

Organisations médicales au sein de l'AP-HP

Pôles et structures internes de pôle
(Règles d'organisation communes à l'ensemble
des hôpitaux et groupes hospitaliers de l'AP-HP)



I. L'organisation en pôles et les « nouveaux pôles »

« (...) Le directeur définit l'organisation de l'établissement en pôles d'activité conformément au projet médical d'établissement, après avis du président de la commission médicale d'établissement et, dans les centres hospitaliers universitaires, du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale. Le directeur général de l'agence régionale de santé peut autoriser un établissement à ne pas créer de pôles d'activité quand l'effectif médical de l'établissement le justifie.

Les pôles d'activité peuvent comporter des structures internes de prise en charge du malade par les équipes médicales, soignantes ou médico-techniques ainsi que les structures médico-techniques qui leur sont associées. Dans les centres hospitaliers universitaires, les pôles d'activité clinique et médico-technique sont dénommés pôles hospitalo-universitaires (...) » (C. santé publ., art. L. 6146-1)

« Le groupe hospitalier est organisé en pôles hospitalo-universitaires (PHU) d'activités cliniques et médico-techniques. L'organisation des groupes hospitaliers en pôles est définie par le directeur général après concertation avec le directoire, avis du président de la commission médicale d'établissement et avis du comité technique d'établissement central. L'organisation en pôles est proposée par le directeur du groupe hospitalier après concertation avec le comité exécutif, après avis du président de la commission médicale d'établissement locale, avis du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale et avis du comité technique d'établissement local. Les pôles sont placés sous la responsabilité d'un praticien chef de pôle.

Les pôles d'activités peuvent comporter des structures internes de prise en charge des malades par les équipes médicales, soignantes et médico-techniques. Ces structures internes, constituées conformément à des règles d'organisation communes à l'ensemble des groupes hospitaliers, peuvent notamment porter le nom de service, de département, d'unité fonctionnelle ou d'unité clinique. Elles sont placées sous la responsabilité d'un praticien. Ces structures internes sont créées par décision du directeur du groupe hospitalier prise après concertation avec le comité exécutif, sur la base du contrat de pôle et sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la commission médicale d'établissement, avis du président de la commission médicale d'établissement locale et avis du comité technique d'établissement local » (Règlement intérieur de l'AP-HP, art. 10).

L'AP-HP a engagé un processus de réorganisation profonde de ses activités et de ses structures hospitalières, qui a entraîné en 2011, dans le cadre des orientations de son plan stratégique 2010-2014, la constitution de nouveaux groupes hospitaliers et une nouvelle configuration des pôles existants.

La loi du 21 juillet 2009 «HPST» a confirmé le *pôle hospitalo-universitaire* comme l'élément structurant principal de l'organisation hospitalière aux plans médical, universitaire et de gestion.

La fonction de « chef de pôle » a été redéfinie dans le sens d'un accroissement des responsabilités et de la composante managériale de la fonction.

Principes essentiels

- **Les pôles constituent la structure de référence de l'organisation médicale.** Les différentes activités médicales et médico-techniques de l'AP-HP doivent s'inscrire au sein des pôles d'activité, dans un cadre général de liberté interne d'organisation affirmé par la loi (« Pour l'accomplissement de leurs missions, les établissements publics de santé définissent librement leur organisation interne,

sous réserve des dispositions du présent chapitre (...) », art. L. 6146-1, C. santé publ.).

La structuration en pôles est légalement obligatoire.

- **Les pôles sont configurés à partir des activités présentes au sein de chaque groupe hospitalier et en une organisation « inter-sites »**

étant précisé que :

- les structures internes des pôles doivent être constituées d'au moins une unité fonctionnelle (UF) afin de répondre aux exigences du système d'information,

- lorsque les structures sont « inter-sites », une unité fonctionnelle, au moins, doit être constituée sur chacun des sites concernés, afin de répondre aux enjeux des systèmes d'information et pour une meilleure lisibilité.

- **Les pôles et leurs structures internes sont organisés en cohérence avec les objectifs assignés aux groupes hospitaliers**

L'objectif est de :

- constituer des ensembles hospitaliers disposant d'une taille critique et d'une palette d'activités large, permettant de rendre cohérente l'organisation médicale et de gestion, et de mieux identifier les secteurs clés de chaque groupe hospitalier,
- améliorer la lisibilité des organisations pour les patients, les usagers et les interlocuteurs externes dans le domaine sanitaire,
- optimiser la qualité et la fluidité des prises en charges et des filières de soins,
- favoriser l'efficacité des modes de fonctionnement, en recherchant la mutualisation des structures et le partage des moyens humains et techniques,
- développer les synergies des activités de soins, d'enseignement et de recherche.

1. Définition des structures médicales

- **Les pôles d'activités**

• La création et la configuration des pôles relève d'une décision de la directrice générale après concertation avec le directoire, en vertu de sa compétence relative à « l'organisation interne de l'activité ».

Les pôles d'activité sont constitués conformément au projet médical d'établissement, après avis du président de la commission médicale d'établissement et du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale (« le doyen »).

Ils doivent être dotés d'une masse critique suffisante pour constituer le support d'une gestion déconcentrée¹ et d'une démarche de contractualisation.

➤ **Les services et les départements**

- Les services et les départements – structures internes des pôles - assurent la prise en charge médicale du patient, la mise au point des protocoles médicaux, l'évaluation des pratiques professionnelles et des soins, le cas échéant la recherche et l'enseignement au sein des structures dont ils sont en charge,
- Les services peuvent être constitués, ou non, d'une ou plusieurs unités fonctionnelles de même discipline,
- Les départements² peuvent regrouper des unités fonctionnelles de disciplines différentes. Ils sont de même nature que les services dans l'organisation médicale du groupe hospitalier,
- Un département ou un service ne peut être constitué que d'unités fonctionnelles (et non d'unités cliniques). En conséquence, un département ne peut être composé de services.

➤ **Les unités fonctionnelles**

- Les unités fonctionnelles sont classiquement définies comme les structures élémentaires de prise en charge des malades par une équipe soignante ou médico-technique, et sont identifiées par leurs fonctions et leur organisation,
 - Elles peuvent être rattachées directement au pôle ou faire partie directement d'un service ou d'un département (UF « de pôle » et UF « de service » ou « de département »),
 - Elles ne peuvent relever que d'un seul service ou département et que d'un seul pôle,
 - Elles sont obligatoirement « mono-sites »,

¹ Selon les termes de l'exposé des motifs de l'ordonnance du 2 mai 2005

² Les départements doivent être distingués des départements hospitalo-universitaires (« DHU »). Dans le cadre du plan stratégique 2010-2014 et selon les dispositions de l'article 15 de son règlement intérieur, l'AP-HP a créé 8 départements hospitalo-universitaires (DHU) en 2012. Les DHU associent, sur un objectif partagé, un ou plusieurs pôles cliniques, ou une partie (service, laboratoire, unité fonctionnelle...) d'un pôle clinique (pôle hospitalo-universitaire) d'un hôpital, et une ou plusieurs unités mixtes de recherche (UMR) d'une université et d'un organisme (ou plusieurs organismes) de recherche membre d'Aviesan, l'Alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé. Ces DHU réunissent une masse critique de chercheurs, d'enseignants-chercheurs et de personnels hospitaliers. Ils doivent faire preuve d'un niveau d'excellence qui les positionne comme références internationales dans les thématiques qu'ils recouvrent.

Au sein du périmètre hospitalo-universitaire d'Ile-de-France, le label DHU est attribué conjointement par les universités et les organismes de recherche concernés, et l'AP-HP, pour une durée de cinq ans renouvelable.

Les DHU ne constituent pas des entités juridiques autonomes. La création des DHU repose sur la conclusion d'une convention de partenariat, permettant de traduire les engagements de chacune des parties.

- Elles doivent être mises en corrélation avec l'axe de gestion et les unités de gestion (UG) qui les composent.

➤ **Les unités cliniques**

- L' « unité clinique » (UC) est une structure interne d'un pôle, regroupant une équipe médicale. Elle est dotée d'une plate-forme commune de moyens (PNM et équipements médico-techniques), autour d'un projet thématique hospitalo-universitaire.
- Cette plate-forme est gérée par un coordonnateur, nommé par le chef de pôle. Elle rassemble les moyens nécessaires à la prise en charge des patients par l'unité (hospitalisation complète, hospitalisation de jour, unités de soins intensifs, blocs opératoires,...).
- Une unité clinique est issue de structures préexistantes (services) qui se mutualisent. Elle implique une masse critique en termes d'activité et de moyens mis à disposition (PNM et consommables).
- Une unité clinique, rattachée directement au pôle, n'est composée ni d'unités fonctionnelles ni de services.

➤ **Adjoint au chef de pôle – organisation en fédération**

- La taille de certains pôles d'activités et la nécessité d'y coordonner un ensemble significatif de leurs activités de façon spécifique justifient que les chefs de pôle puissent être dans certains cas assistés d'un praticien, adjoint au chef de pôle,
- Les structures en charge de ces activités peuvent le cas échéant être organisées en une fédération, placée sous la responsabilité du praticien adjoint au chef de pôle, ce dernier étant désigné par le directeur du groupe hospitalier sur proposition du chef de pôle et après avis du président de la CME locale,
- L'adjoint au chef de pôle est placé auprès du chef de pôle et sous son autorité. Le chef de pôle fixe par une lettre de mission le rôle qui est confié à son adjoint au sein du pôle,
- Cette organisation n'est pas retracée en tant que telle dans le système d'information de l'AP-HP.

➤ **Les structures communes à plusieurs groupes hospitaliers**

- L'article 15 du règlement intérieur de l'AP-HP (« *Autres modalités d'organisation* ») a prévu la possibilité de constituer des structures médicales ou médico-techniques communes à deux ou plusieurs groupes hospitaliers.
- Un règlement intérieur spécifique doit dans ce cas être établi par les directeurs des groupes hospitaliers concernés : ce règlement doit définir la répartition des activités et des moyens, y compris des ressources humaines, entre les structures concernées, le contrôle du déroulement budgétaire ainsi que les modalités selon lesquelles s'exerce l'autorité des directeurs des groupes hospitaliers sur les personnels de la structure.
- C'est dans ce cadre qu'en vue de concourir à la mise en œuvre d'objectifs communs de soins, d'enseignement et de recherche, le pôle peut constituer, avec d'autres

organismes universitaires et scientifiques, un « département hospitalo-universitaire » (DHU, v. note p. 4)³.

- La création de ces différentes structures donne lieu à une information de la CME locale et à la consultation du CTE local et du CHSCT local des groupes hospitaliers concernés.

2. Organisation des groupes hospitaliers en pôles et système d'information

La mise en œuvre des réorganisations « polaires » des groupes hospitaliers a impacté les différents systèmes d'information de l'AP-HP. Au 1er janvier 2012, ceux-ci ont intégré un schéma intermédiaire, permettant la prise en compte des pôles constitués en juin 2011 au sein des différents sites de chaque groupe hospitalier.

Le modèle intermédiaire de janvier 2012 est basé sur :

- le maintien du modèle des structures existantes,
- la création de « pôles miroirs » en cas de pôles multi-sites,
- l'affectation systématique des structures internes à leur pôle de rattachement.

La description de la réorganisation des pôles d'activité dans le fichier de structures a nécessité la recodification des pôles afin de pouvoir mettre en œuvre les « pôles miroirs ». Cette recodification a été effectuée sur la base des principes suivants :

- le périmètre de la recodification correspond à tous les pôles cliniques et médico-techniques des hôpitaux désormais organisés en groupes hospitaliers (sauf pour Necker-Enfants malades),
- la recodification des pôles cliniques et médico-techniques est effectuée à partir du code 101 pour chaque groupe hospitalier,
- un pôle multi-sites est codé avec le même code dans tous les sites concernés de son groupe hospitalier (notion de « pôle miroir »),
- les pôles sont numérotés dans l'ordre de présentation figurant dans les arrêtés pris par la Directrice générale.

La réorganisation des pôles, et donc la procédure de recodification des pôles, a impacté nécessairement leurs structures suivantes :

- les codes des centres de coûts (UG),
- les codes des UF,

³ Un contrat entre l'AP-HP, le groupe hospitalier auquel le pôle appartient, la ou les universités et le ou les organismes de recherche concernés définit l'organisation ainsi que les conditions de fonctionnement et de gouvernance de ce département. Le comité de la recherche en matière biomédicale en santé publique en est saisi pour avis ; le comité de la recherche en matière biomédicale et en santé publique local en est informé.

Même si les structures internes n'ont fait l'objet « d'aucune modification », la mise en œuvre des nouveaux pôles a pu avoir des conséquences sur les structures internes, qui ont du être prises en compte :

- l'éclatement d'un service / UF sur plusieurs pôles,
- le rattachement de certaines structures particulières : blocs, policliniques,....
- l'évolution des structures internes, liée aux besoins du groupe hospitalier indépendamment de la réorganisation « polaire ».

Dans la continuité de la réorganisation « polaire », la révision des structures internes sera finalisée d'ici la fin de l'année 2012.

II – Le management des pôles

« (...) Le praticien chef d'un pôle d'activité clinique ou médico-technique met en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Il organise, avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des structures, services ou unités fonctionnelles, prévues par le projet de pôle. Dans l'exercice de ses fonctions, il peut être assisté par un ou plusieurs collaborateurs dont il propose la nomination au directeur d'établissement. Si le pôle comporte une unité obstétricale, l'un de ces collaborateurs est une sage-femme » (C. santé publ., art. L. 6146-1)

«Ces collaborateurs sont choisis parmi les praticiens, cadres supérieurs paramédicaux et les cadres administratifs. Il en propose la nomination au directeur de groupe hospitalier. Si le pôle comporte une unité obstétricale, l'un de ces collaborateurs est une sage femme» (règlement intérieur de l'AP-HP, art.11 : rédaction en cours de modification pour intégrer le mot « praticiens »)

Afin d'assurer la meilleure synergie possible avec les objectifs poursuivis par l'AP-HP et la complémentarité entre les divers acteurs des pôles hospitalo-universitaires, une définition des rôles et missions des chefs de pôles et de leurs collaborateurs est indispensable. Elle doit permettre de :

- leur donner la capacité d'assumer leur responsabilité dans un cadre institutionnel commun,
- affirmer la dimension d'enseignement et de recherche de chaque projet de pôle,
- les faire connaître à l'ensemble de la communauté hospitalière,
- définir les modalités de management dans le cadre du groupe hospitalier.

1. Les missions du chef de pôle

Le chef de pôle hospitalo-universitaire est à la fois médecin, pharmacien ou odontologiste et le *manager* du pôle. Il doit dégager pour la *chefferie* du pôle une disponibilité personnelle compatible avec l'importance des missions qui lui sont confiées, aussi bien par les textes que par le contrat de pôle.

En fonction de la taille et/ou de la dispersion géographique du pôle ou pour mener des actions transversales pour le pôle, il peut désigner, en accord avec le directeur du groupe hospitalier, un chef de pôle adjoint.

Le chef de pôle est assisté par un cadre paramédical et un cadre administratif.

Le fonctionnement du pôle doit reposer sur une complémentarité et une coopération permanentes entre le chef de pôle, ses collaborateurs, les responsables des structures internes, ainsi qu'avec les directions fonctionnelles du groupe hospitalier – directions qui lui apportent leur appui.

Rôle et fonction

- **Le chef de pôle porte l'ambition du pôle.**
Ceci aussi bien au service du patient qu'en matière de recherche et d'enseignement.

Il veille à ce que le fonctionnement du pôle s'inscrive dans le projet du groupe hospitalier et plus généralement, dans le plan stratégique de l'AP-HP.

- Au sein du groupe hospitalier, il représente le pôle et les équipes qui le constituent, dans le respect des responsabilités et compétences propres à chacun des professionnels qui y exercent.
- Il définit et met en œuvre, au travers du contrat et du projet du pôle, les objectifs du pôle.
- Il établit dans le projet de pôle les objectifs d'enseignement et de recherche.

A ce titre :

- il promeut une politique d'enseignement et de recherche conforme à la dimension hospitalière et universitaire de son pôle, ceci en collaboration étroite avec les responsables des structures internes de son pôle représentatives des différentes disciplines qui le composent et notamment avec les chefs de service. Il en tient régulièrement informé le doyen.
- il contribue au développement d'une démarche d'excellence et favorise les activités de recours ou de référence. Le cas échéant, il définit les interrelations avec les DHU constitués.
- Il contribue à l'élaboration de la politique du groupe hospitalier. Il la met en œuvre à travers le contrat et le projet de pôle.
- Il développe des complémentarités et/ou coopérations avec les autres pôles du groupe hospitalier et au-delà, avec les autres pôles de l'AP-HP
- Il prend sous l'autorité du directeur du groupe hospitalier et dans le cadre des délégations que celui-ci lui donne, les décisions relatives à l'admission et à la sortie des patients.

■ *Le chef de pôle est responsable de la mise en œuvre du contrat et du projet de pôle*

- Il prépare avec ses collaborateurs les objectifs et moyens du pôle. Il les négocie avec le directeur du groupe hospitalier. Il est responsable de leur mise en œuvre.
- Il élabore, sur la base du contrat de pôle, le projet de pôle⁴ à partir du projet médical et du projet de soins de l'AP-HP et du groupe hospitalier.
- Il pilote les activités du pôle et mobilise les équipes médicales et paramédicales, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, autour des objectifs du contrat et du projet de pôle.
- Il rend compte régulièrement au directeur du groupe hospitalier de l'atteinte des objectifs à partir des indicateurs qualitatifs et quantitatifs mesurables prévus dans le contrat de pôle. Le directeur du groupe hospitalier associe à ce *reporting* le président de la commission médicale d'établissement locale, en tant que vice-président du comité exécutif et

⁴ L'article R. 6146-9 du Code de la santé publique prévoit que le projet de pôle « définit sur la base du contrat de pôle les missions et responsabilités confiées aux structures internes, services, départements ou unités fonctionnelles et l'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs qui sont confiés au pôle. Il prévoit les évolutions de leur champ d'activité ainsi les moyens et l'organisation qui en découlent. Le chef de pôle élabore dans un délai de trois mois après sa nomination un projet de pôle ».

pour ce qui concerne les objectifs d'enseignement et de recherche, le doyen, membre du comité exécutif.

■ ***Le chef de pôle met en œuvre la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et d'amélioration des conditions d'accueil des patients***

- il optimise le parcours et la qualité de prise en charge des patients, en collaboration avec l'encadrement médical et paramédical,
- Il est responsable de la mise en œuvre des objectifs « qualité/gestion des risques » prévus au contrat, des démarches de certification et/ou d'accréditation, ainsi que de l'amélioration des conditions d'accueil et de prise en charge des patients,
- Il évalue périodiquement l'adéquation de l'organisation et des moyens de prise en charge des patients par l'équipe médico-soignante avec les objectifs « qualité/gestion des risques »,
- Il recueille, en lien avec la direction du groupe hospitalier, l'avis des représentants des usagers, ainsi que des associations actives sur le périmètre de son pôle,
- Il favorise l'évaluation des pratiques professionnelles médico-soignantes.

■ ***Le chef de pôle met en place une organisation performante pour les patients et les personnels du pôle***

- Il définit l'organisation interne du pôle⁵ en collaboration avec l'encadrement médical et paramédical,
- Il propose au directeur du groupe hospitalier la nomination des responsables des structures internes,
- Il prévoit, avec l'encadrement médical et paramédical des pôles, les évolutions d'activité. Il adapte les moyens et l'organisation en conséquence dans un souci permanent d'utilisation efficiente des moyens,
- Il organise et optimise l'utilisation commune des ressources, en tenant compte des attributions et compétences respectives des professionnels et des contraintes géographiques et budgétaires,
- Il s'assure de la mise en œuvre au sein du pôle de la politique de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail,
- Il favorise le développement des compétences et du savoir-faire des personnels médico-soignants.

⁵ Etant rappelé que la création des structures interne des pôles procède d'une décision du directeur du groupe hospitalier « prise après concertation avec le comité exécutif, sur la base du contrat de pôle et sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la commission médicale d'établissement, avis du président de la commission médicale d'établissement locale et avis du comité technique d'établissement local » (art. 10 du règlement intérieur de l'AP-HP)

■ ***Le chef de pôle gère avec efficacité les ressources de son pôle dans le cadre de la politique définie par le directeur du groupe hospitalier***

- Dans tous les domaines énumérés par l'article R. 6146-8 du Code de la santé publique, le chef de pôle exerce une responsabilité de gestion sur la base d'une délégation minimum commune à tous les pôles et précisée dans le contrat de pôle,

- Le contrat de pôle peut également prévoir, à l'appui d'une responsabilité de gestion formalisée, une délégation de signature accordée par le directeur de groupe hospitalier dans ou plusieurs des domaines suivants énumérés par l'article R. 6146-8 (II) :

- I. dépenses de crédits de remplacement des personnels non permanents
- II. dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux
- III. dépenses à caractère hôtelier
- IV. dépenses d'entretien et de réparation des équipements à caractère médical et non médical
- V. dépenses de formation de personnel

- Il participe par une gestion efficace aux objectifs du groupe hospitalier en matière d'équilibre financier et budgétaire,

- Il s'assure au sein du pôle de la qualité et de l'exhaustivité du codage « PMSI », de la saisie des actes externes, dont les actes hors nomenclature (pour les pôles concernés),

- Il s'assure de la communication des résultats des tableaux de bord auprès de ses collaborateurs et de l'ensemble des acteurs du pôle.

■ ***Le chef de pôle organise la participation et la communication au sein du pôle***

- Il associe les responsables de structures internes et ses collaborateurs à l'élaboration du projet et au fonctionnement du pôle.

- Il organise une concertation interne au pôle associant toutes les catégories de personnel et facilitant l'expression directe et collective de ces personnels. Il en décrit les modalités et les fait connaître au directeur du groupe hospitalier.

- Il veille à la cohésion des équipes et à la compréhension des enjeux internes et externes au pôle. Il conduit des actions contribuant à fédérer l'ensemble du personnel, en particulier lorsque le périmètre du pôle couvre plusieurs sites.

2. Les missions du praticien adjoint au chef de pôle

Pour les pôles qui en disposent en raison de leur taille ou de leur complexité (par exemple dans les pôles multi-sites), l'adjoint au chef de pôle assure la bonne coordination des activités médicales, médico-techniques, de recherche et d'enseignement sous l'autorité du chef de pôle, dans le cadre que celui-ci définit et pour les structures médicales qui lui sont rattachées.

Il assure cette fonction dans le respect des prérogatives et attributions dévolues aux chefs de service, chefs de département et praticiens responsables d'unités fonctionnelles ou d'unités cliniques concernés.

La fonction d'adjoint au chef de pôle n'a pas pour effet de confier à celui qui l'exerce la responsabilité du pôle concerné en cas de vacance de chef de pôle.

3. Les missions des praticiens responsables des structures internes des pôles

Des dispositions antérieures à la loi « HPST », et abrogées depuis, demeurent pour autant une bonne base de référence :

Les praticiens "*responsables des structures internes cliniques et médico-techniques assurent la mise en œuvre des missions assignées à la structure dont ils ont la responsabilité et la coordination de l'équipe médicale qui s'y trouve affectée*" (anc. art. L. 6146-5-1, C. santé publ., issu de l'ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005).

Le projet de pôle définit sur la base du contrat de pôle les missions et responsabilités confiées aux structures internes, services, départements ou unités fonctionnelles et l'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs qui sont confiés au pôle. Il prévoit les évolutions de leur champ d'activité ainsi les moyens et l'organisation qui en découlent.

4. Les missions du cadre paramédical de pôle

« (...) Dans l'exercice de ses fonctions, (le chef de pôle) peut être assisté par un ou plusieurs collaborateurs dont il propose la nomination au directeur d'établissement. Si le pôle comporte une unité obstétricale, l'un de ces collaborateurs est une sage-femme » (C. santé publ., art. L. 6146-1).

« Ces collaborateurs sont choisis parmi les praticiens, cadres supérieurs paramédicaux et les cadres administratifs. Il en propose la nomination au directeur du groupe hospitalier » (règlement intérieur de l'AP-HP, art. 11: rédaction en cours de modification pour intégrer le mot « praticiens »).

Sous l'autorité fonctionnelle du chef de pôle, le cadre paramédical de pôle (CPP) organise la continuité et la qualité des soins au sein du pôle, ainsi que les ressources humaines nécessaires aux activités et objectifs du pôle.

En fonction de la taille et/ou de la dispersion géographique du pôle, il peut être assisté d'un ou plusieurs cadres paramédicaux de pôle adjoints, choisis parmi les cadres supérieurs de santé du pôle. Ces adjoints le suppléent en son absence.

Rôle et fonction

■ Le cadre paramédical de pôle est garant de la continuité, de la qualité et de la sécurité des activités paramédicales

- Il contribue à l'élaboration du projet de soins du pôle. Il coordonne sa déclinaison, sa mise en œuvre et son évaluation au sein du pôle,
- Il planifie, organise, coordonne et contrôle les soins et les activités paramédicales du pôle. Il s'assure, dans le respect de la qualité et de la sécurité, de l'optimisation des moyens et équipements dédiés,
- Il participe à la mise en œuvre des démarches de certification et/ou d'accréditation et veille à l'évaluation des indicateurs qualité mis en place,

- Il met en œuvre l'évaluation de la qualité des pratiques professionnelles du pôle : complémentarité, partage d'expériences, conformité et harmonisation des pratiques.

■ *Le cadre paramédical de pôle développe une politique d'amélioration des conditions d'accueil et de prise en charge des patients*

- Il coordonne la mise en place d'actions destinées à l'amélioration des conditions d'accueil, de prise en charge et de sortie des patients et de leurs accompagnants,
- Il s'assure de la qualité des relations avec les associations d'usagers,
- Il coordonne, en lien avec les structures internes du pôle, les réponses à la direction du groupe hospitalier aux plaintes et réclamations des patients.

■ *Le cadre paramédical de pôle contribue au pilotage et à l'organisation des activités médico-économiques du pôle, en lien avec le cadre administratif de pôle*

- Il participe à l'élaboration et au suivi du projet et du contrat de pôle, principalement en ce qui concerne les objectifs en matière d'activité, de qualité et de sécurité des soins,
- Il propose et/ou met en œuvre les évolutions des modalités d'organisation de prise en charge des patients au regard des ressources disponibles,
- Il facilite et met en œuvre l'accompagnement des évolutions liées au projet stratégique du groupe hospitalier,
- Il contribue au développement de complémentarités hors pôle, au sein du groupe hospitalier et hors du groupe hospitalier.

■ *Le cadre paramédical de pôle participe à l'élaboration du projet d'encadrement du pôle et en assure la mise en œuvre*

- Il coordonne l'élaboration du projet managérial du pôle, en lien avec le chef de pôle et la direction du groupe hospitalier,
- Il détermine, en lien avec la direction des soins et la direction des ressources humaines du groupe hospitalier, les missions de l'encadrement. Il les fait connaître au sein du pôle,
- Il assure le management et la coordination de l'encadrement paramédical du pôle. Il a autorité sur l'ensemble des personnels paramédicaux, y compris d'encadrement paramédical, dans le respect de leurs statuts,
- Il organise le recueil des besoins de formation du pôle. Il élabore le plan de formation du pôle et en suit l'évolution.

■ *Le cadre paramédical de pôle s'attache à optimiser avec la direction des ressources humaines et la direction des soins du groupe hospitalier l'organisation et les conditions de travail des personnels*

- Il contribue à la mise en place d'organisations du travail efficaces,

- Il développe l'attractivité du pôle et contribue à la fidélisation du personnel,
- Il s'engage dans la prévention des risques professionnels,
- Il participe à la politique de « gestion personnalisée des agents »,
- Il contribue à analyser les causes et à lutter contre l'absentéisme.

■ Le cadre paramédical de pôle participe à la gestion efficiente des ressources avec le chef de pôle

- Il contribue à la gestion efficiente des ressources, dans le cadre plus général de la responsabilité de gestion du chef de pôle, telle que précisée dans le contrat de pôle.

■ Le cadre paramédical de pôle participe aux missions d'enseignement et de recherche du pôle

- Il définit et organise, en lien avec la direction des soins du groupe hospitalier, le projet d'encadrement des étudiants et des nouveaux professionnels, ainsi que les capacités et modalités d'accueil en la matière,
- Il contribue à la recherche et à l'enseignement médical et paramédical au sein du pôle.

■ Le cadre paramédical de pôle organise avec le chef de pôle la communication et la concertation interne au pôle

- Il prépare avec le chef de pôle et le cadre administratif de pôle les réunions du bureau de pôle,
- Il s'assure de la communication et de la circulation de l'information au sein des différentes équipes paramédicales des structures du pôle,
- Il favorise l'information et la participation des personnels au fonctionnement du pôle.

5. Les missions du cadre administratif de pôle

« (...) Dans l'exercice de ses fonctions, (le chef de pôle) peut être assisté par un ou plusieurs collaborateurs dont il propose la nomination au directeur d'établissement. Si le pôle comporte une unité obstétricale, l'un de ces collaborateurs est une sage-femme » (C. santé publ., art. L. 6146-1).

« Ces collaborateurs sont choisis parmi les praticiens, cadres supérieurs paramédicaux et les cadres administratifs. Il en propose la nomination au directeur du groupe hospitalier » (règlement intérieur de l'AP-HP, art. 11: rédaction en cours de modification pour intégrer le mot « praticiens »).

Le cadre administratif de pôle est responsable, sous l'autorité fonctionnelle du chef de pôle, de la gestion et du pilotage médico-économique du pôle, en lien avec le cadre paramédical du pôle et en interface avec la direction du groupe hospitalier.

Rôle et fonction

■ *Le cadre administratif de pôle contribue au pilotage médico-économique du pôle*

- Il participe à l'élaboration et au suivi du projet et du contrat de pôle, principalement en ce qui concerne les objectifs en matière d'activité, de recettes et de dépenses,
- Il prépare les négociations budgétaires et les réunions de bilan du contrat du pôle, et participe à ces réunions,
- Il participe à la préparation des dossiers d'autorisation et/ou d'agrément, ainsi que des décisions de reconfiguration des structures internes du pôle,
- Il est destinataire et analyse pour le chef de pôle, les tableaux de bord et indicateurs mensuels de la direction du groupe hospitalier et du « DIM ». Il propose les ajustements à opérer,
- Il alerte le chef de pôle quant à la qualité et la fiabilité du recueil des informations d'activité saisie, fait des propositions d'amélioration et élabore des outils spécifiques d'analyse de l'activité,
- Il initie des études prospectives ciblées afin d'améliorer les prises en charge des patients, mobiliser de façon optimale les ressources et faciliter les évolutions organisationnelles.

■ *Le cadre administratif de pôle s'assure de la gestion des crédits délégués aux pôles et contribue à la gestion efficiente des ressources du pôle*

- Il s'assure de la bonne gestion des crédits délégués, dans le cadre de la responsabilité de gestion du chef de pôle, telle que précisée dans le contrat de pôle,
- Il élabore, actualise et met en œuvre les procédures, protocoles et consignes spécifiques.

■ *Le cadre administratif de pôle prépare l'élaboration et la diffusion du suivi des indicateurs du contrat de pôle, en regard des objectifs contractualisés*

- Il élabore les tableaux de bord destinés au chef de pôle et en assure la tenue,
- Il assiste le chef du pôle dans la rédaction du bilan annuel du contrat et du rapport annuel d'activité du pôle, en lien avec le cadre paramédical de pôle,
- Il participe aux différentes enquêtes « qualité », en lien avec la direction du groupe hospitalier (enquêtes de satisfaction, indicateurs qualité...) et en propose les supports de restitution au chef de pôle,

- Il fournit à la direction du groupe hospitalier les données nécessaires à la réalisation de diverses études (comptabilité analytique,...) ou enquêtes (SAE, MIGAC, enquêtes de satisfaction, indicateurs de qualité,...).

■ ***Le cadre administratif de pôle facilite l'appropriation des enjeux médico-économiques par le personnel du pôle***

- Il prépare avec le chef de pôle et le cadre paramédical de pôle les réunions du bureau de pôle,
- Il élabore des supports d'information synthétiques et pédagogiques,
- Il contribue à l'accompagnement du changement au sein du pôle.

III – Le contrat de pôle

(...) Le directeur signe avec le chef de pôle un contrat de pôle précisant les objectifs et les moyens du pôle, après avis, pour les pôles d'activité clinique et médico-technique, du président de la commission médicale d'établissement pour vérifier la cohérence du contrat avec le projet médical, ainsi que, dans les centres hospitaliers universitaires, du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale (...) (C. santé publ., art. L. 6146-1)

.....

Contrat de pôle (modèle-type)

entre

La Directrice générale de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, Mme Mireille FAUGERE

et M/Mme _____, Directeur du Groupe hospitalier (...)

d'une part,

et

Le Chef du pôle
M/Mme le Pr./Dr.

d'autre part,

Vu

- le Code de la santé publique, et notamment ses articles L. 6146-1 à L. 6146-11
- le décret n°2010-656 du 11 juin 2010,
- le plan stratégique de l'AP-HP « 2010-2014 »,
- l'avis du Comité exécutif du Groupe hospitalier... en date du
- l'avis du président de la Commission médicale d'établissement en date du ...
- l'avis du directeur de l'UFR en date du ...

Préambule

Le contrat de pôle se fonde sur des relations de management nouvelles, basées sur la capacité d'initiative des acteurs des pôles, la délégation de responsabilités et la culture du résultat.

Il constitue un levier important de changement, aussi bien pour les directions fonctionnelles des groupes hospitaliers, désormais davantage tournées vers des missions d'expertise, de conseil et de contrôle, que pour les chefs de pôle et leur collaborateurs qui s'inscrivent ainsi dans une logique de pilotage opérationnel.

La direction de l'AP-HP (Direction générale et direction du groupe hospitalier) et le pôle s'engagent, dans le respect de la réglementation en vigueur, sur une contractualisation appuyée sur deux documents aux finalités distinctes :

■ *Le contrat de pôle*, signé conjointement par la Directrice générale de l'AP-HP, le directeur du groupe hospitalier et le chef de pôle. Ce document approuvé par le comité exécutif du groupe hospitalier, signé après avis du président de la Commission médicale d'établissement et du doyen membre du Directoire, est le cadre contractuel pluriannuel par lequel les signataires :

- caractérisent le pôle, ses moyens, ses indicateurs de résultats au moment de sa constitution,
- s'engagent sur des principes généraux de fonctionnement et de management et en particulier sur le socle commun de responsabilité de gestion déléguée aux pôles,
- définissent la contribution attendue du pôle aux objectifs et au projet du groupe hospitalier et de l'AP-HP, sur la base en particulier du projet médical et du projet de soins. Cette définition de la contribution attendue est conditionnelle. Elle peut être rediscutée à la demande d'un des signataires et faire l'objet d'avenants si les conditions initialement prévues ont été modifiées substantiellement et/ou structurellement.

■ *Le contrat de gestion annuel*, déclinaison du contrat de pôle, signé par le directeur du groupe hospitalier et le chef de pôle, engage les signataires sur des moyens et objectifs négociés.

Il est précisé que :

- la caractérisation du pôle, de ses moyens et de ses indicateurs de résultats au moment de sa constitution doit reprendre le périmètre du pôle et les données chiffrées citées au sein du contrat type. Les annexes qui s'y rapportent doivent être élaborées et signées en même temps que le corps du contrat.

- les contrats de gestion annuels doivent comporter une clause d'ajustement ainsi libellée :

« Dans la limite des budgets qui lui sont alloués, la direction du groupe hospitalier veille à la disponibilité des moyens prévus au contrat et au bon fonctionnement des équipements. Les causes d'un non-respect éventuel des objectifs sont analysées entre la direction du groupe hospitalier et le chef de pôle pour procéder aux réajustements nécessaires notamment sur les moyens et les objectifs et mettre en place si besoin un dispositif d'accompagnement ».

Il est convenu ce qui suit :

Article 1 : le périmètre du pôle

Présentation préalable des logiques qui ont présidé à la constitution du pôle (médicales, organisationnelles, s'agissant de la qualité de prise en charge, des conditions de travail, de la gestion...):

.....

Les structures internes qui composent le pôle au moment de la signature du contrat sont précisées en annexe.

Objectifs et moyens du pôle

Article 2 : Objectifs du pôle à quatre ans

Les objectifs du pôle sont définis :

- en fonction de la contribution du pôle aux objectifs stratégiques de l'AP-HP et du groupe hospitalier,
- à partir de données chiffrées sur la base d'un état des lieux, permettant d'objectiver le positionnement et le potentiel de progression du pôle à la signature du contrat.

Ces données chiffrées, portent à minima sur :

- les données d'activité : séjours de + et de – de 24 h., IP-DMS, TOB, PMCT ; consultations ; actes médico-techniques (B, BHN, ICR)
- les recettes MIGAC-MERRI
- les dépenses de ressources humaines (titre I) en personnel médical (PM, dont permanence des soins) et personnel non médical (PNM)
- le tableau des emplois/effectifs
- les ratios en équivalent temps plein des activités de personnel médical (PM) et non-médical (PNM)
- le budget de fonctionnement (titres II, III, IV)
- le positionnement du pôle sur les indicateurs définis pour les « projets prioritaires » dans lesquels le pôle s'engage.

- en tenant compte du contexte spécifique de chaque groupe hospitalier, à partir d'une analyse de ses forces et faiblesses, ainsi que des menaces et opportunités auxquelles est confronté le pôle.

Les objectifs du pôle prennent en compte le cas échéant la diversité de ses composantes (cliniques, médico-techniques). Ils doivent être assortis de cibles chiffrées et mesurables, qui font l'objet d'une déclinaison annuelle et d'un suivi régulier.

Les déclinaisons annuelles du présent contrat précisent les objectifs auxquels le pôle s'engage, ainsi que les moyens mis à sa disposition pour l'année concernée.

L'axe « Amélioration de la prise en charge du patient »

■ Les objectifs de stratégie médicale

Cette partie du contrat précise notamment :

- les éventuelles évolutions et nouvelles orientations médicales,
- les évolutions dans les modes de prise en charge (hospitalisation conventionnelle, ambulatoire, consultations...),

- les développements de partenariats avec les structures relevant ou ne relevant pas de l'AP-HP.

■ Les objectifs de qualité et sécurité de prise en charge et de qualité de service aux patients

Cette partie décrit les axes prioritaires du projet « Qualité et gestion des risques » dans lesquels le pôle s'engage prioritairement, ainsi que les priorités retenues pour l'amélioration de la qualité du service aux patients :

- gestion des risques, sécurité des patients,

- qualité, amélioration des pratiques,

- qualité du service aux patients : par ex., accessibilité, qualité hôtelière, qualité de l'information.

■ Les objectifs du projet de soins

Cette partie décrit les axes du projet de soins du groupe hospitalier dans lesquels le pôle s'engage prioritairement, complétés par les éventuels axes spécifiques du projet de soins du pôle, assortis d'indicateurs de suivi.

Quatre grands axes ont été définis au niveau institutionnel :

- principes et valeurs,

- organisation et management des soins,

- qualité/sécurité des soins paramédicaux et prévention des risques liés aux pratiques paramédicales,

- formation, compétences, métiers et recherche.

L'axe « Promotion de l'enseignement et valorisation de la recherche »

■ Les objectifs d'enseignement et de recherche médicale et paramédicale

Cette partie décrit les axes du projet « enseignement et recherche médicale et paramédicale » du groupe hospitalier dans lesquels le pôle s'engage prioritairement, complétés par les éventuels axes spécifiques du projet du pôle.

L'axe « Optimisation des organisations et de l'équilibre médico-économique du pôle »

■ Les objectifs organisationnels

Cette partie du contrat précise notamment les évolutions prévues en ce qui concerne les regroupements et mutualisations de structures, l'optimisation des structures existantes (amélioration des taux d'occupation et réduction des durées moyennes de séjour), les capacités et l'impact de ces évolutions sur les moyens et les équipements.

Elle décrit également les interactions et les engagements réciproques avec d'autres pôles ou les structures transversales qui peuvent être formalisés dans des contrats de prestations de services particuliers.

■ **Les objectifs de déclinaison des « 16 projets prioritaires »**

Les déclinaisons annuelles du contrat de pôle doivent préciser pour chaque année les objectifs dans lesquels le pôle s'engage, en cohérence avec les projets prioritaires de l'AP-HP. L'enjeu n'est pas que chaque pôle décline l'ensemble des projets prioritaires, mais qu'il détermine avec la direction du groupe hospitalier, au regard de ses projets et de sa marge de progression évaluée à partir d'indicateurs chiffrés, les projets dans lesquels il va engager, pour l'année concernée, des actions concrètes et mesurables.

■ **Les objectifs de gestion et d'amélioration de l'équilibre recettes/dépenses**

Ici sont décrits les objectifs du pôle en termes d'optimisation des ressources qu'il mobilise, s'agissant notamment de :

- la réalisation des objectifs d'activité
- l'optimisation des recettes et leur valorisation (notamment codage « PMSI »/ codification « C2-C3 » / recettes diverses dont chambres particulières)
- la gestion des ressources humaines médicales (dont la permanence des soins) et non médicales
- la gestion des dépenses d'exploitation courante
- l'optimisation des équipements et des surfaces
- la gestion logistique et des locaux
- la gestion des équipements.

Ces moyens et ces objectifs font l'objet d'une annexe annuelle.

■ **Les objectifs du projet de ressources humaines (« RH »)**

Cette partie décrit les axes du projet « RH » du groupe hospitalier dans lesquels le pôle s'engage prioritairement, complétés par les éventuels axes spécifiques du projet « RH » du pôle.

Article 3 : Les objectifs et les moyens annuels

Les objectifs à quatre ans font l'objet d'une déclinaison annuelle. Celle-ci précise les objectifs et les cibles chiffrées à atteindre pour l'année concernée.

La déclinaison annuelle précise également les moyens annuels mis à disposition du pôle par la direction du groupe hospitalier.

Cette déclinaison annuelle est négociée et signée conjointement par le directeur du groupe hospitalier et par le chef de pôle.

Engagements du groupe hospitalier

Article 4 : la délégation de gestion

Le chef de pôle assure des responsabilités de gestion qui s'organisent sous la forme d'une « délégation de gestion » de la part du directeur du groupe hospitalier.

Cette délégation peut aller jusqu'à une délégation de signature dans un ou plusieurs des domaines énumérés par l'article R. 6146-8-II du Code de la santé publique.

Le champ et les modalités de cette délégation sont précisés par le contrat. Celui-ci définit le rôle du chef de pôle en la matière. A minima, la délégation au bénéfice du chef de pôle porte sur un socle institutionnel qui doit être mis en œuvre au bénéfice de chaque pôle. Ce socle institutionnel est présenté en annexe.

Ce socle institutionnel de délégation peut être complété par des mesures locales de délégation et notamment par des mesures qui peuvent être communes à tous les pôles d'un groupe hospitalier ou spécifiques à un pôle.

Article 5 : l'appui au chef de pôle

Le chef de pôle est assisté par un cadre paramédical et un cadre administratif nommés sur sa proposition par le directeur du groupe hospitalier. Les directions fonctionnelles et services techniques du groupe hospitalier lui apportent leur appui en veillant notamment à la disponibilité des moyens prévus au contrat et au bon fonctionnement des équipements.

L'appui au chef de pôle peut également amener à la désignation de directeurs délégués de pôle.

En raison de la taille du pôle et des projets engagés, le chef de pôle peut désigner un praticien pour être son adjoint.

Article 6 : la formation et l'appui individualisé

Il sera proposé au chef de pôle et ses collaborateurs de participer à des formations adaptées à l'exercice de leurs fonctions. Une offre de formation est organisée au niveau de l'AP-HP. Cette offre institutionnelle peut être complétée par des appuis individuels (coaching, accompagnements spécifiques ...).

L'exécution du contrat

Article 7 : modalités de suivi et de pilotage de l'exécution du contrat

Suivi et reporting

- Selon le cycle de gestion interne retenu par le groupe hospitalier et au minima deux fois par an, un suivi des différents objectifs et indicateurs est mis en place. A cette fin, le chef de pôle établit un bilan à destination du directeur et des membres du comité exécutif du groupe hospitalier. Ce bilan s'appuie sur l'analyse d'un tableau de bord qui comporte :

- le socle d'indicateurs institutionnels retenu pour l'ensemble des contrats de pôles et suivi sur les quatre années d'exécution (présenté en annexe du présent contrat) ;

- les indicateurs spécifiques par pôle retenus dans le cadre des déclinaisons annuelles du présent contrat. Pour chaque indicateur sont précisés le score actuel et le score contractualisé pour l'année concernée.
- Une information et un échange sont organisés au sein du pôle au moins deux fois par an sur l'exécution du contrat, selon des modalités définies par chaque pôle.

Revue annuelle et bilans

Chaque année, le directeur du groupe hospitalier communique à la Directrice générale, à l'occasion de la revue annuelle « Siège/groupes hospitaliers » de fin d'année, une analyse du fonctionnement et des résultats des pôles.

Au terme des quatre années d'exécution du contrat, un bilan est établi par le chef de pôle, tant à destination du directeur et du comité exécutif du groupe hospitalier que de la Directrice générale de l'AP-HP.

Article 8 : conséquences de l'exécution ou de l'inexécution du contrat – intéressement

L'intéressement

L'éventuelle mise en place d'un dispositif d'intéressement collectif à l'exécution des contrats de pôle relève de l'initiative de chaque groupe hospitalier. Pour les groupes hospitaliers qui souhaitent s'engager dans cette démarche, la mise en place de cet intéressement est subordonnée au respect des objectifs financiers du groupe hospitalier et suppose que :

- le groupe hospitalier provisionne chaque année un budget d'intéressement,
- les critères d'attribution de cet intéressement soient précisés dans la déclinaison annuelle, sur la base d'indicateurs chiffrés et de cibles quantifiées à atteindre,
- le directeur du groupe hospitalier, au vu des résultats de chaque pôle, décide de l'attribution de l'intéressement sur avis du comité exécutif,
- les crédits d'intéressement alloués, le cas échéant, au pôle sont affectés à un besoin non pérenne.

Non exécution du contrat

Les modalités de suivi de l'exécution du contrat sont définies ci-dessus (article 7). Dans l'hypothèse d'un non-respect des objectifs du contrat, un dispositif gradué d'accompagnement est mis en place par le directeur du groupe hospitalier reposant, en fonction de l'analyse des causes, sur notamment :

- le renforcement de l'appui au chef de pôle (*à organiser en fonction du contexte spécifique*),
- la mise en place d'un contrôle a priori des actes faisant l'objet d'une délégation de gestion et/ou de signature,
- l'ajustement des moyens affectés au pôle en cas de non réalisation des objectifs d'activité/recettes,
- un retrait de délégation partiel ou total de gestion et/ou de signature par le directeur du groupe hospitalier.

Article 9 : durée du contrat et modalités de déclinaison annuelle

Le présent contrat est défini pour une période de quatre ans.

Une déclinaison annuelle précise les objectifs négociés, notamment en termes d'activité et de moyens alloués pour l'année à venir, ainsi que les indicateurs de suivi identifiés. La Directrice générale donne mandat au directeur du groupe hospitalier pour signer la déclinaison annuelle du contrat avec le chef de pôle.

Cette déclinaison est discutée en se fondant notamment sur l'évaluation qui est faite de l'exécution de l'année précédente. Au vu de cette évaluation, le directeur du groupe hospitalier peut être amené à ajuster de manière pérenne, à la hausse ou à la baisse, les moyens accordés au pôle.

Fait à Paris, le ,

en trois exemplaires.

La Directrice générale de l'AP-HP

Le Chef de pôle

Le Directeur du Groupe hospitalier

IV – Les délégations de gestion

(Proposition de socle commun de responsabilité de gestion déléguée aux pôles)

Préambule

L'article R. 6146-8-III du Code de la santé publique prévoit que le contrat de pôle précise le rôle du chef de pôle dans certains domaines de la gestion des ressources humaines médicales et non médicales :

- gestion du tableau prévisionnel des effectifs rémunérés et répartition des moyens humains affectés entre les structures internes du pôle
- gestion des tableaux de service des personnels médicaux (PM) et non médicaux (PNM)
- définition des profils de poste des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques, ainsi que des personnels du pôle relevant de la fonction publique hospitalière
- proposition au directeur de recrutement du personnel non titulaire du pôle
- affectation des personnels au sein du pôle
- organisation de la continuité des soins, notamment de la permanence médicale ou pharmaceutique
- participation à l'élaboration du plan de formation des personnels de la fonction publique hospitalière et au plan de développement professionnel continu des personnels médicaux, pharmaceutiques, maïeutiques et odontologiques.

Ce même article précise que cette responsabilité de gestion peut prendre la forme d'une délégation de signature dont le champ et les modalités de mises en œuvre sont à définir dans les domaines suivants :

- dépenses de crédits de remplacement des personnels non permanents, à l'appui des responsabilités de gestion décrites ci-dessus
- dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux, de dépenses à caractère hôtelier et de dépenses d'entretien et de réparation des équipements à caractère médical et non médical.

L'article 6 du règlement intérieur de l'AP-HP prévoit par ailleurs, conformément aux dispositions légales (C. santé publ., art. L. 6145-7), que «le directeur du groupe hospitalier peut sous sa responsabilité, déléguer sa signature aux personnes sur lesquels il exerce son autorité ».

* * *

Le présent document décline le socle minimum des responsabilités de gestion déléguée pour les quatre domaines suivants :

- la gestion des ressources humaines médicales
- la gestion des ressources humaines non médicales

- les investissements et les crédits de réparation et maintenance
- les crédits d'exploitation relevant du « titre 2 » et du « titre 3 »

Il décrit les responsabilités et actes de gestion du chef de pôle ou du pôle. Il revient ensuite au chef de pôle de s'organiser selon des modalités internes concertées pour mettre en œuvre cette responsabilité.

Ce socle fixe des règles homogènes d'exercice de la responsabilité de gestion du pôle. Les modalités de leur mise en œuvre relèvent du dialogue de gestion locale entre le chef de pôle et le directeur du groupe hospitalier.

Outre les actes de gestion propres à chaque domaine de compétence, le présent document énonce les pratiques de gestion qui doivent être communes, à savoir : l'information réciproque, la connaissance des règles du jeu, la structuration d'un dialogue permettant au chef de pôle de rendre compte, l'implication dans les choix et la stratégie du groupe hospitalier, la concertation interne aux pôles. Ces pratiques de gestion font partie intégrante du socle commun.

Au titre du socle commun à l'AP-HP, un objectif impératif est l'information éclairée et actualisée, ainsi que la connaissance fine des moyens qui sont mobilisés par le pôle pour réaliser son activité. Il doit être uniformément mis en œuvre.

Au même titre, un objectif commun institutionnel est - autant que le groupe hospitalier peut le mettre en œuvre – constitué par l'information sur les moyens mobilisés et la notification des moyens alloués, de manière transparente, régulière et précoce.

La transparence constitue une obligation réciproque : le chef de pôle doit également s'engager sur une information régulière et fidèle en amont des décisions de gestion envers la direction du groupe hospitalier, selon un mode de *reporting* défini par ce dernier.

Les règles du jeu, tant budgétaires que décisionnelles, doivent être connues et partagées. Elles peuvent évoluer : le changement de règles nationales, tarifaires, institutionnelles constitue en effet un élément qui peut amener à modifier les conditions de l'exercice et s'impose le cas échéant à tous.

L'ensemble des décisions déléguées aux pôles d'activité s'entendent :

- dans le cadre des règles de gestion posées par l'AP-HP et le groupe hospitalier, ainsi que de la réglementation en vigueur,
- dans le cadre des priorités fixées par le groupe hospitalier, déclinées dans le contrat de pôle et ses annexes,
- dans le respect des règles de consultation et d'information des instances représentatives du personnel et de l'organisation de la gouvernance du groupe hospitalier,
- dans le cadre des règles de fongibilité prévues par la note de cadrage budgétaire annuelle, dans le cadre du cycle de gestion du groupe hospitalier,
- dans le cadre des moyens qui ont été délégués et qui font l'objet de notification et de suivi,
- hors exceptions fixées en préalable avec la direction du groupe hospitalier.

La mise en œuvre d'un *reporting* structuré et organisé ainsi que la fixation de rendez-vous de dialogue de gestion font aussi partie du socle commun qui doit être décliné au sein de tous les groupes hospitaliers.

Les pôles participent à la stratégie du groupe hospitalier et à la définition de ses objectifs eux-mêmes négociés avec la direction générale de l'AP-HP par la direction du groupe hospitalier. Ils sont donc associés aux choix stratégiques du groupe hospitalier et pleinement porteurs de ces choix (par ex., choix du groupe hospitalier en termes de priorité d'équipements de travaux, de mise en œuvre d'une politique « RH », révision des effectifs médicaux...).

Description du socle de délégation « Gestion des ressources humaines médicales »

Le pôle a connaissance des moyens de fonctionnement en personnel médical qui lui sont autorisés pour remplir les missions fixées par le contrat et ses annexes annuelles.

La notification de ces moyens fait suite à un dialogue de gestion entre le pôle et la direction du groupe hospitalier et entre la direction du groupe hospitalier et la Direction de la politique médicale (DPM) s'agissant des personnels titulaires.

Leur utilisation fait l'objet d'une information et d'un suivi auxquels prennent part le pôle et la direction du groupe hospitalier selon des modalités définies par le contrat de pôle.

A ce titre, le chef de pôle, en lien avec la direction du groupe hospitalier et en associant les chefs de service :

■ gère le TPER du personnel médical « junior » du pôle et notamment l'affectation interne des moyens :

- les demandes de postes d'internes à offrir au choix dans les structures internes au pôle sont formulées après avis du chef de pôle,
- les demandes de recrutement de personnels médicaux en formation « faisant fonction d'internes » sont formulées après avis du chef de pôle.

■ gère le TPER du personnel médical « senior » du pôle et notamment l'affectation interne des moyens :

- les demandes de poste d'assistants spécialistes sont formulées après avis du chef de pôle,
- les demandes de postes de praticiens hospitaliers sont formulées après avis conforme du chef de pôle.

Le chef de pôle décide de l'affectation des moyens en personnel médical (PM) non permanent au sein du pôle (répartition des demi-journées au sein des structures internes, gestion des quotités de travail).

Le pôle peut en cours d'année proposer des modifications, soit pérennes, soit non pérennes, de la répartition de ses ressources en personnel médical (PM) dans le respect des règles de fongibilité et du volume global de la masse salariale du pôle. Il met en œuvre cette décision en lien avec la direction du groupe hospitalier.

Dans le cadre de la révision annuelle des effectifs, le chef de pôle transmet un état priorisé des demandes des structures internes du pôle, qui est examiné par le comité exécutif, lequel établit la priorisation pour le groupe hospitalier.

Le chef de pôle établit un plan de recrutement comportant l'identification des postes médicaux à pourvoir et la date de prise de poste. Ce plan est présenté à la direction du

groupe hospitalier. Le chef de pôle reçoit l'ensemble des candidats à recruter. Il donne son avis sur ces recrutements et le communique à la direction du groupe hospitalier.

A ce titre, le chef de pôle :

- donne son avis conforme sur le recrutement des praticiens hospitaliers (avis donné à l'issue de la période probatoire),
- donne son avis conforme sur le recrutement des praticiens *contractuels* (praticiens attachés, assistants, praticiens contractuels),
- donne son avis sur le recrutement des praticiens hospitalo-universitaires temporaires,
- donne son avis sur le recrutement des praticiens hospitalo-universitaires titulaires,
- donne son avis conforme sur l'éventuelle participation de professionnels de santé libéraux aux activités du pôle (C. santé publ., art. L. 6146-2).

Le chef de pôle affecte les personnels médicaux au sein du pôle à l'occasion de leur recrutement ou dans le cadre de mobilités internes au pôle. Il informe la direction du groupe hospitalier de la répartition de personnels médicaux au sein du pôle et de ses modifications, lorsqu'elles ont lieu. Ces informations font l'objet d'un état mensuel partagé.

Le chef de pôle détermine et coordonne, en fonction de l'activité, l'organisation du travail de l'ensemble des personnels médicaux du pôle dans le respect de la déontologie de chaque praticien. A ce titre, il :

- définit le tableau général de service des structures internes au pôle,
- valide les tableaux de service prévisionnels nominatifs,
- valide les tableaux de service nominatifs réalisés,
- valide les demandes d'épargne de jours de congés sur « CET » formulées par les personnels médicaux du pôle,
- donne son avis conforme sur les premières demandes et les demandes de renouvellement d'exercice d'activité libérale formulées par les praticiens titulaires à temps plein du pôle,
- donne son avis conforme sur les demandes d'exercice d'activités d'intérêt général formulées par les praticiens titulaires à temps plein du pôle,
- propose la signature de contrats de temps de travail additionnel au directeur du groupe hospitalier,
- organise les dispositifs de permanence des soins au sein du pôle en lien avec la Commission de l'organisation de la permanence des soins (COPS) du groupe hospitalier, et en conformité avec la politique du groupe hospitalier et de l'AP-HP en matière de permanence des soins.

Le chef de pôle propose un plan de développement professionnel continu (DPC) des personnels médicaux du pôle. Ce plan est élaboré à partir des besoins spécifiques du pôle et des priorités du groupe hospitalier.

Description du socle de délégation « Gestion des ressources humaines non médicales »

Le pôle a connaissance des moyens de fonctionnement en personnel non médical qui lui sont autorisés pour remplir les missions fixés par le contrat et ses annexes annuelles. Ces moyens sont notifiés au moins annuellement selon une forme, un niveau de détail et une ventilation entre personnel permanents et moyens de remplacement à définir. La notification fait suite à un dialogue de gestion entre le pôle et la direction du groupe hospitalier. Leur utilisation fait l'objet d'une information et d'un suivi auxquels prennent part le pôle et la direction du groupe hospitalier selon des modalités définies par le contrat de pôle.

Le pôle peut, dans le cadre du cycle budgétaire et selon les règles institutionnelles, proposer des modifications, soit pérennes, soit non pérennes, de la répartition de ses ressources en personnel non médical dans le respect des règles de fongibilité et du volume global de la masse salariale du pôle. Il met en œuvre cette décision dans le cadre défini avec la direction du groupe hospitalier, qui les répercute dans le cadre du cycle de gestion budgétaire du groupe hospitalier.

A ce titre, le pôle gère le TPER du personnel permanent, ainsi que les moyens de remplacement du pôle et notamment l'affectation interne des moyens.

Le pôle présente à la direction du groupe hospitalier, pour accord, selon une périodicité définie (bi- ou trimestrielle par exemple), un plan prévisionnel de recrutement comportant l'identification des postes à pourvoir, la date prévisionnelle de prise de poste ainsi que les modalités de pourvoiement de ces emplois. Il publie les fiches de poste correspondantes dans l'outil de publicité institutionnelle, reçoit l'ensemble des candidats entre lesquels il fixe un choix, qu'il propose à la direction selon la procédure interne du groupe hospitalier, dans le respect des règles de mobilité interne et des objectifs de recrutement de public particulier.

Le pôle affecte en son sein les personnels non médicaux, à l'occasion de leur recrutement ou dans le cadre de mobilités internes au pôle. Il assure l'information mensuelle de la direction de la répartition de répartition des personnels non médicaux au sein du pôle et de ses modifications.

Le pôle détermine et coordonne, en fonction de l'activité, l'organisation du travail des personnels non médicaux du pôle (organisation du temps de travail, constitution des équipes) en concertation avec la direction du groupe hospitalier. Il s'assure du recueil en amont de l'avis des instances locales compétentes en matière de changement d'organisation du travail, lorsque la réglementation le prévoit, et sollicite la direction du groupe hospitalier sur ce point.

Le pôle décide de l'opportunité d'effectuer un remplacement, en veillant à privilégier les solutions de remplacement internes et les moins coûteuses, dans le respect des enveloppes de moyens qui lui sont notifiées. Ce champ peut faire l'objet d'une délégation de signature.

Le pôle propose un plan de formation et de développement des compétences pour l'année n+1, modifiable en cours d'année, élaboré à partir de ses besoins spécifiques et des priorités du groupe hospitalier. Il arrête, une fois connu le budget de formation qui lui est attribué, l'ensemble des paramètres du plan de formation du pôle (enveloppe budgétaire, répartition des actions de formation par type de formateur, bénéficiaires des formations).

Le pôle assure l'évaluation des personnels non médicaux, qu'il transmet à la direction du groupe hospitalier. Il détermine et fait connaître les modalités d'organisation de l'entretien

professionnel par l'encadrement de proximité. Il fait prendre connaissance à l'agent de sa notation et la lui fait signer.

Le pôle formule, en cours et à la fin de la période de stage, un avis argumenté sur l'opportunité de la titularisation d'un stagiaire.

Le pôle donne un avis argumenté sur la promotion interne des personnels non médicaux qui lui sont affectés.

Le pôle fixe pour chaque personnel non médical du pôle, en cohérence avec l'évaluation et selon des critères connus des personnels, le montant de la partie modulable de la prime de service dans le cadre d'une enveloppe déléguée à cette fin.

Le pôle peut formuler auprès de la direction du groupe hospitalier une demande de sanction disciplinaire, après entretien préalable avec l'agent, permettant à celui-ci de s'expliquer sur les faits reprochés et sur la base d'un rapport argumenté transmis à la direction du groupe hospitalier.

Description du socle de délégation en matière d'investissements et de crédits d'entretien et de maintenance

Le terme « investissements » désigne :

- l'achat d'équipements médicaux et hôteliers
- l'achat d'équipements informatiques et de logiciels
- la réalisation de travaux d'aménagement, de restructuration ou de construction.

L'article R. 6146-8 du Code de la santé publique ne prévoit pas de rôle spécifique du chef de pôle dans ce domaine. De même, il n'y a pas de délégation de signature prévue dans le domaine des Investissements. Le texte prévoit que les dépenses de maintenance et de réparation qui peuvent être mobilisées pour des équipements médicaux et hôteliers, et non pour des travaux d'entretien ou du matériel informatique, peuvent faire l'objet d'une délégation de signature.

Le pôle a connaissance des équipements médicaux, hôteliers et informatiques, qui sont mobilisés et entretenus pour le pôle, ainsi que des locaux qui sont affectés au pôle pour la réalisation de son activité, par grandes catégories, ainsi que des moyens mobilisés pour leur entretien et leur exploitation.

Le pôle est informé des investissements prévus et retenus pour son pôle et pour le groupe hospitalier de manière annuelle, après notification au groupe hospitalier par la Directrice générale des différents plans annuels d'investissement.

Ces équipements et locaux font l'objet d'un inventaire partagé avec le pôle, annuellement, avec une information sur les contrats de garantie. Le taux de vétusté, le taux d'intervention et le taux d'indisponibilité des matériels lourds sont des indicateurs suivis conjointement avec la direction du groupe hospitalier et qui peuvent faire l'objet d'objectifs déclinés dans le contrat de pôle qui s'y rapporte.

Le pôle est responsable de cet inventaire. Il informe la direction du groupe hospitalier de ses principales évolutions : sorties, entrées, disparitions.

Le pôle priorise chaque année ces demandes en matière d'équipement médical et non médical, et en matière de travaux à réaliser.

Il propose une modification des affectations internes de ces équipements et des locaux, en conformité avec les objectifs d'activité du pôle et du groupe hospitalier. Il a pour responsabilité de veiller à la plus grande optimisation des équipements et à l'utilisation la plus économe des locaux utilisés par le pôle.

Le pôle établit, de manière concertée avec la direction du groupe hospitalier, une stratégie de maintenance annuelle pour les équipements dans le respect des crédits mobilisables par le pôle pour cette activité. Les dépenses de maintenance et d'entretien des équipements hôteliers et médicaux sont un champ qui peut faire l'objet d'une délégation de signature, dans le cadre précisé par le décret et dans le respect du cadre de mise en œuvre défini par la direction du groupe hospitalier.

Il établit un plan d'entretien de ces locaux, de manière concentrée, avec la direction du groupe hospitalier, dans le cadre défini avec elle, qui peut prendre la forme d'une délégation de crédits, qu'il priorise.

Le pôle est associé aux arbitrages du groupe hospitalier en matière d'investissement (travaux et équipements) selon les modalités collégiales définies par la direction du groupe hospitalier.

Les arbitrages qu'il propose à la direction du groupe hospitalier sont le reflet des mécanismes de concertation interne qu'il a définis avec l'exécutif du pôle.

Description du socle de délégation en matière de crédits d'exploitation

L'article R. 6146-8 du Code de la santé publique ne précise pas de rôle du pôle dans la gestion des crédits d'exploitation courante. Toutefois, il prévoit la possibilité d'une délégation de signature pour certaines dépenses d'exploitation courante. Il apparaît donc nécessaire de définir son rôle et les responsabilités déléguées dans ces domaines, afin de faire reposer la délégation de signature sur un socle de responsabilité.

Le pôle a connaissance des moyens en exploitation courante, notamment les dépenses à caractère médical et à caractère hôtelier qui lui sont autorisées pour remplir les missions fixées par le contrat de pôle et par ses annexes.

Ces moyens sont notifiés au moins annuellement sous une forme, un niveau de détail et un périmètre de comptes, définis par le groupe hospitalier, dans le cadre du dialogue de gestion en exploitation courante.

La notification de ces moyens fait suite à un dialogue de gestion entre le pôle et la direction du groupe hospitalier dans le cadre des objectifs budgétaires fixés au groupe hospitalier par la Direction économique, financière, de l'investissement et du patrimoine (DEFIP). Leur utilisation fait l'objet à minima d'un suivi auxquels prennent part le pôle et la direction du groupe hospitalier selon les modalités définies par le contrat. Le pôle est responsable du suivi et de la maîtrise des moyens autorisés pour remplir les missions qui lui sont fixées.

Le pôle établit une répartition interne des moyens en exploitation courante entre les différentes structures du pôle, qu'il communique à la direction du groupe hospitalier, en respectant les modalités internes de concertation et d'information au sein du pôle. Il propose, en cours d'année, selon les modalités du cycle budgétaire, des modifications et affectations des moyens.

Le directeur du groupe hospitalier définit les règles de validation du circuit de commande au sein du groupe hospitalier. Ces règles sont connues et réactualisées annuellement. Elles peuvent varier selon le périmètre de dépenses, la maturité de gestion et le résultat de l'exécution budgétaire : elles vont du contrôle à postériori, dans le cadre du dialogue de gestion, à la validation comptable et règlementaire, au contrôle à priori par la direction en charge des services économiques.

Le pôle mobilise les moyens qui lui sont autorisés dans un souci constant d'optimisation des moyens. Dans le cadre de la politique d'achat de l'AP-HP, il les décline au sein du groupe hospitalier et selon les principes règlementaires de l'achat public, ainsi que l'ensemble des prérogatives pharmaceutiques en termes de produits de santé.

En matière de dépenses pharmaceutiques, le pôle met en œuvre des actions de juste prescription, de gestion des stocks et de maîtrise des crédits autorisés en matière de médicaments et de dispositifs médicaux.

Dans le domaine des dépenses médicales et pharmaceutiques (achats de médicaments et de produits de santé y compris réactifs), il peut être prévu une délégation de signature, qui restera de facto limitée aux bons de commande sur marchés centraux. Son champ est alors clairement défini et bordé.

En matière de dépenses hôtelières (achats de fournitures directement liées à l'hôtellerie du pôle, restauration, blanchissage, nettoyage...), le pôle met en œuvre une gestion des stocks et de juste centralisation des différents consommables.

Il peut être prévu une délégation de signature, qui restera de facto limitée aux bons de commande sur marchés centraux. Son champ est alors clairement défini et bordé.

V – La responsabilité du chef de pôle – Points de repère juridiques

1. Pour mémoire : principes de responsabilité administrative et de responsabilité pénale

■ **La responsabilité administrative** (encore appelée « civile ») fait suite à une réclamation indemnitaire du patient. Elle se traduit par le versement de dommages et intérêts en indemnisation du préjudice subi par le patient. Elle est reconnue par la signature d'une transaction⁶ ou par l'intervention d'un avis de la Commission régionale d'indemnisation et de conciliation (CRCI) ou encore par une décision de justice administrative (tribunal administratif).

Peu importe que la faute à l'origine du préjudice invoqué par le patient trouve son origine dans une désorganisation du pôle, et/ou une mauvaise coordination des équipes, et/ou une erreur médicale, puisque dans tous ces cas, cette faute se localise dans un cadre de «service», au sens administratif.

La faute médicale (défaut d'information, erreur médicale, erreur de prescription) comme la faute organisationnelle ayant contribué à la survenance du dommage (retard dans la prise en charge, défaut de surveillance...) constituent, sauf faute détachable du médecin, une faute de service « impersonnelle » engageant la responsabilité administrative de l'AP-HP⁷. La faute s'apprécie (au terme d'une expertise) en la personne de l'auteur de l'acte (praticien, chef de structure interne, praticien chef de pôle...), tandis que l'obligation à réparation indemnitaire du préjudice subi pèse toujours sur l'AP-HP.

La réparation des dommages occasionnés aux patients est, en principe, mise à la charge de l'établissement (ici : l'AP-HP) à l'issue d'un contentieux qui relève de la compétence du juge administratif.

Il n'en va autrement que lorsque la faute à l'origine du préjudice présente le caractère d'une «faute personnelle», définie par la jurisprudence comme étant une faute volontaire ou d'une exceptionnelle gravité ou dépourvue de lien avec le service public. Dans ce cas, très rare en pratique, la responsabilité civile de l'agent fautif est engagée devant le juge judiciaire.

Si elle l'a été à tort, l'article 11 de la loi du 13 juillet 1983 précise d'ailleurs que « *lorsqu'un fonctionnaire [ou un agent public] a été poursuivi par un tiers pour faute de service et que le conflit d'attribution n'a pas été élevé⁸, la collectivité publique doit, dans la mesure où une faute personnelle détachable de l'exercice de ses fonctions n'est pas imputable à ce fonctionnaire, le couvrir des condamnations civiles prononcées contre lui* ».

■ **La responsabilité pénale** a pour objectif, non pas d'indemniser, mais de sanctionner l'auteur d'une infraction pénale. Elle se traduit par une décision judiciaire de condamnation pénale, avec le cas échéant des peines d'amende ou d'emprisonnement inscrites sur un casier judiciaire. Elle est jugée en première instance par le tribunal correctionnel (délit) ou le tribunal de police (contravention).

⁶ Au sein de l'AP-HP, en 2010, environ 72 % des contentieux ont été réglés par la Direction des affaires juridiques au terme d'un processus transactionnel.

⁷ Conseil d'Etat, 28 juil. 1951, *Larlielle*

⁸ « le conflit d'attribution n'a pas été élevé » : il faut comprendre que l'imputabilité de la faute au service n'est pas contestée

Les chefs de mise en cause ou de mise en examen les plus souvent rencontrés en droit médical sont en majorité l'homicide involontaire ou les autres atteintes involontaires à l'intégrité physique (blessures involontaires avec ITT inférieure ou supérieure à 3 mois), outre le délit volontaire et plus rare de non-assistance à personne en danger ou le délit quasi volontaire de mise en danger délibérée de la vie d'autrui,...

En droit pénal, nul n'est responsable que de son propre fait. Nul ne peut donc être condamné du seul fait que des personnes placées sous son autorité ont enfreint la loi. Cependant, le principe de la *personnalité des peines* conduit à ce que les diverses autorités hospitalières (du chef d'établissement au responsable d'unité fonctionnelle) soient considérées comme pénalement responsables du délit d'homicide involontaire, d'atteinte involontaire à l'intégrité d'autrui ou de mise en danger de la vie d'autrui en raison des négligences, des imprudences ou des manquements à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement qu'elles ont commis dans l'organisation ou la surveillance du fonctionnement de la structure dont elles avaient la charge. Dans ce cas de figure, la faute pénale « personnelle » s'apprécie concrètement au regard des fonctions de responsabilité qu'exerce le chef de telle ou telle structure hospitalière, chargée de la prise en charge d'un patient.

L'établissement doit alors assurer la protection de l'agent poursuivi. L'article 11 de la loi du 13 juillet 1983 indique en effet que « *la collectivité publique est tenue d'accorder sa protection au fonctionnaire ou à l'ancien fonctionnaire [ou à l'agent public] dans le cas où il fait l'objet de poursuites pénales à l'occasion de faits qui n'ont pas le caractère d'une faute personnelle* ».

L'article 121-3 du code pénal, consacré à la responsabilité pénale en matière d'infractions involontaires, renvoie à une appréciation concrète – appréciation qui sera faite par le juge, au travers d'une analyse précise et au cas par cas :

« (...) Il y a (...) délit, lorsque la loi le prévoit, en cas de faute d'imprudence, de négligence ou de manquement à une obligation de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement, s'il est établi que l'auteur des faits n'a pas accompli les diligences normales compte tenu, le cas échéant, de la nature de ses missions ou de ses fonctions, de ses compétences ainsi que du pouvoir et des moyens dont il disposait.

Dans le cas prévu par l'alinéa qui précède, les personnes physiques qui n'ont pas causé directement le dommage, mais qui ont créé ou contribué à créer la situation qui a permis la réalisation du dommage ou qui n'ont pas pris les mesures permettant de l'éviter, sont responsables pénalement s'il est établi qu'elles ont, soit violé de façon manifestement délibérée une obligation particulière de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement, soit commis une faute caractérisée et qui exposait autrui à un risque d'une particulière gravité qu'elles ne pouvaient ignorer (...).».

Le deuxième alinéa de cet article 121-3 signifie qu'en matière de délits involontaires, la gravité de la faute pénale punissable est différente selon que l'on se situe :

- dans un contexte de causalité *directe* entre la faute et le dommage : une faute simple de négligence, une imprudence, un manque de précaution suffit ;
- ou dans un contexte de causalité *indirecte* entre la faute et le dommage : une faute qualifiée doit être démontrée : soit une faute caractérisée qui implique une certaine gravité et une connaissance a priori du risque encouru, soit une faute manifestement délibérée qui implique la connaissance de règles particulières de prudence ou de sécurité qui n'ont pas été appliquées de façon consciente et quasi volontaire.

2. Les cadres généraux de responsabilité s'appliquant aux chefs de pôle

Les fonctions de chef de pôle

Comme cela a été indiqué ci-dessus, les chefs de pôle bénéficient :

- de compétences propres définies par les textes,
- de compétences dont le contenu et la portée sont susceptibles de varier en fonction des délégations de signature que leur confie la Directrice générale.

Dans l'exercice de ces compétences :

- ils doivent respecter le projet d'établissement (qui définit la « *politique de l'établissement* »),
- ils sont soumis à l'autorité du directeur de l'établissement (la Directrice générale et par délégation, le directeur du groupe hospitalier) – autorité qui s'exerce « *sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art* » (art. L. 6143-7, C. santé publ.).

Compétences propres du chef de pôle

Ces compétences portent principalement sur :

- la conclusion et l'exécution du contrat de pôle,
- les mesures nécessaires à l'organisation et au fonctionnement du pôle,
- l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et des objectifs prévisionnels du pôle,
- le choix de certains collaborateurs.

Fonctionnement du pôle et autorité fonctionnelle du chef de pôle

Tout chef de pôle est fondé à prendre les mesures nécessaires à l'optimisation des moyens dont il dispose en vertu du contrat de pôle (personnel, locaux, matériels, gestion des lits et places,...), en vue d'assurer le bon fonctionnement de son pôle.

La loi prévoit qu'il dispose d'une « autorité fonctionnelle » sur les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle.

Selon les termes de la DGOS (*Guide sur la réforme de la gouvernance, 2007*), pour le champ du fonctionnement technique sur lequel elle s'applique, avec les réserves déontologiques prévues, cette « autorité fonctionnelle » présente les caractéristiques du pouvoir hiérarchique avec ses trois composantes traditionnelles :

- le pouvoir de donner des instructions au personnel sur lequel il s'exerce,
- le pouvoir d'annuler des décisions prises par les collaborateurs,
- le pouvoir de réformer leurs décisions.

En revanche, le pouvoir hiérarchique n'inclut pas les prérogatives liées à la qualité d'autorité « investie du pouvoir de nomination », qui portent sur la gestion des carrières, le pouvoir de notation et le pouvoir disciplinaire.

L'autorité fonctionnelle du chef de pôle s'insère dans l'organigramme hiérarchique global de l'établissement. Elle s'exerce :

- sous l'autorité hiérarchique du directeur,
- sur l'ensemble des personnels du pôle, et y compris sur l'encadrement du pôle et les responsables de ses structures internes, qui disposent eux-mêmes du pouvoir hiérarchique nécessaire à leurs attributions respectives.

Les décisions prises par le chef de pôle dans l'exercice de son autorité fonctionnelle ne peuvent aller jusqu'à remettre en cause les missions et les responsabilités confiées aux structures internes du pôle.

Répartition des pouvoirs entre les différents responsables médicaux

La répartition des pouvoirs entre chef de pôle et responsables des autres structures internes du pôle ne se pose pas en des termes différents selon qu'il s'agit de l'autorité que le chef de pôle exerce sur les praticiens de son pôle ou de l'autorité de même nature que le directeur du groupe hospitalier, les chefs de service ou de département ou encore les responsables d'unités fonctionnelles exercent à leurs niveaux respectifs. Dans tous les cas, il s'agit de pouvoirs relatifs à l'organisation et au fonctionnement de la structure considérée et qui s'exercent dans le respect de la déontologie médicale et de l'indépendance du praticien dans l'exercice de son art.

Les structures internes des pôles (services, départements, unités fonctionnelles) sont créées pour remplir des missions et assurer des activités définies par le contrat de pôle et explicitées par le projet de pôle. Leurs responsables respectifs sont donc chargés de veiller, sous l'autorité fonctionnelle du chef de pôle, à ce que ces structures remplissent les objectifs qui leur ont été assignés.

Articulation des responsabilités

Le terme de « responsable » s'entend d'une personne qui, exerçant des pouvoirs (ou une autorité) peut être amenée à en répondre devant l'autorité administrative supérieure (contrôle, enquêtes, mesures disciplinaires) ou devant le juge (civil, pénal, financier et, le cas échéant, ordinal).

S'agissant des responsabilités encourues, le principe est que chacun ne peut être sanctionné qu'à raison de ses propres fautes. Pour les différentes autorités hospitalières - dont fait partie de chef de pôle, dès lors qu'il est en charge de la gestion du pôle -, une telle faute peut notamment consister en un manquement à leur obligation de veiller à la bonne organisation et au bon fonctionnement des structures qui leur sont confiées.

Les conditions dans lesquelles une telle responsabilité peut être engagée diffèrent sensiblement selon qu'il s'agit du contentieux de l'indemnisation ou celui de la répression pénale.

Compétences tirées des délégations de signature

Comme cela a été rappelé ci-dessus (IV), la loi « HPST » du 21 juillet 2009 a prévu que les chefs de pôle bénéficient, dans le cadre d'une «délégation de gestion», de délégations de signature au même titre que d'autres collaborateurs du directeur.

La délégation attribuée au chef de pôle qui en est délégataire la compétence pour prendre différentes décisions, dans un champ précisément délimité.

Les délégations de gestion ne peuvent porter que sur des matières qui, relevant des pouvoirs propres du directeur du groupe hospitalier, n'excèdent pas le champ d'attribution du pôle. A l'inverse, les questions qui intéressent plusieurs pôles ou, a fortiori, l'ensemble de l'établissement doivent être exclues d'une telle délégation.

Responsabilité du chef de pôle en qualité d'« ordonnateur »

Au regard de la délégation de gestion qui lui est délivrée par le directeur du groupe hospitalier, le chef de pôle a une responsabilité budgétaire et financière en ce qui concerne les seules dépenses mentionnées à l'article R. 6146-8-II (voir en VI). Cette responsabilité est inhérente aux fonctions d'ordonnateur.

A ce titre, le chef de pôle est habilité à procéder à l'**engagement** comptable, acte par lequel il crée ou constate une obligation de laquelle il résulte une charge ; par cet acte, le chef de pôle peut être à même d'engager juridiquement l'AP-HP (par exemple par l'émission d'un bon de commande, ...), tout en réservant dans les écritures de l'hôpital les crédits nécessaires à la dépense. Ces engagements à l'AP-HP sont susceptibles d'être contrôlés par le comptable public (Direction spécialisée des finances publiques de l'AP-HP).

Ne sont pas ouvertes au chef de pôle les autres fonctions d'ordonnateur que sont :

- la **liquidation** des dépenses, qui consiste à constater la réalité du service fait (exécution des prestations demandées, réalité des livraisons commandées, ...),
- l'**ordonnancement**, qui consiste à demander à la Direction spécialisée des finances publiques de l'AP-HP (ex-Trésorerie générale) de procéder au paiement restant du ressort de la direction du groupe hospitalier,

A l'identique, le **décaissement** des crédits, c'est à dire le paiement, n'est pas du ressort du chef de pôle, mais uniquement de la Direction spécialisée des finances publiques de l'AP-HP.

Cette faculté d'engagement implique pour le chef de pôle de n'effectuer d'opérations d'engagement que pour les seules dépenses qui lui sont autorisées, dans le respect du droit de la commande publique (respect du Code des marchés publics), sans octroi d'avantage injustifié et dans la limite des crédits alloués à son pôle.

Par ailleurs, il ne doit pas outrepasser ses attributions, et ainsi éviter de se comporter comme un comptable de fait, en procédant par exemple au paiement direct ou indirect des dépenses. Dans le cas contraire, le chef de pôle serait en situation dite de « gestion de fait » ; celle-ci pourrait être qualifiée, par exemple, dans la mesure où le chef de pôle prendrait des engagements générant un abandon de recettes pour l'hôpital (exemple d'une diminution du prix d'un équipement en contrepartie d'une expertise technique sur le dit équipement) ou percevrait des recettes (encaissement, par le chef de pôle ou une association dont il est membre, des produits d'expertises ou d'analyses effectuées par le pôle).

En cas de non respect de ces règles, la responsabilité du chef de pôle pourra être engagée. Elle pourra ainsi l'être d'un point de vue financier et comptable devant les institutions de contrôle (Cour de discipline budgétaire et financière) et ce, nonobstant les

responsabilités disciplinaires (devant le directeur d'établissement) dans la mesure où le chef de pôle outrepasserait ses attributions, ou même sa responsabilité pénale en cas de délit de favoritisme ou encore de gestion de fait.

Responsabilité du chef de pôle en qualité de responsable d'organisation médicale

L'organisation médicale en pôle d'activité n'a pas d'effet direct sur les obligations professionnelles du médecin envers le malade qu'il prend en charge.

Le fait que l'activité médicale se déploie au sein d'un pôle d'activité ne dédouane, ni ne renforce la responsabilité pénale du médecin. Le patient mécontent et s'estimant victime d'une infraction « par imprudence » dans sa prise en charge doit toujours démontrer une faute personnelle du médecin, un dommage et un lien de causalité entre les deux.

La faute doit être simple pour l'auteur *direct* du dommage. Elle doit en revanche être caractérisée (faute qualifiée, devant être démontrée) pour l'auteur *indirect* qui n'a pas pris les mesures nécessaires pour empêcher le dommage ou qui a contribué à créer la situation qui a permis le dommage.

Le seul effet lié à la nouvelle organisation hospitalière sur le plan pénal tient à l'élargissement de l'éventail des responsabilités théoriquement encourues en ajoutant le praticien chef du pôle au nombre des auteurs possibles d'une infraction non intentionnelle.

Le juge pénal, dans son analyse a posteriori, peut « remonter » toute la chaîne des responsabilités et aboutir donc à un élargissement de l'éventail des responsabilités théoriquement encourues, en ajoutant le praticien chef du pôle au nombre des auteurs possibles d'une infraction non intentionnelle.

A titre d'exemple, pour une erreur de prescription, le chaînage des responsabilités pourra être le suivant :

- faute du médecin qui a commis la prescription (faute *simple* – lorsqu'elle est directe - qui doit être démontrée)
- faute du responsable de la structure interne de prise en charge (service, unité fonctionnelle...), chargé de la coordination de l'équipe médicale qui s'y trouve affectée, pour avoir failli dans la gestion des tâches, dans sa mission d'information ou de formation de ses équipes (cette faute doit être *caractérisée*)
- faute du praticien chef de pôle chargé d'organiser le fonctionnement technique du pôle avec les équipes médicales, soignantes et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle pour avoir failli dans l'établissement du tableau de service, d'un circuit du médicament... (cette faute doit être *caractérisée*).

Le praticien chef de pôle, à qui revient la mission d'assurer la gestion du pôle, de l'organisation des relations entre les structures internes et de la mutualisation des équipes et des moyens entre structures peut ainsi être exposé, si l'erreur commise dans le cadre de ses missions a concouru, même indirectement, à la réalisation du dommage.

Le principe de libre organisation au sein du pôle implique donc un travail préalable et approfondi, au sein du pôle, de définition (contrat de pôle, charte de fonctionnement, documents internes organisant le recours à des plateformes de prise en charge,...) des modalités d'organisation et de mutualisation des moyens et des effectifs.

Le juge pourra se référer à ces documents pour apprécier une responsabilité au regard des objectifs fixés : le praticien chef de pôle pourrait ainsi se voir reprocher une mauvaise

exécution du contrat de pôle, les responsables de structures internes pouvant se voir reprocher le non respect des procédures définies dans le contrat de pôle ou celles arrêtées au sein du pôle dans le cadre de son organisation. Le contrat de pôle, notamment dans sa rubrique consacrée aux objectifs de « qualité et sécurité de la prise en charge », auquel sont adjoints des indicateurs relatifs à cette qualité et cette sécurité, doit être précis et actualisé régulièrement. Il doit donner lieu à un suivi attentif.

L'organisation nouvelle des activités médicales au sein d'un pôle d'activité n'a pas d'effet amplificateur en termes de responsabilité médicale. Elle opère seulement une redistribution des missions. Elle appelle en revanche une attention accrue dans la définition des missions confiées aux différents responsables de la structure médicale.

VI - Les textes

Code de la santé publique :

Article L. 6146-1

Pour l'accomplissement de leurs missions, les établissements publics de santé définissent librement leur organisation interne, sous réserve des dispositions du présent chapitre.

Le directeur définit l'organisation de l'établissement en pôles d'activité conformément au projet médical d'établissement, après avis du président de la commission médicale d'établissement et, dans les centres hospitaliers universitaires, du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale. Le directeur général de l'agence régionale de santé peut autoriser un établissement à ne pas créer de pôles d'activité quand l'effectif médical de l'établissement le justifie.

Les pôles d'activité peuvent comporter des structures internes de prise en charge du malade par les équipes médicales, soignantes ou médico-techniques ainsi que les structures médico-techniques qui leur sont associées. Dans les centres hospitaliers universitaires, les pôles d'activité clinique et médico-technique sont dénommés pôles hospitalo-universitaires.

Les chefs de pôle sont nommés par le directeur, sur présentation d'une liste élaborée par le président de la commission médicale d'établissement pour les pôles d'activité clinique ou médico-technique. En cas de désaccord, constaté dans des conditions fixées par voie réglementaire, le directeur peut demander une nouvelle liste ; en cas de nouveau désaccord, il nomme les chefs de pôle de son choix. La durée du mandat des chefs de pôle est fixée par décret. A l'issue de cette période, leur mandat peut être renouvelé dans les mêmes conditions.

Pour les pôles hospitalo-universitaires, les listes mentionnées au précédent alinéa sont établies conjointement par le président de la commission médicale d'établissement et le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical.

Peuvent exercer les fonctions de chef de pôle d'activité clinique ou médico-technique les praticiens mentionnés à l'article L. 6151-1 et aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 6152-1.

Le directeur signe avec le chef de pôle un contrat de pôle précisant les objectifs et les moyens du pôle, après avis, pour les pôles d'activité clinique et médico-technique, du président de la commission médicale d'établissement pour vérifier la cohérence du contrat avec le projet médical, ainsi que, dans les centres hospitaliers universitaires, du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale.

Le praticien chef d'un pôle d'activité clinique ou médico-technique met en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Il organise, avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des structures, services ou unités fonctionnelles, prévues par le projet de pôle. Dans l'exercice de ses fonctions, il peut être assisté par un ou plusieurs collaborateurs dont il propose la

nomination au directeur d'établissement. Si le pôle comporte une unité obstétricale, l'un de ces collaborateurs est une sage-femme.

Article D. 6146-1

Dans les centres hospitaliers et les centres hospitaliers universitaires, les chefs de pôle sont nommés par le directeur pour une période de quatre ans renouvelable.

Article R. 6146-2

Le directeur nomme les chefs de pôle clinique ou médico-technique sur présentation d'une liste de propositions établie, dans les centres hospitaliers, par le président de la commission médicale d'établissement et, dans les centres hospitaliers universitaires, par le président de la commission médicale d'établissement, conjointement avec le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou du président du comité de coordination de l'enseignement médical.

Cette liste, comportant au moins trois noms, est présentée au directeur dans un délai de trente jours à compter de sa demande. En cas d'absence de proposition dans le délai requis, le directeur nomme la personne de son choix. En cas de désaccord du directeur sur les noms portés sur la liste ou si cette dernière est incomplète, le directeur peut demander qu'une nouvelle liste lui soit présentée dans les quinze jours. En cas de nouveau désaccord, il nomme le chef de pôle de son choix.

Article R. 6146-3

Il peut être mis fin dans l'intérêt du service aux fonctions de chef de pôle par décision du directeur après avis, pour les centres hospitaliers, du président de la commission médicale d'établissement et, pour les centres hospitaliers universitaires, du président de la commission médicale d'établissement, du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale et du président du comité de coordination de l'enseignement médical.

Article R. 6146-4

Dans les centres hospitaliers et les centres hospitalo-universitaires, les responsables de structure interne, services ou unités fonctionnelles des pôles d'activité clinique ou médico-technique sont nommés par le directeur sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la commission médicale d'établissement, selon des modalités fixées par le règlement intérieur.

Article R. 6146-5

Il peut être mis fin, dans l'intérêt du service, aux fonctions de responsable de structure interne, service ou unité fonctionnelle par décision du directeur, à son initiative, après avis du président de la commission médicale d'établissement et du chef de pôle.

Cette décision peut également intervenir sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la commission médicale d'établissement. Dans ce cas, le directeur dispose d'un délai de trente jours à compter de la réception de la demande du chef de pôle pour prendre sa décision. A l'expiration de ce délai, la proposition est réputée rejetée

Article R. 6146-6

Dans les deux mois suivant leur nomination, le directeur propose aux praticiens nommés dans les fonctions de chef de pôle une formation adaptée à l'exercice de leurs fonctions et dont la durée et le contenu sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé.

Article R. 6146-8

I.-Sur la base de l'organisation déterminée par le directeur, le contrat de pôle mentionné à l'article L. 6146-1 définit les objectifs, notamment en matière de politique et de qualité des

soins, assignés au pôle ainsi que les moyens qui lui sont attribués. Il fixe les indicateurs permettant d'évaluer la réalisation de ces objectifs.

II.-Le contrat de pôle définit le champ et les modalités d'une délégation de signature accordée au chef de pôle permettant d'engager des dépenses dans les domaines suivants :

- 1° Dépenses de crédits de remplacement des personnes non permanentes ;
- 2° Dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux ;
- 3° Dépenses à caractère hôtelier ;
- 4° Dépenses d'entretien et de réparation des équipements à caractère médical et non médical ;
- 5° Dépenses de formation de personnel.

III.-Le contrat de pôle précise également le rôle du chef de pôle dans les domaines suivants :

- 1° Gestion du tableau prévisionnel des effectifs rémunérés et répartition des moyens humains affectés entre les structures internes du pôle ;
- 2° Gestion des tableaux de service des personnels médicaux et non médicaux ;
- 3° Définition des profils de poste des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques ainsi que des personnels du pôle relevant de la fonction publique hospitalière
- 4° Proposition au directeur de recrutement du personnel non titulaire du pôle ;
- 5° Affectation des personnels au sein du pôle ;
- 6° Organisation de la continuité des soins, notamment de la permanence médicale ou pharmaceutique ;
- 7° Participation à l'élaboration du plan de formation des personnels de la fonction publique hospitalière et au plan de développement professionnel continu des personnels médicaux, pharmaceutiques, maïeutiques et odontologiques.

Il précise, le cas échéant, les modalités d'intéressement du pôle aux résultats de sa gestion.

IV.-Il est conclu pour une période de quatre ans.

Article R. 6146-9

Le projet de pôle définit, sur la base du contrat de pôle, les missions et responsabilités confiées aux structures internes, services ou unités fonctionnelles et l'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs qui sont assignés au pôle. Il prévoit les évolutions de leur champ d'activité ainsi que les moyens et l'organisation qui en découlent.

Le chef de pôle élabore dans un délai de trois mois après sa nomination un projet de pôle.

Article R. 6146-9-1

Le chef de pôle organise une concertation interne associant toutes les catégories du personnel.

Règlement intérieur de l'AP-HP :

Art. 10 - Organisation interne des groupes hospitaliers

Le groupe hospitalier est organisé en pôles hospitalo-universitaires (PHU) d'activités cliniques et médico-techniques. L'organisation des groupes hospitaliers en pôles est définie par le directeur général après concertation avec le directoire, avis du président de la commission médicale d'établissement et avis du comité technique d'établissement central.

L'organisation en pôles est proposée par le directeur du groupe hospitalier après concertation avec le comité exécutif, après avis du président de la commission médicale d'établissement locale, avis du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale et avis du comité technique d'établissement local. Les pôles sont placés sous la responsabilité d'un praticien chef de pôle. Les pôles d'activités peuvent comporter des structures internes de prise en charge des malades par les équipes médicales, soignantes et médico-techniques. Ces structures internes, constituées conformément à des règles d'organisation communes à l'ensemble des groupes hospitaliers, peuvent notamment porter le nom de service, de département, d'unité fonctionnelle ou d'unité clinique. Elles sont placées sous la responsabilité d'un praticien. Ces structures internes sont créées par décision du directeur du groupe hospitalier prise après concertation avec le comité exécutif, sur la base du contrat de pôle et sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la commission médicale d'établissement, avis du président de la commission médicale d'établissement locale et avis du comité technique d'établissement local.

Art. 11 - Nomination et missions du praticien chef de pôle

Le chef de pôle est nommé par le directeur général, pour une durée de quatre ans renouvelable, sur présentation d'une liste comprenant au moins trois propositions établie par le président de la commission médicale d'établissement conjointement avec le président du comité de coordination de l'enseignement médical.

Il met en oeuvre la politique de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Il organise, avec les équipes médicales, soignantes, médico-techniques, administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation de ses ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle, dans le respect de la déontologie et des règles professionnelles des personnels concernés et des missions et responsabilités des structures internes prévues par le projet du pôle. Le chef de pôle peut disposer d'une délégation de signature du directeur de groupe hospitalier.

Dans l'exercice de ses fonctions, il peut être assisté par un ou plusieurs collaborateurs, choisis parmi les cadres supérieurs paramédicaux et les cadres administratifs. Il en propose la nomination au directeur du groupe hospitalier. Si le pôle comporte une unité obstétricale, l'un de ces collaborateurs est une sage-femme.

Un contrat de pôle est signé entre le directeur général et chaque chef de pôle pour une durée de quatre ans. Il définit les objectifs, notamment en matière de politique et de qualité des soins, assignés au pôle ainsi que les moyens qui lui sont attribués. Il prévoit les indicateurs retenus pour l'évaluation de ces objectifs. La signature du contrat de pôle s'effectue sur proposition du directeur du groupe hospitalier après avis du président de la commission médicale d'établissement et du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale et information de la commission médicale d'établissement locale. Le chef de pôle élabore un projet de pôle qui définit, sur la base du contrat de pôle, les missions et les responsabilités confiées aux structures internes et l'organisation mise en oeuvre pour atteindre les objectifs qui sont assignés au pôle. Il prévoit les évolutions de leur champ d'activité ainsi que les moyens et l'organisation qui en découlent. Les comités techniques d'établissement locaux sont informés sur les contrats de pôles.

Art. 12 - Nomination et missions des responsables de structures internes des pôles

Les responsables des structures internes des pôles assurent la mise en oeuvre des missions assignées à la structure dont ils ont la responsabilité

et la coordination de l'équipe médicale qui s'y trouve affectée. Ils sont nommés par le directeur du groupe hospitalier sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la

commission médicale d'établissement et avis conjoint du président de la commission médicale d'établissement locale et du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale concernée.

Art. 13 - Nomination et affectation des praticiens hospitaliers

La nomination des praticiens hospitaliers (à temps plein, à temps partiel) au sein du groupe hospitalier est prononcée, sur proposition du directeur général, par arrêté du directeur général du Centre national de gestion. Leur affectation est prononcée par le directeur général sur un poste vacant du pôle d'activités, sur proposition du chef de pôle et du président de la commission médicale d'établissement, après avis du directeur du groupe hospitalier et, s'il y a lieu, du responsable de la structure interne concernée.

Art. 15 – Autres modalités d'organisation

Il peut être constitué des structures médicales et médico-techniques communes à deux ou plusieurs groupes hospitaliers. Un règlement intérieur spécifique est établi par les directeurs des groupes hospitaliers concernés pour définir la répartition des activités et des moyens, y compris des ressources humaines, entre les structures concernées, le contrôle du déroulement budgétaire ainsi que les modalités selon lesquelles s'exerce l'autorité des directeurs des groupes hospitaliers sur les personnels de la structure.

En vue de concourir à la mise en œuvre d'objectifs communs de soins, d'enseignement et de recherche, le pôle peut constituer, avec d'autres organismes universitaires et scientifiques, un département hospitalouniversitaire (DHU). Un contrat entre l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, la ou les universités et le ou les organismes de recherche concernés définit l'organisation ainsi que les conditions de fonctionnement et de gouvernance de ce département. Le comité de la recherche en matière biomédicale en santé publique en est saisi pour avis ; le comité de la recherche en matière biomédicale et en santé publique local en est informé.

La création des structures visées au présent article donne lieu à une information de la commission médicale d'établissement locale et à la consultation du comité technique d'établissement local et du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail local des groupes hospitaliers concernés.