

## CONVENTIONNEMENT \*

### *Préambule*

La démarche d'amélioration des pratiques professionnelles qui est demandée aux médecins est mentionnée dans les dispositions du code de la santé publique, dans le cadre de l'obligation de formation médicale continue. Celle-ci inclut, comme le souligne l'article D 4133-23, l'évaluation des pratiques professionnelles.<sup>1</sup>

L'article L 4133-6 dudit code prévoit que les employeurs sont tenus de prendre les dispositions pour permettre aux médecins de satisfaire à l'obligation de formation médicale continue, et d'en assurer le financement.

Il en résulte donc que, si le médecin doit s'astreindre à participer à la démarche d'Évaluation des Pratiques Professionnelles, l'employeur doit lui donner toutes facilités pour satisfaire à cette obligation. C'est également son intérêt, notamment en terme de garantie de la compétence médicale du médecin qu'il emploie. L'intervention des Conseils Régionaux de la FMC, instances indépendantes appliquant les critères définis par la Haute Autorité de Santé et le Conseil National de la Formation Médicale Continue des médecins Salariés lui apporte la certitude de l'impartialité dans cette appréciation.

En application de l'alinéa 3 de l'article D 4133-25 du code de la Santé Publique et de la décision de la Haute Autorité de Santé qui stipule que « l'organisme (d'EPP) s'interdit de procéder lui-même à l'évaluation des pratiques professionnelles de ses propres salariés », les procédures de certification et d'évaluation internes à l'entreprise sont distinctes de l'obligation d'EPP définie par la réglementation et ne permettent pas de la valider.

A contrario, l'employeur pourra se prévaloir de l'engagement du médecin salarié dans la démarche d'évaluation de sa pratique médicale visée par la présente convention.

Le modèle de convention ci après défini est prévu à l'article D 4133-25 du code de la santé publique. Il s'applique aux différentes formes de programmes envisagées par la Haute Autorité de Santé.

Dans le cadre d'un programme d'évaluation impliquant plusieurs médecins appartenant à une même structure, une convention sera conclue pour chaque médecin participant.

---

<sup>1</sup>\* A partir du modèle proposé par le CN FMC MS NH le 16 mars 2006



**CONVENTION**  
**PROGRAMME**  
**D'ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES**  
**avec E-PAIRS**

**Demandé(e) par le/la Docteur(e).....**  
**N° d'inscription au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins :**

Entre

D'une part,

XXX

.....  
employeur du (de la) Docteur(e) .....

Qualification....

Et dont l'exercice médical spécifique est .....

qui a sollicité la prise en charge du programme d'évaluation des pratiques professionnelles

objet de la présente convention

avec l'intervention de l'organisme agréé ci dessous mentionné

Représenté par .....

D'autre part

L'organisme agréé d'évaluation des pratiques professionnelles E-Pairs

.....  
Agrément délivré par la Haute Autorité de Santé le.....n°.....

représenté par son président, Gérard LUCAS

**IL A ÉTÉ CONVENU CE QUI SUIT :**



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

La présente convention a pour objet la participation du (de la) Docteur(e) \_\_\_\_\_ à un programme d'Evaluation des Pratiques Professionnelles,

Ce programme ainsi que E-Pairs, organisme agréé intervenant, ont été choisis par le (la) Docteur(e) \_\_\_\_\_, au vu du descriptif joint en annexe de la présente convention.

Il est rappelé en préalable que:

- La participation du (de la) Docteur(e) \_\_\_\_\_ à ce programme résulte des obligations découlant des articles L 4133-1 & 4133-1-1 du code de la santé publique, ainsi que des textes d'application qui sont rappelés en annexe.
- L'article L 4133-6 dudit code stipule que les employeurs sont tenus de prendre les dispositions pour permettre aux médecins de satisfaire l'obligation de formation médicale continue, laquelle inclut l'évaluation des pratiques professionnelles, et d'en assurer le financement.

**Les parties s'accordent sur le fait que :**

## **Article 2 : Responsabilité de E-Pairs.**

**2.1.** Les modalités de mise en œuvre de ce programme sont de la responsabilité de l'organisme agréé, en conformité avec le cahier des charges défini par la Haute Autorité de Santé et les recommandations applicables à l'exercice médical spécifique du (de la) Docteur(e) ...

La présente convention concerne :

Le programme

Dont l'intitulé est : Evaluation des pratiques professionnelles en médecine du travail par la méthode des groupes d'analyses des pratiques entre pairs (GAPEP), en référence à la Charte de l'Association E-Pairs

**2.2.** E-Pairs assume l'entière responsabilité des programmes qu'il élabore, des documents qu'il fournit, des certificats qu'il délivre, des recommandations qu'il formule ou des informations qu'il transmet,

- tant à l'égard du (de la) Docteur(e) \_\_\_\_\_ que, selon les cas,
- de la Haute Autorité de Santé,
- du Conseil Régional de la Formation Médicale Continue de -----
- du Conseil Régional de l'Ordre des Médecins de -----
- et de tout autre destinataire direct ou indirect.

Il est garant de la confidentialité de toutes les données se rapportant à la mise en œuvre du programme.



2.3. Le respect de l'engagement de travailler en GAPEP avec E Pairs sur 5 ans assurera au Dr X.....à minima les 100 crédits nécessaires à la validation de son EPP.

La non reconduction de la convention annuelle fera l'objet d'un bilan de crédits

### **Article 3 : Obligations des contractants**

#### **3.1 . E-Pairs s'engage notamment à :**

- remettre à l'organisme employeur du (de la) Docteur(e) ..... copie de son agrément,
- le cas échéant, intervenir au sein de l'organisme employeur selon les modalités prévues dans le dossier d'agrément consultable sur le site <http://www.e-pairs.org>
- Ces modalités représentent un temps de travail pour le (la) Docteur(e) estimé à 36 heures, réparties de la manière suivante: 18 heures de participation aux réunions, 18 heures de préparation de dossiers, rédaction de compte rendus, recherche bibliographique
- Mandater des intervenants, dont éventuellement des médecins habilités par la HAS, qui ne seront pas en situation de conflit d'intérêt avec le (la) Docteur(e)..... et qui s'engagent notamment, et selon les cas, à :
  - respecter scrupuleusement les règles du secret médical et, notamment, ne pas demander de documents couverts par le dit secret.
  - Respecter le secret sur tout élément dont ils auraient connaissance dans le cadre de leur mission, au sein de l'organisme employeur,
  - S'abstenir de toute interférence avec le fonctionnement de l'organisme employeur, y compris dans ses rapports avec le (la) Docteur(e) .....
- Communiquer ses conclusions et formuler, si besoin, au (à la) Docteur(e) ..... des recommandations concernant sa pratique professionnelle personnelle, en faisant la part de ce qui relève des prérogatives de l'employeur,
- remettre tous certificats et documents permettant au (à la) Docteur(e) ..... d'établir la réalité de sa participation et les transmettre aux destinataires visés par la réglementation.

Il s'interdit notamment de:

- transmettre à l'employeur du (de la) Docteur(e) .....quelque information que ce soit sur sa pratique professionnelle,
- d'interférer, à l'occasion du programme sus visé, avec les prérogatives de l'employeur du (de la) Docteur(e).....

#### **3.2. L' employeur s'engage à :**

- accorder au (à la) Docteur(e) ..... son (sa) salarié(e), le temps nécessaire à ce programme sur son temps de travail; à cet effet, l'autoriser à participer, le cas échéant, à des réunions / groupes de travail hors de son lieu de travail habituel.



Il est expressément précisé que la participation du (de la) Docteur(e).....à ce programme s'inscrit dans son activité professionnelle.

#### **Article 4 : Durée**

La présente convention est prévue pour la période de réalisation du programme c'est-à-dire pour une durée de : une année (12 mois consécutifs)

Elle peut faire l'objet d'une prolongation par tacite reconduction. La non reconduction doit être signalée au plus tard 1 mois avant la date anniversaire de la signature de la présente convention..

Elle deviendra caduque de plein droit dans le cas où E-Pairs perdrait son agrément par la HAS.

#### **Article 5 : Eléments financiers**

- L'organisme employeur du (de la) Docteur(e)..... s'engage à supporter l'intégralité des frais liés à ce programme, dont le montant est fixé à 300 € (TTC):

En cas d'interruption du programme pour quelque motif que ce soit, les éléments financiers seront estimés de la manière suivante :

- interruption avant la fin du 1<sup>er</sup> trimestre suivant la signature de la convention : remboursement de la moitié du coût annuel de la prestation soit 150 euros TTC
- interruption avant la fin du 1<sup>er</sup> semestre suivant la signature de la convention : remboursement du tiers du coût annuel de la prestation soit -100 euros TTC
- interruption pendant le 2<sup>ème</sup> semestre suivant la signature de la convention : l'intégralité des sommes versées resteront acquises à E-Pairs, étant entendu que le coût annuel total de la prestation devra être soldé lors de la signature de la convention.



### **Article 6 : Utilisation des résultats**

Les résultats du programme sont la propriété personnelle du (de la) Docteur(e).....  
L'employeur du (de la) Docteur(e)..... peut se prévaloir, dans ses rapports avec les tiers ou à l'intérieur de son organisme, de ce que ce médecin est engagé dans la démarche d'évaluation des pratiques professionnelles.

### **Article 7 : Résiliation**

La présente convention pourra être résiliée par lettre recommandée par l'une des parties en cas d'inexécution grave des clauses de la présente convention par l'autre partie.

### **Article 8 : communication de la convention**

Un exemplaire de la présente convention sera transmis au médecin concerné dès sa conclusion.

**Fait à**

**Le**

**Pour l'organisme employeur**

**Pour l'organisme agréé**

**DOCUMENT à RETOURNER APRES SIGNATURE, EN DOUBLE EXEMPLAIRE, (y compris l'annexe page 7)  
accompagné du règlement à l'ordre de E-Pairs à l'adresse suivante:**

**E-PAIRS, 6 rue des Coudriers, 86100 CHATELLERAULT**

**Un exemplaire original vous sera retourné, ainsi qu'une facture acquittée**



**Annexe :**

**Le Dr .....a pris connaissance de la présente convention signée  
le .....**

**Vu, Dr.....le.....**

**Signature**