partenariale visant l’amélioration de la prise en charge des patients dans le cadre des missions de chacun. Il n’existe donc aucune condition financière liée au partenariat.

ARTICLE 4 : Evaluation et suivi de la convention

Une évaluation commune portera sur l’impact des actions et des interventions dans la présente convention. Chaque année, les partenaires feront un bilan par réunion téléphonique.

ARTICLE 5 : Confidentialité et secret professionnel

Hormis dans le cadre des actions de communication réalisées dans le cadre du Projet, les Parties s’engagent à conserver confidentielles, tant pendant l’exécution de la Convention qu’après la fin de celle-ci, les informations de toute nature auxquelles elles pourraient avoir accès dans le cadre de l’exécution des présentes. Elles s’engagent également à faire respecter strictement cette obligation par leurs personnels et sous-traitants éventuels.

ARTICLE 6 : Résiliation - Révision

6.1 En cas d’inexécution ou de violation, par l’une des Parties de l’une quelconque des dispositions de Convention, celle-ci pourra être résiliée unilatéralement et de plein droit par l’autre Partie, 30 (trente) jours après l’envoi d’une mise en demeure par lettre recommandée avec accusé de réception, restée sans effet et ceci, sans préjudice de tous dommages et intérêts qui pourraient être réclamés à la Partie défaillante.

La présente Convention sera, en outre, résiliée automatiquement et de plein droit dans l’hypothèse où, notamment par suite d’une modification législative ou réglementaire la concernant ou concernant ses activités, l’une ou l’autre des Parties de trouverait dans l’impossibilité de poursuivre la présente Convention.

6.2 La présente Convention pourra être révisée à tout moment, à la demande de l’une des Parties.

Toute révision de la présente Convention devra donner lieu à un avenant signé par chacune des Parties.

La présente convention comporte 5 pages.

Fait en deux exemplaires originaux.

A *:*

*LE :*

Directeur

Mr FABRIES Stéphane M…………………….

SIGNATURE SIGNATURE

1. Le coordonnateur de projet assure notamment :

La coordination technique du projet ;

La mise en place et la formalisation de la collaboration entre les participants au projet.

Il participe à :

L’avancement et la réalisation du projet ;

La production des documents et leur diffusion ;

La communication des résultats et la production des indicateurs.

L’interface avec l’agence [↑](#footnote-ref-1)