

# **Annexe 17**

## **du règlement intérieur de l'AP-HP**

**Principes essentiels du  
fonctionnement des pôles**

## Sommaire

### I. Les structures médicales à l'AP-HP

I.I. Pôles, structures internes des pôles et fédérations

I.II. Création, modification et suppression des structures médicales

### II. La gouvernance du pôle

II.I Nomination, fonctions et missions

1. Chef de pôle
  - A. Nomination et fin de fonctions du chef de pôle
  - B. Missions du chef de pôle
2. Praticien adjoint au chef de pôle
3. Directeur référent
4. Collaborateurs du chef de pôle
  - A. Cadre paramédical de pôle
  - B. Cadre administratif de pôle
5. Chefs de service et responsables d'unités fonctionnelles
  - A – Nomination et fin de fonctions des chefs de service ou responsables d'unités fonctionnelles de pôle
  - B – Nomination des responsables d'unités fonctionnelles de service
  - C-Fin de fonctions des chefs de service ou responsables d'unités fonctionnelles
  - D – Missions des chefs de service et des responsables d'unités fonctionnelles
6. Coordonnateur médical de fédération
7. Notion d'autorité fonctionnelle

II.II Formation des chefs de service et des responsables d'unités fonctionnelles

II.III Entretien annuel avec les chefs de service et les responsables d'unités fonctionnelles

### III – Contrats, projets et gestion du pôle

III.I Le contrat de pôle

III.II Le projet de pôle

III.III Délégations de signature

III.IV Gestion en matière de ressources humaines médicales

III.V Gestion en matière de ressources humaines non médicales

III.VI Investissements et crédits d'entretien et de maintenance

III.VII Crédits d'exploitation

III.VIII Bilan et intéressement

III.IX Outils de gestion mis à disposition des pôles

### IV - Modalités de concertation interne

IV.I - Organes de concertation

- 1- Bureau de pôle
- 2- Conseil de pôle
- 3- Conseil de service ou d'unité fonctionnelle de pôle
- 4- Conseil de fédération

IV.II Communication interne au pôle

### V - Relations avec les autres pôles et participation à la gouvernance du groupe hospitalier

# I. Les structures médicales à l'AP-HP

## I.I Pôles, structures internes des pôles et fédérations

L'Assistance publique-hôpitaux de Paris est organisée au plan médical en pôles d'activité hospitalo-universitaires.

Les pôles d'activité cliniques ou médico-techniques sont composés de structures internes de prise en charge des malades par les équipes médicales et paramédicales, qui sont soit des services soit des unités fonctionnelles.

Chaque structure est obligatoirement placée sous la responsabilité d'un praticien. Son appellation (service, département, centre, institut, secteur, etc.) est fixée par le directeur du groupe hospitalier sur proposition du chef de pôle.

### • Les pôles d'activité

Les pôles d'activité sont constitués conformément au projet médical d'établissement.

Ils sont dotés d'une masse critique suffisante pour constituer le support d'une gestion déconcentrée et d'une démarche de contractualisation.

### • Les services et les unités fonctionnelles

Les services assurent, au plan médical et paramédical, la prise en charge du patient, la mise au point des protocoles médicaux, l'évaluation des pratiques professionnelles et des soins, la recherche, qu'elle soit médicale ou paramédicale, et l'enseignement.

Ils peuvent être composés d'unités fonctionnelles de service (UFS).

Des unités fonctionnelles peuvent également être rattachées directement à un pôle pour gérer des plateformes médico-techniques, des structures alternatives à l'hospitalisation ou d'autres activités spécifiques. Elles sont alors appelées unités fonctionnelles de pôle (UFP).

### • Les fédérations

Les pôles, les services et les unités fonctionnelles, tout en conservant leur gestion propre, peuvent être réunis en fédérations, en vue du rapprochement d'activités médicales complémentaires. Les responsables des structures médicales concernées en rédigent, à cet effet, le projet médical.

Ces fédérations sont dites :

- fédération « supra-GH » lorsqu'elles sont constituées entre structures relevant de plusieurs groupes hospitaliers distincts,
- fédération « intra-GH » lorsqu'elles sont constituées entre structures relevant d'un même groupe hospitalier.

Les activités de la fédération sont placées sous la responsabilité d'un coordonnateur médical, biologiste, pharmacien ou odontologiste hospitalier.

L'organisation, le fonctionnement et l'intitulé de la fédération sont définis par un protocole. Ce protocole est arrêté par les directeurs des groupes hospitaliers concernés, après avis des présidents des commissions médicales d'établissement locales, des comités techniques d'établissement locaux et des directeurs d'unité de formation et de recherche (UFR) concernés, en accord avec les chefs de pôles concernés.

Ce protocole précise notamment la nature et l'étendue des activités de la fédération, les modalités d'association des personnels à ses activités ainsi que les conditions de désignation et le rôle du coordonnateur médical.

Les fédérations « supra GH » peuvent se constituer en pôle « supra GH ».

### **Les départements hospitalo universitaires (DHU).**

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). 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 DHU 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.

## **I.II Création, modification et suppression des structures médicales**

L'organisation en pôles des groupes hospitaliers est proposée par le directeur du groupe hospitalier, après concertation avec le comité exécutif, après avis du président de la CMEL, avis du directeur de l'UFR médicale et avis du CTCL.

Les pôles d'activité sont créés, modifiés ou supprimés par le directeur général après concertation avec le directoire, avis du président de la CME, de la commission médicale d'établissement et du comité technique d'établissement central.

Est considéré comme une modification du pôle tout ajout ou suppression d'activité dévolue au pôle et figurant dans l'arrêté constitutif du pôle.

Les services sont créés, modifiés ou supprimés 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 CME, du président de la CME locale et avis du CTE local.

Est considéré comme une modification du service tout changement de périmètre du service se traduisant par l'ajout ou le retrait d'une unité fonctionnelle de service.

Les unités fonctionnelles sont créées et supprimées selon les mêmes modalités que les services.

Les fédérations « supra-GH » sont créées, modifiées ou supprimées par le directeur général, après concertation avec le directoire.

La création, modification ou suppression d'une fédération « supra GH » est :

- soit effectuée à la demande du directeur général après concertation avec le directoire,
- soit proposée par les directeurs des groupes hospitaliers.

La création, la modification ou la suppression d'une fédération « supra GH » est effectuée après avis du président de la CME, de la commission médicale d'établissement et du comité technique d'établissement central, après concertation avec les comités exécutifs et les responsables des structures médicales concernées, avis du ou des directeurs des UFR médicales concernée(s), des présidents des CMEL concernés, et avis des CTEL concernés.

Les fédérations « intra-GH » sont créées, modifiées ou supprimées par le directeur du groupe hospitalier, après concertation avec le comité exécutif, et les responsables des structures médicales concernées, après avis du président de la CME, du directeur de l'UFR médicale et après avis du président de la CMEL et du CTEL.

Est considéré comme une modification de la fédération tout changement de périmètre de la fédération se traduisant par l'ajout ou le retrait d'une structure médicale.

Les décisions qui se limitent à modifier l'appellation des pôles ou fédérations supra-GH font l'objet d'une décision du directeur général après concertation avec le directoire. Celles qui se limitent à modifier l'appellation des services, unités fonctionnelles et fédérations intra-GH font l'objet d'une décision du directeur du groupe hospitalier, après concertation avec le comité exécutif.

## II. La gouvernance du pôle

### II.I Nomination, fonctions et missions

#### 1- Chef de pôle

##### A - Nomination et fin de fonctions du chef de pôle

###### Nomination

Le chef de pôle est nommé, pour une période de quatre ans renouvelable, par le directeur général sur proposition conjointe du président de la commission médicale d'établissement et du président du comité de coordination de l'enseignement médical.

###### Fin de fonctions

Il peut être mis fin dans l'intérêt du service aux fonctions de chef de pôle par décision du directeur général après avis 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.

##### B - Les missions du chef de pôle

Le chef d'un pôle d'activité clinique ou médico-technique met en œuvre la politique de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Il organise, avec les équipes médicales, paramédicales, 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 services ou unités fonctionnelles (UFP et UFS) prévues par le projet de pôle. Dans l'exercice de ses fonctions, il peut être assisté par un cadre administratif de pôle et un cadre paramédical de pôle, choisis parmi les cadres 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. Le chef de pôle organise la concertation interne et favorise le dialogue avec l'ensemble des personnels du pôle.

Le chef de pôle :

- élabore, sur la base du contrat de pôle, le projet de pôle à partir du projet médical et du projet de soins de l'AP-HP et du groupe hospitalier. Il inscrit dans le projet de pôle les engagements concrets relatifs à la politique managériale du pôle ;

- promeut une politique d'enseignement et de recherche conforme à la dimension hospitalière et universitaire de son pôle, en collaboration étroite avec les responsables des services ou unités fonctionnelles (UFP et UFS) de son pôle. Les financements obtenus au titre des missions d'enseignement, de référence et d'innovation (MERRI) sont répartis par le groupe hospitalier entre

les pôles et leurs structures internes au regard des indicateurs d'activité définis au niveau national. Leur montant et leur répartition sont retracés dans un document annuel, transmis au chef de pôle ;

- organise au sein du pôle les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;

- développe des complémentarités et des coopérations avec les autres pôles du groupe hospitalier et de l'AP-HP ;

- représente au sein du groupe hospitalier le pôle et les équipes qui le constituent, dans le respect des responsabilités et compétences propres à chacun des professionnels qui y exercent ;

- prépare avec le cadre administratif du pôle et le cadre paramédical du pôle les objectifs et les demandes de moyens du pôle. Il les négocie avec le directeur du groupe hospitalier. Il est responsable de leur mise en œuvre ;

- rend compte régulièrement au directeur du groupe hospitalier de la réalisation des objectifs fixés au pôle à partir des indicateurs qualitatifs et quantitatifs prévus dans le contrat 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 et de prise en charge des usagers (QSS et CAPCU). Au sein du pôle, Il désigne à ce titre un correspondant/référent dans les différents domaines de la qualité et sécurité des soins (CLAN, CLUD, hémovigilance, etc) ;

- évalue périodiquement l'adéquation de l'organisation et des moyens de prise en charge des patients par l'équipe médico-soignante avec les objectifs de qualité et gestion des risques ;

- propose la création, la modification ou la suppression des structures internes du pôle au directeur du groupe hospitalier ;

- rend un avis sur la nomination des responsables des structures internes ;

- s'assure de la mise en œuvre au sein du pôle de la politique de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris en matière de prévention des risques professionnels, d'amélioration des conditions de travail, de prévention des situations conflictuelles ou à risques ainsi que des conditions de la qualité de vie au travail ;

- favorise le développement des compétences et du savoir-faire des personnels médicaux et paramédicaux ;

- gère les ressources de son pôle en conformité avec la politique définie par le directeur du groupe hospitalier en veillant à l'efficacité de cette gestion ;

- dans tous les domaines énumérés par l'article R. 6146-8 du Code de la santé publique, exerce une responsabilité de gestion précisée dans le contrat de pôle ;

- s'assure 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) ;

- a autorité fonctionnelle sur l'ensemble du personnel du pôle.

## **2- Praticien adjoint au chef de pôle**

En considération de la taille du pôle d'activité, de son éventuel caractère multi-site et de la nécessité d'y coordonner ses activités de façon spécifique, un ou plusieurs praticiens adjoints au chef de pôle peut être désigné par le directeur du groupe hospitalier sur proposition du chef de pôle et après avis du président de la commission médicale d'établissement locale.

Sous l'autorité du chef de pôle, le praticien 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 dans une lettre de mission. Il assure cette fonction dans le respect des prérogatives et attributions dévolues aux chefs de service, et aux praticiens responsables d'unités fonctionnelles 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- Directeur référent**

Un directeur référent peut être désigné au sein de l'équipe de direction, pour chaque pôle d'activités, par le directeur du groupe hospitalier. Il représente en gestion courante la direction du groupe hospitalier auprès du chef de pôle. Il assiste le chef de pôle dans la mise en œuvre des projets de pôle.

Il conseille le chef de pôle dans la préparation du projet de pôle, du contrat de pôle, des prévisions annuelles d'activité et du rapport d'activité annuel du pôle. Il procède avec le chef de pôle, le cadre paramédical et le cadre administratif de pôle au suivi de l'évolution des ressources du pôle ainsi qu'à l'évaluation et à l'analyse de son activité. Il participe à la définition des indicateurs spécifiques au pôle, nécessaires au bon suivi de la mise en œuvre du contrat.

Il participe à l'analyse de la cohérence des projets du pôle avec le projet d'établissement et le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens passé entre l'Assistance publique – hôpitaux de Paris et l'agence régionale de santé d'Ile de France.

## **4. Collaborateurs du chef de pôle**

Le chef de pôle, dans l'exercice de ses fonctions, peut être assisté par un ou plusieurs collaborateurs, choisis parmi les cadres paramédicaux et les cadres administratifs, formés à cette fonction. 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.

### **A. Cadre paramédical de pôle (CPP)**

Sous l'autorité fonctionnelle du chef de pôle, le cadre paramédical de pôle organise la continuité, la qualité et la sécurité des activités paramédicales au sein du pôle, ainsi que l'affectation des ressources humaines paramédicales nécessaires aux activités et objectifs du pôle. Il peut être assisté d'un cadre paramédical de pôle adjoint choisis parmi les cadres de santé du pôle. Ces adjoints le suppléent en son absence.

Le cadre paramédical de pôle :



- contribue à l'élaboration du projet de pôle dans son champ de compétence et veille à sa mise en œuvre et à son évaluation en lien avec la direction des soins du groupe hospitalier ;
- planifie, organise, coordonne et contrôle 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 ;
- développe, au sein du pôle, une politique d'amélioration des conditions d'accueil et de prise en charge des patients ;
- participe à l'élaboration du projet d'encadrement et du projet managérial du pôle ; il en assure la mise en œuvre et le suivi ;
- 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 ;
- contribue à l'efficacité de la gestion des ressources avec le chef de pôle ;
- participe et promeut les missions d'enseignement et de recherche du pôle ;
- organise avec le chef de pôle la communication et la concertation interne au pôle ;
- rend compte auprès du coordonnateur général des soins des actions conduites en lien avec le projet de soins.

### *B. Cadre administratif de pôle (CAP)*

Le cadre administratif de pôle :

- 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,
- prépare les négociations budgétaires et assiste le chef de 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,
- participe à la préparation des dossiers d'autorisation et d'agrément ainsi que des décisions de configuration des structures internes du pôle,
- analyse les tableaux de bord et indicateurs mensuels transmis par la direction du groupe hospitalier et du médecin responsable de l'activité médicale (DIM),
- s'assure de la gestion des crédits délégués au pôle et contribue à l'efficacité de cette gestion
- prépare l'élaboration et la diffusion du suivi des indicateurs du contrat de pôle, en regard des objectifs contractualisés,
- facilite l'appropriation des enjeux médico-économiques par le personnel du pôle,
- prépare avec le chef de pôle et le cadre paramédical de pôle les réunions du bureau de pôle,
- peut se voir confier l'encadrement de certaines catégories de personnel du pôle.

## 5. Chefs de service et responsables d'unité fonctionnelle

### *A – Nomination des chefs de service ou responsables d'unité fonctionnelle de pôle*

Les chefs de service et les responsables d'unité fonctionnelle de pôle sont nommés par le directeur général ou, en vertu de la délégation qu'il leur a accordée, par le directeur du groupe hospitalier pour une durée de quatre ans renouvelable sur proposition du président de la commission médicale d'établissement, après avis du chef de pôle 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.

Pour les premières candidatures à un poste de chef de service ou de responsable d'unité fonctionnelle de pôle ou en cas de pluralité de candidatures lors d'un renouvellement, le président de la commission médicale d'établissement recueille au préalable l'avis d'une commission ad hoc composée au minimum du président de la commission médicale d'établissement locale, du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale concernée, du directeur du groupe hospitalier, du chef de pôle, auxquels peuvent s'adjoindre des personnalités qualifiées pour le lien qu'elles entretiennent avec le service concerné comme les chefs de service en lien avec le service.

La commission ad hoc auditionne le ou les candidats sur leur projet de service ou d'unité ainsi que sur le projet de management, et émet un avis sur la candidature, qui est transmis au président de la commission médicale d'établissement et au directeur général.

La commission prend toute information nécessaire auprès des praticiens titulaires du service ou de l'unité et du cadre paramédical. Elle est destinataire du bilan du précédent mandat qui a été présenté en conseil de service.

En cas d'absence de candidature émanant du groupe hospitalier ou en cas d'absence d'avis favorable de la commission ad hoc sur la ou les candidatures présentées, une procédure d'appel à candidatures est mise en place ouverte aux candidats internes ou externes au groupe hospitalier. La commission ad hoc est dans ce cas saisie dans les mêmes conditions.

Dans ces cas, la commission ad hoc peut s'adjoindre deux personnalités extérieures au groupe hospitalier, désignées conjointement par le directeur du groupe hospitalier, le président de la commission médicale d'établissement locale et le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale.

La procédure d'avis préalable de la commission ad hoc n'est pas applicable aux nominations effectuées au sein de l'hospitalisation à domicile et des hôpitaux ne faisant pas partie d'un groupe hospitalier.

S'ils le souhaitent, les candidats non retenus peuvent bénéficier d'un entretien avec le directeur du groupe hospitalier, le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale concernée et le président de CME locale au cours duquel seront notamment évoqués les motifs du choix effectué ainsi que les perspectives de carrière de l'intéressé.

En cas de renouvellement à un poste de chef de service ou de responsable d'unité fonctionnelle de pôle et en l'absence d'autre candidature, le candidat à son renouvellement présente devant le comité exécutif un rapport sur l'activité de son service ou de son unité et sur sa gestion des ressources humaines. Ce rapport porte notamment sur la mobilité des personnels médicaux,

paramédicaux et des cadres ainsi que sur la réalisation d'entretiens annuels avec les praticiens du service ou de l'UFP. Lorsque le directeur du GH, le président de la CME locale et le chef de pôle le décident, un second rapport est réalisé par un tiers extérieur qu'ils désignent. Le conseil de service ou d'unité fonctionnelle de pôle consacre une séance au bilan des actions menées au cours du mandat précédent et aux propositions d'évolution de l'organisation et du fonctionnement du service ou de l'unité.

Cette gestion peut également faire l'objet d'un rapport établi par une personnalité qualifiée extérieure désignée conjointement par le président de CME locale et le directeur du groupe hospitalier. Ces rapports sont transmis au président de CME et à la direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités.

### *B – Nomination des responsables d'unité fonctionnelle de service*

Les responsables d'unité fonctionnelle de service sont nommés par le directeur du groupe hospitalier sur proposition du président de la commission médicale d'établissement, après avis du chef de pôle 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.

### *C-Fin de fonctions des chefs de service ou responsables d'unité fonctionnelle de pôle ou de service*

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

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

### *D – Missions des chefs de service et des responsables d'unité fonctionnelle de pôle ou de service*

Les chefs de service et les responsables d'unité fonctionnelle de pôle ou de service assurent la conduite générale du service ou de l'unité fonctionnelle dont ils sont en charge, la mise en œuvre des missions qui leur sont assignées et la coordination de l'équipe médicale qui s'y trouve affectée, dans le respect de la responsabilité médicale de chaque praticien. Ils établissent notamment les tableaux de service nominatifs prévisionnels et réalisés du service ou de l'unité fonctionnelle.

Ils élaborent avec le conseil de service ou le conseil de l'unité fonctionnelle de pôle, en conformité avec le contrat et le projet de pôle, un projet de service ou d'unité fonctionnelle de pôle, qui prévoit l'organisation générale, les orientations d'activité ainsi que les actions à mettre en œuvre pour développer la qualité et l'évaluation des soins.

## **6. Exercice provisoire ou par intérim de fonctions de responsabilité médicale**

En cas de vacance des fonctions de chef de pôle et pendant le temps nécessaire à la mise en œuvre de l'article 11, le directeur général peut désigner un praticien de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris, répondant aux conditions légales requises, pour exercer provisoirement ces fonctions après avis du directeur du groupe hospitalier, avis du président de la commission médicale d'établissement, et sur proposition conjointe du président de la commission médicale d'établissement locale et du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale concernée.

En cas de vacance des fonctions de responsable de structure interne de pôle et pendant le temps nécessaire à la mise en œuvre de l'article 12, le directeur du groupe hospitalier peut désigner un praticien de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris, répondant aux conditions légales requises, pour exercer provisoirement ces fonctions, après avis du chef de pôle, avis conjoint du président de la commission médicale d'établissement locale, du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale concernée (s'il y a lieu) et, le cas échéant, avis du directeur du groupe hospitalier dont relève le praticien et du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale concernée si ce groupe hospitalier est différent de celui où il exercera provisoirement ces fonctions.

Dans ces deux cas, pour garantir dans l'immédiat l'exercice d'une fonction de responsabilité médicale sur la structure concernée, le directeur général s'agissant des pôles ou le directeur du groupe hospitalier pour les structures internes de pôle désigne un praticien pour l'en charger à titre intérimaire.

## **7. Coordonnateur médical de fédération**

Le coordonnateur médical d'une fédération supra-GH est désigné :

- par le directeur général de l'AP-HP,
- sur proposition conjointe du ou des directeurs de groupes hospitaliers et des présidents de CMEL,
- après avis du président de la commission médicale d'établissement, des directeurs d'unité de formation et de recherche concernés et des chefs de pôles concernés.

Le coordonnateur médical d'une fédération intra-GH est désigné :

- par le directeur du groupe hospitalier,
- sur proposition du président de la CMEL
- après avis du directeur d'unité de formation et de recherche concerné et des chefs de pôles concernés.

## **8. Notion d'autorité fonctionnelle**

Le 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 et de ses annexes annuelles), en vue d'assurer le bon fonctionnement de son pôle.

Il exerce à cet effet une « autorité fonctionnelle » sur les équipes médicales, paramédicales, administratives et d'encadrement du pôle.

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

- sous l'autorité hiérarchique du directeur du groupe hospitalier,
- sur l'ensemble des personnels du pôle, y compris sur l'encadrement du pôle et les responsables de ses structures internes.

L'autorité fonctionnelle s'entend par :

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

En revanche, elle ne comprend 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.

Les responsables des services et unités fonctionnelles disposent également d'une autorité fonctionnelle sur les personnels de la structure dont ils ont la charge.

Les chefs de service et les responsables des unités fonctionnelles sont chargés de veiller, sous l'autorité fonctionnelle du chef de pôle, à ce que ces structures remplissent les objectifs qui leur ont été assignés.

L'autorité fonctionnelle dont disposent les responsables médicaux sur les personnels médicaux qui leur sont affectés s'exerce dans le respect :

- de la déontologie et de l'indépendance professionnelle de chaque praticien, par référence à l'article 95 du code de déontologie médicale. Cet article prévoit que le fait pour un médecin d'être lié dans le cadre de son exercice professionnel à son établissement n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions, et que le médecin doit notamment toujours agir, en priorité, dans l'intérêt de la santé publique et dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité.
- des missions et responsabilités des services et unités fonctionnelles telles que prévues par le projet de pôle.

## **II.II Formation des chefs de service et des responsables d'unités fonctionnelles**

Dans les deux mois suivant leur nomination, le directeur du groupe hospitalier propose aux chefs de service et aux responsables d'unité fonctionnelle de pôle ou de service une formation adaptée à l'exercice de leurs fonctions.

Il est proposé à tout nouveau chef de service ou responsable d'unité fonctionnelle de pôle qui le souhaite un dispositif d'accompagnement dans sa prise de fonctions.

## II.III Entretien annuel de bilan et de projet

Un entretien annuel individuel est organisé pour chaque praticien exerçant au moins à mi-temps. Il constitue un temps d'expression et d'écoute mutuelle.

Il porte sur le bilan des actions menées au cours de l'année, envisage les projets de l'année à venir ainsi que l'avenir professionnel. Il fait l'objet d'un document daté et signé attestant que l'entretien s'est déroulé. Si un compte rendu commun est rédigé, sa rédaction peut s'appuyer sur la grille d'entretien annuel. Le compte rendu est conservé au sein de la structure médicale concernée. Une copie en est communiquée au praticien.

En cas de difficultés, le chef de service en informe le directeur du groupe hospitalier et le président de la CMEL.

Cet entretien annuel individuel est organisé :

- 1°. pour chaque chef de pôle avec le directeur du groupe hospitalier, le directeur de l'UFR et le président de la CMEL ;
- 2°. pour chaque chef de service et responsable d'unité fonctionnelle de pôle avec son chef de pôle ;
- 3°. pour chaque responsable d'unité fonctionnelle de service avec le chef de service ;
- 4°. pour chaque praticien exerçant au moins à mi-temps avec le chef de service, qui peut déléguer cette responsabilité au responsable d'unité fonctionnelle dont relève le praticien.

La bonne réalisation des entretiens annuels fait partie des indicateurs figurant dans le rapport remis par les chefs de service ou responsables d'unité fonctionnelle lors de leur renouvellement et par les chefs de pôle dans le bilan de leur mandat.

En cas de difficultés ultérieures, ces comptes rendus font partie des éléments portés à la connaissance de ceux qui doivent traiter ces difficultés.

S'agissant des cadres, un entretien annuel individuel est également organisé :

- 1° pour le cadre paramédical de pôle, avec le coordonnateur général des soins
- 2° pour le cadre administratif de pôle, avec le directeur fonctionnel dont il relève.

## III. Contrats, projets et gestion du pôle

### III.I – Le contrat de pôle

Un contrat de pôle est signé entre le directeur général et chaque chef de pôle pour une durée de quatre ans. Ce contrat de pôle est contresigné par le président de la commission médicale d'établissement qui atteste, ainsi, par sa signature, la conformité du contrat avec le projet médical de l'établissement, ainsi que par le président du comité de coordination du comité de l'enseignement médical, la CMEL en étant informée. 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 évaluer la réalisation de ces objectifs

Le contrat de pôle définit par ailleurs le champ et les modalités d'une délégation de signature qui peut être accordée au chef de pôle. (cf. III.III. Délégations de signature)

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.

Le contrat de pôle précise le rôle du chef de pôle en matière de ressources humaines médicales et non médicales, d'investissements et de crédits d'entretien et de maintenance et de crédits d'exploitation en se fondant sur un socle de compétence. Ces compétences sont exercées directement par le chef de pôle ou par l'intervention de ses collaborateurs et responsables de structures internes sur lesquels il exerce un contrôle direct.

#### *Déclinaison annuelle du contrat de pôle*

Le directeur du groupe hospitalier signe la déclinaison annuelle du contrat de pôle avec le chef de pôle. Cette déclinaison formalisée par une annexe au contrat de pôle, précise les objectifs négociés, notamment en matière d'activité et de moyens alloués pour l'année à venir, ainsi que les indicateurs de suivi identifiés. Elle 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.

### **III.II – Projets de pôle, de service et d’unité fonctionnelle de pôle**

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 services, unités fonctionnelles de pôle et unités fonctionnelles de service et l’organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs qui sont assignés à son pôle. Il prévoit les évolutions de leur champ d’activité ainsi que les moyens et l’organisation qui en découlent.

Chaque pôle, chaque service et chaque unité fonctionnelle de pôle est doté d’un projet de pôle, de service ou d’unité fonctionnelle établi respectivement par le chef de pôle, le chef de service ou le responsable d’unité fonctionnelle de pôle en concertation avec leurs équipes.

Ce projet est rédigé dans un délai de trois mois après la nomination du responsable concerné sur la base et après la signature du contrat de pôle.

Le projet de pôle définit de façon opérationnelle comment atteindre les objectifs du contrat de pôle :

- déclinaison des objectifs stratégiques en objectifs et projets opérationnels ;
- élaboration de plan d’actions définissant les chantiers à conduire, les méthodes de travail ;
- les modalités d’implication des différents acteurs au sein du pôle.

### **III.III. Délégations de signature**

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

1° Dépenses de crédits de remplacement des personnels non permanents ;

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.IV Gestion en matière de ressources humaines médicales**

Le chef de pôle a connaissance des moyens de fonctionnement en personnel médical qui lui sont alloués 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 chef de pôle et la direction du groupe hospitalier et entre la direction du groupe hospitalier et la direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU) s'agissant des personnels titulaires.

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

Pour l'exercice des missions qui lui sont confiées par le contrat de pôle, le chef de pôle, en lien avec la direction du groupe hospitalier et en associant les responsables des structures internes du pôle :

■ gère le tableau prévisionnel des effectifs rémunérés (TPER) du personnel médical « junior » du pôle et l'affectation interne des moyens, et notamment :

- les demandes de postes d'internes à offrir au choix dans les structures internes au pôle,
- les demandes de recrutement de personnels médicaux en formation « faisant fonction d'internes »,

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

- les demandes de poste d'assistants spécialistes,
- les demandes de postes de praticiens hospitaliers.

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 chef de pôle peut en cours d'année proposer des modifications, soit pérennes, soit non pérennes, de la répartition des ressources du pôle 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. Cet état est examiné par le comité exécutif qui établit le classement des demandes 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.

Le chef de pôle :

- propose la nomination des praticiens hospitaliers et donne un avis motivé à l'issue de la période probatoire,
- propose le recrutement des praticiens contractuels (praticiens attachés, assistants, praticiens contractuels),

- propose la participation de professionnels de santé libéraux aux activités du pôle dans le cadre de l'article L.6146-2 du Code de la santé publique.

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 le compte épargne temps (CET) formulées par les personnels médicaux du pôle,
- donne son avis sur les premières demandes et les demandes de renouvellement d'exercice d'activité libérale 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.

### **III.V Gestion en matière de ressources humaines non médicales**

Le chef de 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 personnels permanents et moyens de remplacement définis par le groupe hospitalier. 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 chef de 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.

Pour l'exercice des missions qui lui sont confiées par le contrat de pôle, le chef de pôle gère le tableau prévisionnel des effectifs rémunérés du personnel permanent, en concertation avec le cadre paramédical du pôle, ainsi que les moyens de remplacement du pôle et notamment l'affectation interne des moyens.

Le chef de pôle propose l'affectation 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 sur la répartition des personnels non médicaux au sein du pôle et de ses modifications.

Le chef de pôle donne un avis sur proposition du cadre paramédical de pôle sur la promotion interne des personnels non médicaux qui lui sont affectés.

### **III.VI 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.

Le chef de 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 et des moyens mobilisés pour leur entretien et leur exploitation.

Le chef de 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 le directeur général des différents plans annuels d'investissement.

Ces équipements et locaux font l'objet d'un inventaire annuel avec une information sur les contrats de garantie. Les taux de vétusté, d'intervention et 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.

Pour l'exercice des missions qui lui sont confiées par le contrat de pôle, le chef de pôle :

- est responsable de cet inventaire. Il informe la direction du groupe hospitalier de ses principales évolutions (sorties, entrées, disparitions) ;
- le chef de pôle tient à jour la liste des matériels « mis à disposition » au sein du pôle et en tient informé la direction du GH ;
- priorise chaque année les demandes en matière d'équipement médical et non médical, et en matière de travaux à réaliser ;

- 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.

### **III.VII Crédits d'exploitation**

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

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 chef de pôle et la direction du groupe hospitalier et s'effectue dans le respect des objectifs budgétaires fixés au groupe hospitalier lors des conférences budgétaires de pôle.

L'utilisation des moyens fait l'objet d'un suivi auxquels prennent part le chef de pôle et ses collaborateurs ainsi que la direction du groupe hospitalier selon les modalités définies par le contrat. Le chef de pôle est responsable du suivi et de la maîtrise des moyens autorisés pour remplir les missions qui lui sont fixées.

### **III.VIII – Bilans et intéressement**

#### ***Bilan en cours de mandat***

Un bilan de pôle est présenté chaque année au comité exécutif du groupe hospitalier.

Selon le cycle de gestion interne retenu par le groupe hospitalier, 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 pôle et suivi sur les quatre années d'exécution, mentionné en annexe du contrat de pôle type.

- les indicateurs spécifiques par pôle retenus dans le cadre des déclinaisons annuelles du contrat de pôle. Pour chaque indicateur sont précisés le score actuel et le score contractualisé pour l'année concernée.

#### ***Bilan en fin de mandat***

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 du directeur général de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris.

### **Intéressement collectif**

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

Dans le cadre de la politique d'intéressement retenue par l'Assistance publique – hôpitaux de Paris, chaque groupe hospitalier peut mettre en place un dispositif d'intéressement collectif à l'exécution des contrats de pôle tenant compte des résultats de chaque pôle. Dans ce cadre, 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,
- les crédits d'intéressement alloués, le cas échéant, au pôle sont affectés à un besoin de fonctionnement ou d'investissement, mais, dans tous les cas, non pérenne,
- une discussion soit organisée au sein du pôle sur l'utilisation de ces crédits.

### **III.IX Outils de gestion mis à disposition des pôles**

Chaque pôle dispose 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, mentionné en annexe du contrat de pôle type,
- 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.

## IV - Modalités de concertation interne

Le chef de pôle organise la concertation au sein de son pôle en associant toutes les catégories de personnel et en facilitant leur expression directe et collective. Il veille notamment au fonctionnement régulier des conseils de service et d'unité fonctionnelle de pôle.

Les modalités de cette concertation sont exposées dans le projet de pôle.

Le chef de pôle associe les responsables de structures internes et ses collaborateurs à l'élaboration du projet de pôle et sa mise en œuvre.

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.

### IV.I Les organes de concertation

#### 1. Le bureau de pôle

Le chef de pôle organise un bureau de pôle comprenant des responsables médicaux, paramédicaux, administratifs et le directeur référent du pôle. Ce bureau peut être élargi à d'autres personnels du pôle ou restreint.

Il se réunit en tant que de besoin et selon une périodicité indiquée dans chaque contrat de pôle.

Le bureau de pôle peut être élargi à l'ensemble des chefs de service et responsables d'unité fonctionnelle et à l'encadrement paramédical de proximité. Il peut être ouvert à d'autres personnels du pôle. Il est force de proposition et de suivi de l'application du projet de pôle dans chaque unité ou service. Il est informé des conclusions des réunions de service.

Le bureau de pôle est un lieu de concertation sur les activités et le fonctionnement du pôle.

Une information et un échange sont organisés en bureau de pôle au moins une fois par an sur l'exécution du contrat de pôle.

#### 2. Le conseil de pôle

Le conseil de pôle est composé de l'ensemble des praticiens, des cadres et de tout autre agent désigné au sein du pôle.

Il s'assure de la qualité de l'information et favorise les échanges. Il est un des outils de la communication au sein du pôle.

Le conseil de pôle a notamment pour objet de :

- participer à l'élaboration du projet de contrat de pôle, du projet de pôle et du rapport d'activité du pôle,
- permettre l'expression des personnels,
- favoriser les échanges d'informations, notamment ceux ayant trait aux moyens afférents au pôle,

- faire toute proposition sur le fonctionnement du pôle et de ses structures internes (services et unités fonctionnelles), notamment quant à la permanence des soins et à l'établissement des tableaux de service.

Il concourt avec les conseils de service à la diffusion auprès de l'ensemble du personnel des informations du bureau de pôle.

Il est réuni à l'initiative du bureau de pôle.

### **3. Le conseil de service et d'unité fonctionnelle de pôle**

Chaque service ou unité fonctionnelle de pôle met en place un conseil de service ou conseil d'unité fonctionnelle de pôle.

Il a notamment pour objet de :

- permettre l'expression des personnels,
- favoriser les échanges d'informations, notamment celles ayant trait aux moyens afférents au service,
- participer à l'élaboration du projet de service ou d'unité et du rapport d'activité,
- faire toute proposition sur le fonctionnement du service.

Ce conseil est ouvert à l'ensemble du personnel du service ou de l'unité fonctionnelle de pôle.

Le chef de pôle veille au fonctionnement régulier des conseils de service et d'unité fonctionnelle de pôle, qui se réunissent au moins **X** fois par an.

Lors du renouvellement du chef de service ou d'unité, le conseil de service ou d'unité consacre une séance au bilan des actions menées au cours du mandat précédent et formule des propositions d'évolution de l'organisation et du fonctionnement du service ou de l'unité. Ce bilan et s'il y a lieu transmis à la commission ad hoc prévu à l'article 12 du présent règlement intérieur.

### **4. Le conseil de fédération**

Chaque fédération peut comprendre un conseil de fédération. Lorsque la fédération est constituée en pôle « supra-GH », ce conseil se substitue aux conseils des pôles membres de la fédération.

Sa composition et son fonctionnement sont fixés par le protocole visé au I. I de la présente annexe.

## **IV.II La communication interne au pôle**

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

Il veille à la bonne transmission à l'ensemble du personnel du pôle des informations relatives à l'activité, aux projets et au fonctionnement du pôle.

Il élabore des outils d'information et de communication spécifiques au pôle afin de favoriser l'information de ses équipes : newsletter, diffusion d'une synthèse de compte rendu des bureaux de pôle, etc.

## **V. Relations avec les autres pôles et participation à la gouvernance du groupe hospitalier**

Des protocoles internes, signés des chefs de pôle et visés par les directeurs des groupes hospitaliers et les responsables des services et unités fonctionnelles concernés, sont établis en tant que de besoin entre les pôles d'activités médicales et médico-techniques, afin d'organiser la prise en charge des patients dans le cadre de parcours de soins coordonnés et d'optimiser l'utilisation des ressources disponibles au sein de l'AP-HP et de ses groupes hospitaliers.

Les chefs de pôle sont étroitement associés à la gouvernance du groupe hospitalier dont ils relèvent afin d'assurer la mise en œuvre des projets de pôles. Ces projets sont établis en cohérence avec le projet d'établissement, les contrats de pôle, la démarche qualité et les actions de coopération. La participation et l'implication des chefs de pôle sont recherchées dans toutes les instances ou lieux de concertation où il est traité de la stratégie du groupe hospitalier ; il en est ainsi notamment en matière de qualité et de sécurité des soins ainsi que de conditions d'accueil et de prise en charge des patients. Les chefs de pôle participent notamment aux comités exécutifs (dans les conditions prévues à l'annexe 3 du présent règlement intérieur) et aux conférences stratégiques et budgétaires locales.



**FEDERATION**

**PROTOCOLE D'ORGANISATION**

*(modèle type à titre indicatif  
étant entendu que le protocole peut prévoir une gouvernance très allégée)*

*Préambule (évoquer ici le contexte médical, les ressources présentes, le projet médical, etc.)*

**Article 1er – Composition et intitulé de la fédération**

Les *(services, unités fonctionnelles,...)* ..... (le cas échéant : des groupes hospitaliers) .....  
*(préciser le cas échéant les sites hospitaliers....)* sont réunis en une fédération.

Cette fédération s'intitule : .....

**Article 2 - Objet de la fédération**

*Par exemple :*

La fédération (*nom de la fédération*) a pour objet :

... de réunir, coordonner, associer... les activités suivantes, dans la perspective d'un parcours de soins, de la mise en commun de compétences techniques et/ou des moyens suivants (*locaux, équipements, personnels...*), de la mise en œuvre d'un projet médical partagé et construit de façon pérenne pour une prise en charge optimisée des patients relevant des pathologies suivantes...

... d'optimiser les soins en termes de qualité et de coût,

... de développer les structures de soins et le suivi ambulatoire,

... de développer une coopération avec les médecins de ville,

etc.

*(Le cas échéant, renvoi à un projet médical de la fédération placé en annexe du protocole d'organisation)*

**Article 3 : Organes de la fédération**

*Par exemple :*

La fédération comprend :

- une instance consultative élargie : le conseil de fédération

- une instance décisionnelle restreinte : le comité permanent
- un coordonnateur médical, assisté d'un coordonnateur adjoint.

### **3.1 Le conseil de fédération**

*Par exemple*

#### **3.1.1 Composition**

Le conseil de fédération regroupe des représentants des différentes structures. Sa composition est la suivante :

- les praticiens titulaires en fonction au sein de la fédération
- un cadre de santé
- un cadre administratif
- un médecin titulaire temps plein d'un service associé
- le(s) président(s) de la ou des commission(s) médicale(s) d'établissement locale(s) du/des groupes hospitaliers concerné(s).

La durée du mandat des membres est de trois ans, renouvelable.

Le conseil peut décider d'inviter toute personne dont il juge utile la participation à la discussion d'un des points inscrits à l'ordre du jour de la réunion.

#### **3.1.2 Fonctionnement**

*Par exemple*

Le conseil de fédération se réunit sur convocation du coordonnateur ou à la demande de la moitié de ses membres et au moins une fois par an. Son ordre du jour est arrêté par le coordonnateur après consultation du comité permanent. Les décisions du conseil de fédération sont prises à la majorité simple des membres présents ou représentés dont le total lors du vote doit atteindre au moins la moitié des membres du conseil de fédération. En cas d'égalité, la voix du coordonnateur est prépondérante.

#### **3.1.3 Compétences**

*Par exemple*

Le conseil de fédération :

- fixe les orientations générales médicales et scientifiques de la fédération en s'assurant qu'elles sont en accord permanent avec le projet médical du (ou des groupes) hospitalier(s) concerné(s).
- définit ses modalités de fonctionnement et son organisation médicale et paramédicale,
- vote son rapport d'activité
- présente toute observation ou suggestion relative au fonctionnement de la fédération.

- définit les modifications éventuelles de composition de la fédération,
- organise, le cas échéant, la dissolution de la fédération.

### **3.2 Le comité permanent (le cas échéant)**

*Par exemple*

#### *3.2.1 Composition*

Le comité permanent est constitué pour trois ans parmi les membres du conseil de fédération.

Il se compose comme suit :

- le coordonnateur
- le coordonnateur adjoint
- les chefs de service ou leurs représentants
- les cadres de santé....
- les cadres administratifs de pôle concernés

Le comité peut inviter, sur proposition du coordonnateur, toute personne impliquée par une question à l'ordre du jour.

Les décisions du comité permanent sont prises à la majorité simple. En cas d'égalité, la voix du coordonnateur est prépondérante.

#### *3.2.2 Fonctionnement*

Le comité se réunit au moins une fois par an, sur convocation du coordonnateur ou sur demande d'un tiers des membres de la fédération et sur ordre du jour arrêté par le coordonnateur. Il ne peut se réunir valablement qu'en présence de la moitié au moins des membres. Si ce quorum n'est pas atteint, le coordonnateur procède à une seconde convocation dans un délai qui n'excède pas quinze jours. Aucun quorum n'est exigé pour cette seconde réunion.

Les délibérations du comité permanent sont prises à la majorité simple. Les débats et délibérations du comité font l'objet d'un procès-verbal diffusé à l'ensemble de ses membres. Ce procès-verbal est également communiqué au(x) directeur(s) du/des groupe(s) hospitalier(s) concerné(s).

#### *3.2.3 Compétences*

Le comité permanent est chargé d'animer l'activité médicale et les activités de recherche clinique de la fédération. Il prend, dans le cadre des orientations définies par le conseil, les décisions nécessaires à la réalisation des missions de la fédération.

### **3.3 Le coordonnateur**

*Par exemple*

#### *3.3.1 Désignation*

- Le coordonnateur médical d'une fédération supra-GH est désigné :
  - o par le directeur général de l'AP-HP,
  - o sur proposition conjointe du ou des directeurs de groupes hospitaliers et des présidents de CMEL,
  - o après avis du président de la commission médicale d'établissement, des directeurs d'unité de formation et de recherche concernés et des chefs de pôles concernés.
  
- Le coordonnateur médical d'une fédération infra-GH est désigné :
  - o par le directeur du groupe hospitalier,
  - o sur proposition du président de la CMEL
  - o après avis du directeur d'unité de formation et de recherche concerné et des chefs de pôles concernés.

### *3.3.2 Durée du mandat*

Le coordonnateur médical est désigné pour une durée de quatre ans, renouvelable.

### *3.3.3 Rôle et missions*

Il définit et coordonne les orientations médicales et scientifiques de la fédération en liaison avec les responsables des structures médicales concernées. Il veille à l'intégration des activités de la fédération dans les projets médicaux du/des groupe(s) hospitalier(s) concerné(s). Il assure le suivi des objectifs assignés à la fédération et établit le rapport d'activité qu'il transmet au(x) directeur(s) concerné(s).

Par ailleurs, il anime les instances de concertation de la fédération (conseil de fédération et comité permanent) et assure les liaisons de toute nature entre les différentes structures médicales composant la fédération.