***ANNEXE 2 : convention type de* dispositif de remplacement pérenne adaptable en dispositif de remplacement ponctuel**

**CONVENTION D’EXERCICE MEDICAL TERRITORIAL D’UN MEDECIN URGENTISTE**

**Dispositif de remplacement pérenne (ou ponctuel)**

**Entre :**

Le **Centre Hospitalier <dénomination établissement de rattachement – adresse>** représenté par son Directeur, <Madame Monsieur nom du directeur>, d’une part,

Le **Centre Hospitalier <dénomination établissement bénéficiaire – adresse>**, représenté par son Directeur, <Madame Monsieur nom du directeur>, d’autre part,

**Et :**

**Le praticien Madame /Monsieur le Docteur <nom>,** médecin urgentiste du centre hospitalier <dénomination établissement de rattachement>

Vu la convention cadre relative à la promotion d’un exercice médical territorial des urgentistes en Lorraine signée le 16 Décembre 2013 et son avenant n° 1 signé le 28 mars 2014 par l’Agence Régionale de Santé de Lorraine et la Fédération Hospitalière de France,

Vu l’avis favorable de Madame /Monsieur le Docteur <nom> , chef de service des Urgences au CH de <nom établissement de rattachement>,

Vu l’avis favorable de Madame /Monsieur le Docteur <nom> , chef de service des Urgences au CH de <nom établissement bénéficiaire> ,

Vu les avis favorables des présidents de commission médicale des deux établissements,

**Il est convenu et arrêté ce qui suit :**

**Article 1 :** **Objet de la convention**

La présente convention a pour objet la mise à disposition de Madame /Monsieur le Docteur <nom> , <statut> , auprès du service des Urgences du CH de <nom établissement de rattachement> .

Cette mise à disposition, faite sur la base du volontariat, permet d’assurer la permanence médicale au CH de <nom établissement bénéficiaire>, dans le cadre de la convention cadre régionale de mise à disposition de médecins urgentistes visée ci dessus.

**Article 2** : **Modalités de la mise à disposition**

Madame /Monsieur le Docteur <nom> s’engage à effectuer, en sus de son temps de travail dû au CU de <nom établissement de rattachement>, un temps de travail supplémentaire de 48 Heures/mensuel (à confirmer) au sein du service des Urgences du CH de <nom établissement bénéficiaire> pour une durée d’un an (pour remplacement pérenne). Ce temps de travail supplémentaire devra respecter la réglementation relative à la durée du travail et plus particulièrement le repos quotidien et le repos de sécurité du praticien.

**Article 3 : Rémunération**

Le CH de <nom établissement de rattachement> rémunérera Madame /Monsieur le Docteur <nom> pour son temps de travail supplémentaire effectué au CH de <nom établissement bénéficiaire>.

Pour permettre au CH de <nom établissement de rattachement> de demander au CH de <nom établissement bénéficiaire>, le remboursement de ce temps supplémentaire effectué par Madame /Monsieur le Docteur <nom>, le CH de <nom établissement bénéficiaire> s’engage à communiquer, trimestriellement, au CH de <nom établissement de rattachement> le relevé des gardes assurées par l’intéressé.

Le CH de <nom établissement bénéficiaire> s’engage à rembourser au CH de <nom établissement de rattachement> ce temps supplémentaire selon les tarifs prévus à l’avenant de la convention cadre.

**Article 4** : **Règlement intérieur**

Madame /Monsieur le Docteur <nom> s’engage à se soumettre au fonctionnement du CH de <nom établissement bénéficiaire> défini par son règlement intérieur durant sa présence dans l’établissement.

**Article 5**: **Assurance responsabilité civile**

Le CH de <nom établissement bénéficiaire> assure la couverture des risques professionnels encourus par Madame /Monsieur le Docteur <nom> ou de ceux qu’il pourrait occasionner dans l’exercice de ses fonctions dans son établissement.

En outre, dans l’hypothèse où sa responsabilité personnelle serait recherchée pour des faits survenus dans l’exercice de ses fonctions, le praticien pourra se voir accorder la protection fonctionnelle, dans les conditions définies par l’article 11 de la loi n°83-634 du 13 Juillet 1983, la circulaire du 5 Mai 2008 relative à la protection fonctionnelle des agents publics et la jurisprudence.

**Article 6** : **Accidents du travail – maladies professionnelles**

Madame /Monsieur le Docteur <nom> continue à bénéficier des dispositions de son statut notamment pour ce qui concerne les accidents du travail et les maladies professionnelles.

 **Article 7 : Durée de la convention**

La présente convention prend effet à la date de signature pour une durée d’un an, renouvelable pour la même durée sur demande du praticien.

Elle peut être modifiée avec l’accord des trois parties sous forme d’avenant.

**Article 8 : Dénonciation de la convention**

La présente convention peut-être résiliée sous réserve d’un préavis de deux mois.

Fait à <lieu> , le <date>

 Le Directeur du Centre hospitalier de <nom établissement de rattachement>,

Le Directeur du Centre Hospitalier de <nom établissement bénéficiaire>,

 Le praticien Madame /Monsieur le Docteur <nom>