



Inspection générale
des affaires sociales
RM2011-155P

Rapport de mission concernant l'évolution du GCS « hôpitaux pédiatriques de Nice CHU- Lénval »

RAPPORT

Établi par

Paul CASTEL

Membre de l'Inspection générale des affaires sociales

Synthèse

- [1] La Fondation Lenval, institution de soins pédiatriques niçoise ancienne, très fortement ancrée dans la ville, et le CHU de Nice ont créé fin 2008, un groupement de coopération sanitaire « expérimental » en application de l'article L.6133-5 du code de la santé publique.
- [2] Depuis l'été 2010, une première phase du regroupement est intervenue : sur le site de l'hôpital Lenval, les services de pédiatrie des deux institutions sont réunis à l'exception de la réanimation néonatale et de l'onco-hématologie pédiatrique qui restent provisoirement à l'hôpital de l'Archet.
- [3] Une deuxième phase reste à réaliser pour aboutir au projet final : réunir les activités de gynéco-obstétrique, qui sont à l'hôpital l'Archet, avec celles de pédiatrie, sur le site de l'hôpital Lenval.
- [4] Après 6 mois de fonctionnement du GCS - dont l'administrateur est le Directeur général de la Fondation Lenval - de nombreux problèmes créant des difficultés majeures de fonctionnement perturbaient de façon jugée importante par le Directeur général de l'ARS PACA, les évolutions attendues. Certains dysfonctionnements étaient signalés comme pouvant mettre en cause la sécurité des soins aux patients ou déboucher, compte tenu du climat social détérioré qui régnait, sur des questions de sécurité physique et psychique de certains salariés.
- [5] Le Directeur général de l'ARS PACA, eu égard à la multiplication des difficultés de tous ordres constatées a demandé au GCS de faire procéder à un audit sur le fonctionnement général du GCS et à un audit sur le système d'information.
- [6] Les conclusions de ces audits sont apparues comme fortement négatives sur plusieurs des volets majeurs de l'opération en cours. Les conclusions sur l'organisation générale du GCS étaient les plus péjoratives : elles confirmaient en particulier les risques existants pour la sécurité des patients, des personnels et soulignaient des problèmes de gouvernance et de management.
- [7] Ces conclusions ont été contestées vigoureusement par les responsables de la Fondation Lenval.
- [8] Le Directeur général de l'ARS PACA, considérant la situation potentiellement « dangereuse » a demandé, le 1^{er} février 2011, au Ministre de la santé, une mission d'appui IGAS. Le Ministre a saisi le Chef de l'IGAS de cette demande le 7 février 2011 et le Chef de l'IGAS a désigné Paul CASTEL, membre de l'IGAS, le 18 février pour cette mission qui a effectivement commencé fin mars 2011.
- [9] Il ressort en synthèse après plus de 5 mois d'écoute, de rencontres et d'entretiens, les préconisations suivantes de la part de la mission IGAS :
- [10] **PREMIERE RECOMMANDATION** : Confirmation claire, avec un calendrier adapté, par l'ARS PACA, du **caractère irréversible, indispensable et inéluctable**, d'ici 2016, du regroupement effectif des activités de la pédiatrie et de l'obstétrique dans un grand centre Femme Mère Enfant hospitalo-universitaire niçois (GCS établissement de santé). Ce regroupement devra se faire sur le site de l'actuel hôpital Lenval, accompagné **impérativement de la construction d'un édifice complémentaire**, avenue de la Californie, sur un terrain disponible, actuellement propriété de la Fondation Lenval.

- [11] **Echéance** : Début octobre 2011 au plus tard pour la communication par l'ARS PACA, actant le regroupement, son caractère indispensable, irréversible pour les phases 1 et 2 et fin 2015 ou 2016, si possible, pour le regroupement effectif de l'ensemble des activités concernées (plus rapidement pour l'onco et hématologie pédiatriques).
- [12] **DEUXIEME RECOMMANDATION** : Faire évoluer la clinique commerciale Santa Maria qui fonctionne au sein de la Fondation Lenval, fondation qui a des intérêts financiers dans cet établissement, vers un établissement privé à but non lucratif (ESPIC) et l'intégrer dans le GCS et le futur établissement de santé. Faute d'une telle solution, il convient de relocaliser cette clinique commerciale ailleurs.
- [13] **Echéance** : Début octobre 2011 au plus tard pour la communication sur l'exigence d'une évolution rapide vers un statut d'ESPIC ou une externalisation de la clinique. En 2016 cette situation devra avoir été réglée.
- [14] **TROISIEME RECOMMANDATION** : Réalisation d'une expertise juridique, financière et patrimoniale, sous l'autorité de l'ARS PACA, par des cabinets spécialisés choisis par l'ARS, dont l'expertise est reconnue, afin de déterminer les conditions dans lesquelles un établissement de santé sera mis en place d'ici la mi-2013.
- [15] **Echéance** : Expertises et négociations à mener entre octobre 2011 et mai 2012, décision ARS PACA en juin 2012.
- [16] **QUATRIEME RECOMMANDATION** : Elaboration d'un véritable projet d'établissement 2012-2016, articulé sur un projet médical hospitalo-universitaire, intégrant l'évolution vers le centre régional hospitalo-universitaire Femme Mère Enfant (inclusion de la phase 2 : transfert de la gynécologie obstétrique sur le site).
- [17] **Echéance** : Octobre 2011 à juin 2012.
- [18] **CINQUIEME RECOMMANDATION** : Mise au point d'un plan de retour à l'équilibre financier, contractualisé avec l'ARS, avec PGFP adapté et intégrant la construction d'un nouveau bâtiment.
- [19] **Echéance** : Mesures portant sur 2011 arrêtées en octobre 2011 (déficit envisagé : environ 5 M€ soit 7 à 8 % des recettes) et contrat de retour à l'équilibre signé avec l'ARS au printemps 2012.
- [20] **SIXIEME RECOMMANDATION** : Dans l'attente de la création en 2013 au plus tard d'un établissement de santé à partir du GCS expérimental, désignation d'un nouvel administrateur par l'assemblée générale, responsable du GCS, issu du CHU, eu égard au caractère illégitime, et sans doute à risque sur le plan légal, de la situation actuelle. Les qualités de gestionnaire du directeur de l'hôpital Lenval, administrateur actuel du GCS ne sont pas, à travers cette recommandation appuyée, en cause. Mais les fonctions importantes à impact décisionnel fort qu'il exerce dans la clinique commerciale Santa Maria, clinique dans laquelle en outre la Fondation Lenval a des intérêts juridiques, économiques et financiers, posent problème et ne sont pas sans risques comme l'indique l'expertise juridique jointe en annexe. Un changement rapide d'administrateur sur décision de l'assemblée générale est préconisé. La question se pose en des termes non identiques mais comparables pour le Président de la Fondation Lenval, qui préside aussi le conseil d'administration de la clinique Santa Maria et qui représente la fondation à l'assemblée générale du GCS.
- [21] **Echéance** : Octobre 2011 avec réunion d'une assemblée générale du GCS à cet effet pour l'administrateur.

- [22] **SEPTIEME RECOMMANDATION** : Désignation, par élection, d'un Président du comité médical du GCS et d'un chef de pôle issu(s) de l'hôpital Lenval.
- [23] **Echéance** : Octobre 2011
- [24] **HUITIEME RECOMMANDATION**: Mise en place, par voie de règlement intérieur, d'une gouvernance associant fortement les médecins des deux institutions, avec une « architecture » qui devrait se rapprocher de celle prévue par la loi HPST. Il convient que les responsables médicaux et universitaires du CHU de Nice s'impliquent plus fortement qu'ils ne l'ont fait jusqu' à ce stade dans le management du GCS. La mission insiste sur ce point.
- [25] **Echéance** : Décembre 2011
- [26] **NEUVIEME RECOMMANDATION** : Recrutement d'un directeur du GCS, après modification du règlement intérieur, n'appartenant ni au CHU de Nice ni à la Fondation Lenval. Ce directeur devra avoir une bonne expérience du management hospitalo-universitaire.
- [27] **Echéance** : Processus à enclencher à partir d'octobre 2011
- [28] **DIXIEME RECOMMANDATION** : Dans la perspective de l'élaboration et de la mise en œuvre du projet d'établissement 2012-2016, développement d'une politique de gestion du changement accompagnée de façon indispensable d'une communication interne et externe, précise, claire, réactive, lisible par un grand nombre (soignants, médecins, population, élus..) qui devra redonner confiance et mobiliser, sur un projet commun, afin de gommer progressivement la « double culture » actuelle et rétablir l'indispensable équilibre financier du GCS.
- [29] **Echéance** : lancement fin 2011

Sommaire

SYNTHESE	3
SOMMAIRE.....	7
INTRODUCTION	9
DIAGNOSTIC	11
1. LES CARACTERISTIQUES DE LA SITUATION CONSTATEE EN 7 POINTS PRINCIPAUX :	11
1.1. <i>Un bon projet de réunification globalement bien soutenu dans son principe, avec un élargissement à l'obstétrique, fortement attendu.</i>	<i>11</i>
1.2. <i>Une ambiance de crise, de conflits, de doutes et de démotivation au sein du GCS.....</i>	<i>11</i>
1.3. <i>Un cadre juridique provisoire dont l'évolution est source de divergences majeures entre les partenaires</i>	<i>12</i>
1.4. <i>Des structures de gouvernance et un management inadaptés aux changements réalisés et à venir.....</i>	<i>14</i>
1.4.1. Structures de gouvernance.....	14
1.4.2. Management mal adapté à la situation issue du regroupement.	15
1.5. <i>Un corps médical très divisé, sans projet fédérateur, mal associé au dispositif et sans leader adapté à la situation.....</i>	<i>16</i>
1.6. <i>Un climat social, un encadrement et un corps soignant sous tension</i>	<i>16</i>
1.7. <i>Une situation financière préoccupante et des perspectives alarmantes.</i>	<i>17</i>
2. LES PRECONISATIONS	18
2.1. <i>Recommandations ayant trait à la stratégie de l'établissement</i>	<i>18</i>
2.2. <i>Recommandations ayant trait au management de l'établissement.....</i>	<i>20</i>
CONCLUSION.....	21
LETTRE DE MISSION.....	24
LISTE DES ANNEXES	25
ANNEXE 1 : RAPPORT DU PROFESSEUR O. CLARIS, CHEF DU SERVICE NEONATOLOGIE, HOSPICES CIVILS DE LYON, EN DATE DU 27 MAI 2011	27
ANNEXE 2 : RAPPORT DE MME E.WILTZ, COORDONNATEUR GENERAL DES SOINS, HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG, EN DATE DU 26 MAI 2011 .	33
ANNEXE 3 : NOTE JURIDIQUE FIDAL, EN DATE DU 7 JUIN 2011.....	39
ANNEXE 4 : NOTE DE PRESENTATION DE LA FONDATION LENVAL, EN DATE DU 25 MARS 2011	47
ANNEXE 5 : CONVENTION CONSTITUTIVE DU GCS HOPITAUX PEDIATRIQUES DE NICE CHU/ LENVAL EN DATE DE NOVEMBRE 2008.....	53

ANNEXE 6 : ARRETE D'APPROBATION DE LA CONVENTION CONSTITUTIVE GCS HOPITAUX PEDIATRIQUES DE NICE CHU/ LENVAL, EN DATE DU 22 DECEMBRE 2008.....	73
ANNEXE 7 : REGLEMENT INTERIEUR DU GCS HOPITAUX PEDIATRIQUES DE NICE CHU/ LENVAL, EN DATE DU 30 OCTOBRE 2009, MODIFIE EN ASSEMBLEE GENERALE DU 30 SEPTEMBRE 2010.....	77
ANNEXE 8 : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNEES	101
ANNEXE 9 : LETTRE DU 5 OCTOBRE 2011 DU PRESIDENT DE LA FONDATION LENVAL AU CHEF DE L'IGAS	103
ANNEXE 10 : REPOSE DU CHEF DE L'IGAS AU COURRIER DU PRESIDENT DE LA FONDATION LENVAL.....	107

INTRODUCTION

- [30] La Fondation Lenval, héritière du Baron Lenval, est une institution niçoise qui dès 1888 a permis l'ouverture sur le site actuel, de « l'hospice Lenval pour enfants malades » alors qu'il n'existait pas à l'époque d'établissement spécialisé dans la prise en charge des enfants sur la Côte d'Azur. Jusqu'à la création du CHU de Nice, cet établissement était le seul qui assurait une prise en charge pédiatrique pluridisciplinaire.
- [31] Cette fondation est très fortement ancrée dans la ville. Elle gère un établissement relevant de la FEHAP, localisé sur la promenade des Anglais, accueillant chaque année 33.000 urgences et 8 000 hospitalisations (données antérieures à la constitution du GCS).
- [32] Cette fondation « héberge » également, entre autres, sur son site une clinique privée à but lucratif (Santa Maria), un cabinet d'imagerie à dominante d'activité libérale, un centre de consultations médicales libérales. Elle développe aussi des activités à caractère social et médico-social. Elle s'est dotée d'activités filialisées (EURL Maternité Lenval, partenariat avec 60% du capital de la SA Polyclinique Santa Maria qui aura vocation à rassembler la quasi-totalité du capital entre ses mains à partir de 2015, semble-t-il).
- [33] Un GIE « groupe Lenval services », constitué entre Santa Maria et Lenval, fonctionne pour des prestations de ménage, de restauration. En outre, dans le domaine de la gestion patrimoniale immobilière, la Fondation Lenval s'est dotée de plusieurs SCI.
- [34] Ces différentes structures sont liées par des accords pour l'usage des murs de la fondation et pour assurer un fonctionnement coordonné des prestations entre elles.
- [35] Le Conseil d'administration de la fondation est présidé par M. COSTA, Préfet honoraire. Madame Simone VEIL, ancienne Ministre de la santé est Présidente d'honneur de l'assemblée générale du GCS.
- [36] Le CHU de Nice, de création récente (1970) a développé une pédiatrie hospitalo-universitaire, orientée vers le recours et la recherche, sur un site (hôpital l'Archet 2) construit et ouvert dans les années 2000. Ce nouvel hôpital est d'un accès difficile pour les usagers : transports en commun peu nombreux et parkings insuffisants.
- [37] Le service de pédiatrie du CHU et de l'hôpital Lenval sont distants de 2 kms, avec de nombreux doublons d'activités qui se sont créés au fil du temps. La lisibilité de l'offre de soins pédiatriques est médiocre pour la population.
- [38] Aucune des deux structures n'a la taille critique qui permettrait un niveau d'excellence. Depuis des décennies, l'idée d'un rapprochement est à l'ordre du jour, mais la démarche n'a jamais abouti concrètement jusqu'en 2008.
- [39] Fin 2008, un GCS expérimental privé a été créé entre les deux institutions, sur la base d'un « projet médical commun », soutenu par l'ensemble des responsables politiques, administratifs et médicaux locaux.
- [40] Depuis l'été 2010, une première phase du regroupement est intervenue : sur le site de l'hôpital Lenval, les services de pédiatrie des deux institutions sont réunis, à l'exception de la réanimation néonatale et de l'onco-hématologie pédiatrique, qui restent provisoirement à l'hôpital de l'Archet.
- [41] Une deuxième phase reste à réaliser pour aboutir au projet final : réunir les activités de gynéco-obstétrique, qui sont à l'hôpital l'Archet, avec celles de pédiatrie, sur le site de Lenval.
- [42] A l'issue de cette dernière phase sera ainsi constitué un grand centre Femme Mère Enfant Adolescent hospitalo-universitaire niçois qui aura une place reconnue entre les pôles de ce type situés à Marseille et Gênes.

- [43] Après 6 mois de fonctionnement du GCS – dont l'administrateur est le Directeur général de la Fondation Lenval de sérieux problèmes créant des difficultés majeures de fonctionnement perturbaient de façon jugée grave par le Directeur général de l'ARS PACA, les évolutions attendues. Certains dysfonctionnements étaient signalés comme pouvant mettre en cause la sécurité des soins aux patients ou déboucher, compte tenu du climat social délétère qui règne, sur des questions de sécurité physique et psychique de certains salariés.
- [44] Le Directeur général de l'ARS PACA, eu égard à la multiplication des difficultés de tous ordres constatées (tensions sociales, problèmes managériaux, système d'information défaillant, conflits entre équipes...) a demandé au GCS de faire procéder à un audit sur le fonctionnement général du GCS et à un audit sur le système d'information.
- [45] Les conclusions de ces audits étaient très négatives sur plusieurs des volets majeurs de l'opération en cours. Les conclusions sur l'organisation générale du GCS étaient les plus péjoratives : elles confirmaient en particulier les risques existants pour la sécurité des patients, des personnels, et soulignaient les problèmes de gouvernance et de management, allant jusqu'à évoquer un nécessaire changement de responsable du GCS, dont l'origine ne devrait être ni du CHU de Nice ni de la Fondation Lenval, ce que n'autorisent pas, dans leur rédaction actuelle, les termes de la convention constitutive et le règlement intérieur.
- [46] Les conclusions de l'audit sur l'organisation générale ont été vigoureusement contestées par les responsables de la Fondation Lenval.
- [47] Devant ces éléments, le Directeur général de l'ARS PACA, considérant la situation potentiellement « dangereuse » demandé, le 1^{er} février 2011, au Ministre de la santé, une mission d'appui IGAS. Le Ministre a saisi le Chef de l'IGAS de cette demande le 7 février 2011 et le Chef de l'IGAS a désigné Paul CASTEL, membre de l'IGAS, le 18 février pour cette mission. Le responsable de la mission a effectivement commencé son travail fin mars 2011.

DIAGNOSTIC

1. LES CARACTERISTIQUES DE LA SITUATION CONSTATEE EN 7 POINTS PRINCIPAUX :

1.1. Un bon projet de réunification globalement bien soutenu dans son principe, avec un élargissement à l'obstétrique, fortement attendu.

[48] Tous les acteurs rencontrés, ou presque, soulignent l'excellente opportunité de mener à bien et à son terme le projet de regroupement de la pédiatrie niçoise, et de l'obstétrique dans une phase 2, au sein d'une même structure avec une localisation géographique commune sur le site de Lenval, incluant, le cas échéant, un nouvel édifice à réaliser sur un terrain constructible propriété de la Fondation Lenval très bien situé, avenue de la Californie, presque en face de l'hôpital Lenval.

[49] Aucun des responsables rencontrés (médicaux, soignants, syndicaux, politiques, médecins, Doyen, Président de CME...), à l'exception du Président du conseil d'administration de la Fondation Lenval qui émet des doutes sur le GCS (dans sa forme juridique actuelle, mais nullement sur le regroupement en tant que tel), n'a remis en cause le bien fondé du projet, dès lors qu'il a été partiellement mis en œuvre. A peu près tous s'accordent à lui reconnaître désormais un caractère irréversible.

[50] Le Député-Maire de Nice, tout particulièrement, a confirmé son total soutien à la mise en place d'un pôle hospitalo-universitaire Femme-Mère-Enfant à Nice, digne de la 5^{ème} ville de France et s'équilibrant avec le pôle marseillais.

[51] L'attente de la phase 2 (transfert de la gynécologie-obstétrique de l'Archet 2 vers le site de Lenval) dans les meilleurs délais est grande pour bon nombre des interlocuteurs autant pour des raisons de cohérence et de complémentarités médicales, universitaires, scientifiques que probablement économiques.

[52] **Objectivement, c'est une opération qui doit être consolidée, poursuivie, et développée dans des délais les plus rapprochés avec la construction d'un nouveau bâtiment.**

1.2. Une ambiance de crise, de conflits, de doutes et de démotivation au sein du GCS.

[53] La situation est tendue entre les équipes, même si, après 12 mois de travail en commun, les relations conflictuelles se sont, semble-t-il, pour certaines, stabilisées.

[54] Ces relations détériorées, au delà des déclarations favorables de principe, se manifestent à tous les niveaux et le clivage « Fondation Lenval-CHU de Nice » aboutit à des tensions entre les dirigeants (équipes de direction des deux entités), les médecins, les cadres, les soignants, et, y compris sur certains points, entre les partenaires syndicaux.

[55] Quasiment tous les sujets importants constituent des occasions de se renvoyer les problèmes et sont intriqués avec d'importantes difficultés de communication.

[56] Les antagonismes sont particulièrement marqués au niveau des directions et du corps médical.

[57] Il est constamment fait référence à « l'histoire » de ce partenariat, qui est « d'actualité » depuis des décennies mais qui ne s'était jamais concrétisé avant août 2010.

- [58] On doit constater qu'il y a eu un défaut majeur de préparation des équipes à ce regroupement.
- [59] Ceci ne signifie nullement que c'est à tort qu'en août 2010 l'opération a été physiquement organisée. Il fallait bien sortir des déclarations d'intention et le « passage à l'acte » était probablement indispensable.
- [60] Celles et ceux qui indiquent aujourd'hui que les « choses ont été précipitées » sont pour partie les mêmes qui, quelque temps auparavant, émettaient des objections quant à l'opportunité ou la localisation du regroupement.
- [61] Compte tenu de « l'histoire » qui est en permanence mise en avant, il aurait fallu préparer bien en amont, d'une façon beaucoup plus professionnelle, avec des experts la gestion du changement. Des accompagnements externes sont souvent le plus souvent indispensables à de telles opérations.
- [62] Des réunions préparatoires ont bien été organisées mais l'investissement n'a pas été à la hauteur de l'ampleur d'une telle opération et de son contexte.
- [63] Les expériences hospitalières de regroupement, de relocalisation géographique d'activités, au sein d'une même entité de culture « publique » et « universitaire » montrent que l'on aboutit fréquemment à des blocages conséquents et durables. Dans le cas du GCS à double culture, il fallait anticiper beaucoup plus que cela n'a été fait.
- [64] Les déclarations d'intention favorables des dirigeants, qu'ils soient gestionnaires ou médicaux, ne dispensaient pas de travailler de façon professionnelle. Il aurait fallu œuvrer avec des experts de ce type de démarche, plusieurs mois avant la mise en œuvre effective du regroupement géographique des pédiatries, sur un projet commun et faire adhérer à des objectifs partagés les équipes des deux entités.
- [65] **Ceci reste à faire, en particulier dans la perspective de la phase 2.**

1.3. Un cadre juridique provisoire dont l'évolution est source de divergences majeures entre les partenaires

- [66] Le GCS privé Hôpitaux pédiatriques de Nice CHU/ Lenval a été créé à titre expérimental dans le cadre des dispositions de l'article L.6133.5 du code de la santé telles qu'elles résultaient de sa rédaction antérieure à la loi HPST.
- [67] En vertu de l'expérimentation, le GCS, qui n'est pas un établissement de santé (à ce stade) exploite pour son propre compte les autorisations mises à sa disposition par les établissements membres (CHU de Nice et Fondation Lenval).
- [68] Il perçoit directement auprès de l'assurance maladie les produits liés aux prestations d'hospitalisation, de consultation et d'accueil d'urgence. Il en est de même pour les MIGAC, mais par le biais de recettes de chaque établissement.
- [69] En revanche, pour ne pas ajouter une nouvelle structure administrative et logistique à celle des établissements adhérents respectifs, ceux-ci ont pris le parti de continuer à enregistrer la totalité des dépenses dans leurs comptes.
- [70] La loi HPST (qui vient d'être modifiée par le Parlement, précisément sur ce sujet, mais dont le Conseil constitutionnel a annulé il y a quelques semaines plusieurs articles) a revisité les GCS et, dans le cas qui nous intéresse, leur maintient deux possibilités d'évolution vers un établissement de santé, dès lors qu'ils sont titulaires d'autorisation de soins : **établissement privé** ou **établissement public de santé**. Une évolution vers un GCS de moyens n'est pas, aux yeux de la mission une réponse adaptée à un projet de l'envergure du futur centre Femme Mère Enfant hospitalo-universitaire attendu.

- [71] Sous réserve de l'expertise de l'éventuelle incidence des ultimes modifications législatives qui pourraient intervenir et de leurs textes d'application, d'ici 2013, c'est l'option qui devra être prise. **C'est une pierre d'achoppement majeure entre les parties.**
- [72] La Fondation Lenval verrait dans une évolution vers un établissement public de santé la fin de sa raison d'être pour l'essentiel de ses activités puisque l'hôpital Lenval a été « intégré » dans le GCS pour la quasi totalité de ses activités hospitalières.
- [73] Le CHU de Nice considère, quant à lui, que du fait de son apport hospitalo-universitaire, du niveau des soins, de l'enseignement et de la recherche, il ne saurait être question d'une « privatisation » de ce secteur d'activité. Cette argumentation est encore renforcée aux yeux du CHU dans la perspective de la phase 2, qui doit voir l'intégration de la gynécologie obstétrique hospitalo-universitaire pour aboutir au projet centre régional Femme-Mère-Enfant hospitalo-universitaire.
- [74] Ce sujet est sans doute un des trois points majeurs qui aujourd'hui bloquent l'évolution du dossier et qui constituent l'arrière plan de l'essentiel des discussions quant à la stratégie à adopter pour l'avenir du GCS.
- [75] Derrière ces questions de principe apparaissent les problèmes de patrimoine, de volumes respectifs des apports faits par chacun (patrimoine immobilier actuel, constructions à venir, système d'information, laboratoires, imagerie...), des apports financiers, des constructions juridiques...
- [76] En outre, une question récurrente vient interférer de façon très négative, et même bloquante, dans la démarche en cours : la présence au sein du site actuel de la Fondation et de l'hôpital Lenval de la polyclinique (Santa Maria), établissement de soins à statut commercial, disposant d'une centaine de lits et exerçant son activité principalement en gynécologie-obstétrique et partiellement en chirurgie. Environ 160 salariés y exercent ainsi qu'une soixantaine de médecins libéraux.
- [77] Une EURL Maternité Lenval a été créée par la Fondation Lenval en 1995 avec une autorisation de 23 lits. Cette EURL détient 60 % du capital de la S.A Polyclinique Santa Maria. Elle a vocation à rassembler la quasi-totalité du capital à partir de 2015.
- [78] Le Président de la Fondation Lenval, Président de l'hôpital Lenval est en même temps Président de la S.A Polyclinique Santa Maria ; le Directeur général de la Fondation Lenval, Directeur général de l'hôpital Lenval est aussi le Directeur général de la polyclinique Santa Maria et il est l'administrateur du GCS.
- [79] Cette situation est signalée par un grand nombre d'interlocuteurs comme posant de nombreux problèmes à l'égard d'acteurs très importants du GCS :
- [80] « Confusion, absence de lisibilité, opacité, absence de transparence, conflits d'intérêts, cumul de responsabilités de la part du Président de la fondation et de l'administrateur incompatibles avec des activités issues pour une grande partie du CHU au sein du GCS », voilà quelques exemples des termes utilisés par beaucoup de personnes rencontrées lors des entretiens.
- [81] Ceci constitue un aspect majeur de ce dossier qui justifie - au moins en termes de légitimité - une évolution, une clarification rapide. En termes de régularité juridique cette situation n'est sans doute pas sans risque pour le GCS d'ores et déjà (voir expertise juridique jointe en annexe) mais le sera encore davantage compte tenu de la perspective (phase 2) du regroupement des lits de gynécologie-obstétrique issus du CHU qui est à préparer sans tarder. La mission insiste particulièrement sur ce point.

- [82] Les responsables de la clinique Santa Maria, (qui sont donc ceux de la Fondation Lenal), évoquent des réflexions en cours concernant l'avenir de la clinique tant en ce qui concerne ses projets de développement, d'implantation, d'évolution éventuelle vers un statut à but non lucratif... Rien de précis ou de finalisé n'a été communiqué à la mission dans ce domaine et il semble bien qu'un certain attentisme, lié aux incertitudes sur le GCS et son statut futur prévale. La mission a appris récemment lors d'un entretien avec le Président de la Fondation Lenal, confirmé par un entretien et une note du Directeur général de la fondation (directeur de la clinique Santa Maria et administrateur du GCS) qu'était en cours, confiée à un cabinet d'experts, une étude juridique et financière qui tendrait à prouver qu'il serait très coûteux de faire « sortir » la clinique Santa Maria de ses actuels locaux et induirait de nombreux risques ou aléas juridiques. Pour autant, aucun document issu de cette expertise n'a été remis à la mission à fin septembre 2011.

1.4. Des structures de gouvernance et un management inadaptés aux changements réalisés et à venir.

1.4.1. Structures de gouvernance

- [83] Les structures de gouvernance qui ont été prévues dans la Convention constitutive du GCS : Assemblée générale, Comité médical, Comité social, administrateur assisté d'un Conseil de gestion, fonctionnent de manière inégale.
- [84] La Convention constitutive est devenue, dans la pratique, relativement obsolète du fait de la loi HPST, même si ce GCS expérimental est de droit privé.
- [85] L'équivalent du Directoire ne se retrouve pas assez à travers le Conseil de gestion qui assiste l'administrateur, sa médicalisation en particulier est nettement insuffisante.
- [86] Le Comité médical s'est très peu réuni et pose des problèmes de fonctionnement du fait de problématiques que nous retrouverons dans le point concernant le corps médical.
- [87] Le Comité social ne s'est jamais réuni pour des raisons à la fois juridiques, soulevées par des organisations syndicales, et pour des raisons de représentativité syndicale. Une concertation entamée par l'administrateur du GCS qui a eu des contacts avec la direction centrale du ministère concerné, semble aujourd'hui amorcer sur ce point le début d'une évolution qui reste à confirmer.
- [88] Ce sont dans les CHSCT de chacune des institutions qu'une partie des questions du GCS, relevant du champ de compétences d'un CHSCT qui devrait être unique, est traitée. Une tentative de réunion « physique » des deux CHSCT a pu être menée à bien en telle ou telle circonstance. Elle reste elle aussi à confirmer mais ne constitue qu'une réponse partielle au projet de Comité social prévu dans la Convention constitutive et à un dialogue social institutionnalisé indispensable.
- [89] Les instances dirigeantes du CHU et de la Fondation LENVAL sont le plus souvent, chacune dans leur entité juridique, en connexion directe avec les problématiques du GCS. Ceci n'est pas acceptable dans un contexte de consolidation de gestion d'une structure nouvelle et unique, en particulier dans la perspective de l'élargissement du GCS.
- [90] L'administrateur du GCS est en difficulté permanente dans le contexte conflictuel et bloqué venant d'être décrit. Ceci explique sans doute une partie de « l'immobilisme » qui lui est reproché. Il faut souligner que, depuis 5 mois, l'administrateur fait très normalement et régulièrement valoir l'instruction qui lui a été donnée, à juste titre, par le Directeur général de l'ARS PACA lors du lancement de la présente mission, de ne point bouleverser l'organisation actuelle, dans l'attente des conclusions de notre démarche.

- [91] La qualité du travail qu'il a accompli en sa qualité de Directeur général de la Fondation Lenal ou de Directeur de l'hôpital Lenal depuis de très nombreuses années n'est généralement pas mise en cause. Elle est, de l'avis de certains des acteurs internes de la Fondation Lenal rencontrés lors des entretiens, affirmée, en même temps qu'est évoquée son inclination à un certain autoritarisme et à une grande centralisation des décisions.
- [92] En outre il faut rappeler que la présente mission n'a pas pour objet d'examiner la gestion de la Fondation Lenal. Les responsables de la Fondation Lenal rappellent régulièrement, à juste titre, que les résultats de la dernière visite de certification de la HAS ont débouché sur des conclusions très favorables quant à la qualité du fonctionnement de l'hôpital Lenal.
- [93] Cependant l'évolution de la structure avec la constitution du GCS, et à fortiori avec l'élargissement prévu, nécessite de revoir le dispositif de gouvernance. La taille du nouvel ensemble et ses enjeux hospitalo-universitaires n'ont rien de comparables avec la situation antérieure de l'hôpital Lenal.
- [94] L'exécutif du GCS devra à l'avenir être perçu dans la mesure du possible comme étant neutre compte tenu des tensions entre Lenal et le CHU. Ce n'est pas le cas aujourd'hui.
- [95] L'implication des médecins dans la place qui leur est attribuée au sein des structures de gouvernance doit être accrue de façon importante. Il appartient aux instances de veiller à ce que l'expression médicale puisse avoir la place qui doit lui revenir, (en particulier pour les médecins du CHU qui se sentent - à tort ou à raison - exclus). Mais il appartient aussi au corps médical des deux institutions, et du CHU en premier lieu, de s'investir dans le management du GCS, ce qu'ils font peu ou mal jusqu'à ce stade, en particulier pour ce qui est du CHU.

1.4.2. Management mal adapté à la situation issue du regroupement.

- [96] Le management actuel du GCS, dans le cadre juridique et le contexte induit par le regroupement, pose problème.
- [97] La dimension prise par la constitution du GCS à vocation hospitalo-universitaire pose la question d'une évolution du management actuel au regard des nouvelles exigences hospitalo-universitaires et des nouvelles dimensions de la structure.
- [98] Les critiques qui ont très largement été rapportées à la mission concernent les éléments suivants de la situation :
- Insuffisance de communication, de concertation et de dialogue à tous les niveaux dans le GCS, absence de clarté quant aux motivations des décisions,
 - Insuffisance de la préparation de l'opération en amont, qui a induit une absence de prise de conscience de l'ampleur de l'opération par les acteurs internes ;
 - Insuffisance de réactivité de la part des décideurs du GCS ;
 - Absence de projet fédérateur des équipes et peu d'initiatives fortes et lisibles dans ce sens ;
 - Autoritarisme et centralisation qui ne sont plus adaptés pour permettre l'intégration de salariés issus du secteur public (corps médical en particulier), habitués à un plus grand souci de la part de leurs dirigeants de « faire adhérer au projet » plutôt qu'au respect d'une ligne hiérarchique « caporaliste » très verticale ;
 - Affirmation (situation réelle ? ressentie ?) par les responsables médicaux, soignants et gestionnaires du CHU d'une absence de neutralité du management de l'administrateur ;
 - Cumul de responsabilités de l'administrateur en particulier qui fait courir le risque de conflits d'intérêts (administrateur du GCS et Directeur général de la S.A. Santa Maria) ;
 - Insatisfactions majeures devant la lenteur ou l'insuffisance de réactions du management dans divers domaines techniques (téléphonie, informatique, équipements...).

[99] Il s'agit de perceptions fortes de la part de nombre de responsables à tous les niveaux qui contribuent à un malaise, que ces critiques soient justifiées ou non, en tout ou partie et malgré des évolutions positives incontestables sur le dernier point (téléphonie, voire partiellement sur l'informatique)

[100] **Il convient de gérer de façon prioritaire ces questions de structures de gouvernance et de type de management.**

1.5. Un corps médical très divisé, sans projet fédérateur, mal associé au dispositif et sans leader adapté à la situation

[101] Le corps médical du GCS est très divisé, souvent dans des postures antagonistes « CHU-Hôpital Lenval » car issu de deux institutions aux cultures, pratiques et missions différentes.

[102] Une expertise réalisée en mai par un Président de CME d'un grand CHU, éminent pédiatre, membre du Conseil national des universités, n'a fait que confirmer ces éléments, qui s'estomperont, probablement, avec le temps mais dont on ne peut se satisfaire eu égard à la situation actuelle du GCS et à la nécessité de consolider, puis élargir à la phase 2 la démarche.

[103] Cet antagonisme est d'autant plus fort qu'il n'y a pas de véritable projet médical hospitalo-universitaire issu d'un travail commun, mûri, auquel une large majorité d'acteurs médicaux pourrait adhérer.

[104] En l'absence de projet fédérateur (même s'il existe un document intitulé formellement « projet médical »), les clivages sont à peu près toujours reconstitués au sein des instances, au sein du pôle unique, au sein des services et disciplines (en particulier la médecine, qui est caricaturale sur ce point malgré une évolution annoncée depuis peu dans ce secteur, évolution qui reste à concrétiser). Aucun leader médical n'a su, pu, ou voulu s'imposer. Les autorités médicales et universitaires du CHU et dans une moindre mesure celles de la Fondation Lenval ne se sont pas assez investies, à de rares exceptions, dans le dispositif. Le management du GCS, en l'absence de personnalité suffisamment forte, a – volontairement ou involontairement - mal associé dans la gouvernance les médecins des deux institutions. Les responsables médicaux du projet ont souvent renoncé et, à ce jour, on compte trois responsables de pôle et de Comité médical ayant démissionné. Plus inquiétant : la situation actuelle démotive les plus jeunes qui, issus d'autres horizons géographiques, pourraient être candidats à ces responsabilités. Une démarche très alarmiste d'un haut responsable universitaire national auprès de la mission a été faite par écrit il y a peu. Une pénurie de jeunes médecins pédiatres pour Nice et sa proximité pourrait à terme en résulter et pénaliser la Faculté de médecine de Nice, le CHU, avec les conséquences que cela peut induire sur la recherche et l'enseignement, le rayonnement médical, universitaire et scientifique de Nice.

[105] **Il ne saurait y avoir un projet durablement réussi sans une implication managériale forte du corps médical et de l'Université. Le CHU et la faculté de médecine doivent se mobiliser sur ce point.**

1.6. Un climat social, un encadrement et un corps soignant sous tension.

[106] Le climat social est incontestablement tendu, en particulier du fait en particulier des « statuts » différents des équipes, même si une comparaison fait apparaître des « avantages » ou « pénalisations » assez équitablement repartis.

[107] Le turn-over des salariés non médecins depuis le regroupement est important mais il faut le pondérer au regard des difficultés, en particulier dans la région, à recruter des soignants.

[108] Progressivement, les disparités « statutaires » devraient s'estomper puisque pour les personnels non médicaux (contrairement à ce qui a été prévu pour les médecins), tous les nouveaux recrutements se font dans le cadre de la Convention collective FEHAP, le GCS étant de droit privé, rappelons le.

- [109] Les tensions actuelles du climat social sont à relativiser, dans le contexte pré-électoral des élections professionnelles prochaines.
- [110] Les médecins du travail ont indiqué que les inquiétudes sont parfois fortes et que quelques perturbations psychologiques de salariés ont été constatées. Ils précisent que ces situations, sans disparaître, ont tendance à se stabiliser en ce moment mais n'excluent pas l'éventualité d'un « accident ». L'administrateur du GCS se préoccupe de ceci et a proposé aux CHSCT une démarche de diagnostic à travers des questionnaires destinés aux salariés. Il n'y a pas consensus entre le CHU et l'hôpital Lenval sur la méthode. La situation pourrait évoluer plus favorablement dans les semaines à venir.
- [111] L'Inspection du travail n'a pas pu donner suite à plusieurs demandes d'entretiens de la part de la mission.
- [112] L'insuffisance d'information diffusée auprès des équipes, faute d'une politique de communication adaptée, accentue chez les salariés le stress dû au changement.
- [113] Les cadres soignants, d'un excellent niveau, pour bon nombre d'entre eux, sont dans une démarche d'incertitude, de flou, du fait de l'organisation bicéphale et peu lisible de la hiérarchie soignante, organisation inadaptée à la situation.
- [114] Comme l'indique en conclusion un Coordonnateur général des soins, puéricultrice, sollicitée pour une expertise, il convient de mettre fin rapidement à la situation actuelle de double hiérarchie soignante, de fait paralysante pour les cadres.
- [115] **Sur ce point aussi, il devra y avoir, dans un délai très rapproché, une évolution forte du management.**

1.7. Une situation financière préoccupante et des perspectives alarmantes.

- [116] Le résultat net comptable pour l'exercice 2010 est préoccupant puisqu'il fait apparaître un déficit comptable de 1.9 M € incluant 0.7 M € de crédits non reconductibles, soit 8.2 % des produits d'exploitation.
- [117] Ce résultat est dû à un non atteint du niveau des produits attendus, pour l'essentiel des moins value de recettes d'activité. Pour 2011, la perspective de déficit s'élève à 5 M € avec une moins value de recettes de 3,6 M € par rapport aux prévisions faites lors de la constitution du GCS. Il semble qu'il s'agisse là d'une limite haute dans la mesure où les prévisions sur l'activité sont prudentes et à condition que chaque partenaire limite la progression des charges au strict nécessaire. Ces chiffres restent à confirmer, mais la tendance est très préoccupante.
- [118] Ces pourcentages de dérive financière sont proportionnellement très importants, et constituent un élément péjoratif de la situation. Ils nécessitent certainement d'importantes mesures d'assainissement via l'activité (exhaustivité, optimisation des cotations d'actes), les effectifs non-médicaux et **médicaux**, le coût des prestations logistiques.
- [119] Il faut rappeler que le volume financier concerné du GCS est actuellement de l'ordre de 62.5 M € pour une capacité d'environ 214 lits et places.
- [120] En phase 2, avec l'intégration de l'activité de gynécologie-obstétrique, biologie de la reproduction, le chiffre d'affaires annuel serait accru de 19 M € environ.
- [121] Il faut souligner, du fait du caractère récent de la mise en place du GCS, du fait des problèmes liés au système d'information, du fait de la complexité de l'organisation financière mise au point pour ce GCS expérimental, que les responsables du GCS, mais aussi des secteurs d'activité (instances, pôle, services...), « ont navigué à vue » et n'ont pas disposé pendant douze mois des outils de pilotage (tableaux de bord dignes de ce nom, comptes de résultats anticipés,...) que l'on est en droit d'attendre eu égard au périmètre financier conséquent concerné et à la situation de déficit important pour lequel aucun plan de réduction n'est à ce jour discuté ou envisagé de façon opérationnelle...

- [122] Depuis le début août 2011, des tableaux de bord sont fournis au pôle et aux unités de soins. Ceci constitue une amélioration indéniable mais tardive compte tenu de la situation financière du GCS.

2. LES PRECONISATIONS

- [123] Sur la base des constats qui viennent d'être énumérés et analysés, il est formulé **dix recommandations** indissociables, à concrétiser dans un calendrier précis, qui, pour l'essentiel d'entre elles, sont à mettre en œuvre et à faire aboutir dans les 12 mois qui viennent, à partir d'octobre 2011.
- [124] Ces dix recommandations concernent d'une part **la stratégie de l'établissement** (six recommandations) et, d'autre part, **le management de l'établissement** (quatre recommandations). Elles nécessitent le soutien et l'implication forte du Ministère de la santé (DGOS et ARS PACA), des autorités politiques de Nice (Député-Maire Président du conseil de surveillance du CHU de Nice), des responsables au plus haut niveau de la Fondation Lenval, du corps médical, des autorités universitaires de Nice (Doyen de la faculté de médecine).
- [125] Il faut souligner avant tout la place exceptionnelle de la Fondation Lenval à Nice, sa bonne image, et la nécessité de conforter son action ancienne et précieuse au service de la santé publique. Les moyens dont dispose cette Fondation sont très importants, et sa pérennité dans la pédiatrie et le soin hospitalier en particulier est à garantir absolument, dans l'intérêt de tous, dès lors qu'elle s'engage clairement à concentrer son évolution vers ses missions originelles de Fondation, c'est-à-dire l'intérêt général au service de tous, sans interférences avec des préoccupations commerciales.
- [126] D'autre part, le CHU de Nice – CHU récent – doit être consolidé dans l'intégralité de ses diverses activités hospitalières et universitaires. La pédiatrie, l'obstétrique, et les disciplines qui s'y rattachent sont des segments majeurs et indispensables à un CHU, tant pour ses missions de proximité, de recours que d'enseignement, de recherche et d'innovation médicale. Il convient de ne pas amputer le CHU ces activités (qui a déjà « perdu » ces dernières années des spécialités importantes) De plus les spécialités concernées (pédiatrie, gynécologie obstétrique) sont à ce jour fragiles dans le contexte actuel hospitalo-universitaire niçois et national.

2.1. *Recommandations ayant trait à la stratégie de l'établissement*

- [127] **PREMIERE RECOMMANDATION** : Confirmation claire, publique et phasée, avec un calendrier adapté, par l'ARS PACA, du **caractère irréversible, indispensable et inéluctable**, d'ici **2016**, du regroupement effectif des activités de la pédiatrie et de l'obstétrique dans un grand centre Mère Enfant hospitalo-universitaire niçois. L'évolution doit se faire vers un établissement de santé et non un GCS de moyens comme l'évoquent parfois les dirigeants de Lenval, car une telle structure ne répondrait pas aux exigences d'un centre régional Mère Enfant hospitalo universitaire, sa lisibilité régionale, nationale, et son management ne semblent pas adaptés à un objectif aussi ambitieux, aux yeux de la mission. Ce regroupement devra se faire sur le site de l'actuel hôpital Lenval, accompagné **impérativement de la construction d'un édifice complémentaire** avenue de la Californie sur un terrain disponible, actuellement propriété de la Fondation Lenval, sous réserve que le GCS satisfasse aux orientations qui seront décidées par l'ARS au vu des conclusions de la présente mission.
- [128] Pour des raisons de sécurité des patients, il est urgent de transférer sans délai l'onco-hématologie pédiatrique, puis la réanimation néonatale du site de l'Archet vers Lenval. L'expertise médicale externe du Professeur de pédiatrie sollicité est claire sur ce point. Ce dossier a commencé à faire l'objet d'un examen par les responsables du GCS, il faut accélérer le processus.
- [129] **Echéance** : Début octobre 2011 au plus tard pour la communication par l'ARS PACA, actant le regroupement et son caractère indispensable et irréversible pour les phases 1 et 2.

- [130] Fin 2015 ou 2016, si possible, pour le regroupement effectif de l'ensemble des activités concernées (le plus vite possible pour l'onco et hématologie pédiatrique qui présente un risque de « perte de chance » selon l'expertise médicale réalisée, dans l'actuelle configuration géographique).
- [131] **DEUXIEME RECOMMANDATION** : Dès lors qu'elle n'évolue pas, dans ces délais et pour la seule activité de gynécologie-obstétrique vers **un statut d'E.S.P.I.C** (ce qui serait sans doute l'évolution la plus souhaitable), il est impératif d'aboutir à **une relocalisation**, au plus tard d'ici fin 2015, courant 2016, de la totalité des actuelles activités de la **clinique commerciale Santa Maria en un lieu à déterminer qui ne saurait être dans l'enceinte ou la proximité immédiate du site de l'actuel GCS, avec annonce rapide de cette évolution.**
- [132] **Echéance** : Début octobre 2011 au plus tard pour la communication sur l'exigence d'une évolution rapide vers un statut d'ESPIC ou une externalisation de la clinique. La date butoir pour une éventuelle relocalisation de la clinique Santa Maria doit être fixée à fin 2015, courant 2016.
- [133] **TROISIEME RECOMMANDATION** : Réalisation par des cabinets spécialisés choisis par l'ARS PACA, d'une expertise juridique, financière et patrimoniale, sous l'autorité de l'ARS PACA, en liaison étroite avec le GCS, afin de déterminer - dans la négociation avec les parties - les conditions dans lesquelles un établissement de santé sera mis en place dans un maximum de consensus d'ici la mi- 2013 (fin du GCS expérimental). L'option retenue par l'ARS PACA à l'issue de la phase d'étude et de négociation devra impérativement conforter la Fondation Genval dans ses missions d'intérêt général et ses moyens ainsi que le CHU de Nice dans le champ de ses compétences hospitalo-universitaires.
- [134] **Echéance** : Expertises et négociations à mener entre octobre 2011 et mai 2012, pour décision ultérieure de l'ARS PACA en juin 2012.
- [135] **QUATRIEME RECOMMANDATION** : Elaboration, dans la concertation entre les partenaires, avec un comité de pilotage issu des deux établissements porteurs du GCS et évalué régulièrement par l'ARS PACA d'un véritable projet d'établissement 2012-2016, articulé sur un projet médical hospitalo-universitaire, intégrant l'évolution vers le centre régional hospitalo-universitaire Femme Mère Enfant (inclusion de la phase 2 : transfert de la gynécologie obstétrique sur le site). Une aide financière partielle de l'ARS pourrait permettre le recours à des professionnels externes (très souhaitable) pour l'élaboration du projet.
- [136] **Echéance** : octobre 2011 à juin 2012
- [137] **CINQUIEME RECOMMANDATION** : **Mise au point d'un plan de retour à l'équilibre financier, contractualisé avec l'ARS**, avec PGFP adapté et prenant en compte le montant des investissements nécessaires à la mise en œuvre du projet global, en particulier pour la construction d'un nouveau bâtiment.
- [138] **Echéances** : Mesures portant sur 2011 arrêtées en octobre 2011 (déficit envisagé : environ 5 M€ soit 7 à 8 % des recettes) et contrat de retour à l'équilibre signé avec l'ARS au printemps 2012.
- [139] **SIXIEME RECOMMANDATION** : Développement d'une politique de gestion du changement accompagnée de façon indispensable d'une communication interne et externe, précise, claire, réactive, lisible par un grand nombre (soignants, médecins, population, élus..) qui devra redonner confiance et mobiliser, sur un projet commun, afin de gommer progressivement la « double culture » actuelle.

- [140] Une formation-action lourde et étalée dans le temps (deux années au moins) du type réingénierie des processus, Lean-management, afin de remobiliser les équipes (médecins, soignants et gestionnaires) est très souhaitable. Une telle démarche pourrait bénéficier de concours financiers et méthodologiques nationaux (ANAP).
- [141] Elle favoriserait une élaboration, une mise en œuvre partagée du projet d'établissement 2012-2016 et l'atteinte des objectifs impartis : réorganisations, regroupements, développement des activités, retour à l'équilibre financier, nouveau système d'information.
- [142] **Echéance** : lancement fin 2011

2.2. *Recommandations ayant trait au management de l'établissement*

- [143] **PREMIERE RECOMMANDATION** : Election par l'assemblée générale du GCS dans les meilleurs délais, et jusqu'à la création du futur établissement de santé d'ici mai 2013 d'un nouvel administrateur, responsable du GCS, issu du CHU, eu égard au caractère illégitime, et, à risques sur le plan légal (voir les conclusions en ce sens de l'expertise juridique FIDAL) de la situation actuelle. En effet l'actuel administrateur, dont les qualités de gestionnaire de la Fondation et de l'hôpital Genval ne sont pas, à travers la présente recommandation, spécialement mises en cause, exerce des fonctions importantes et à impact décisionnel fort dans des structures pour lesquelles un éventuel conflit d'intérêts pourrait être d'ores et déjà mis en exergue (SARL Santa Maria, Fondation Genval, hôpital Genval, GCS...) et avec des risques accrus dans le cadre de la préparation de la phase 2 du regroupement (gynéco-obstétrique). En outre, comme le précise l'expertise juridique jointe en annexe, le lien juridique, financier et économique existant entre la Fondation Genval et la S.A. Santa Maria pourrait poser des problèmes juridiques à l'endroit du GCS lui-même. Une démission de l'actuel administrateur de ses responsabilités dans la gestion de la clinique Santa Maria, pourrait aussi être envisagée. Mais il ne semble pas, au terme de l'analyse juridique jointe en annexe, que cette démission serait susceptible d'éviter le risque légal, compte tenu de l'implication économique, financière et juridique dans la clinique Santa Maria de la fondation Genval, dont le directeur général est l'administrateur du GCS.
- [144] Il en est de même pour la situation du Président du conseil d'administration de la Fondation Genval qui est aussi Président du conseil d'administration de la clinique Santa Maria, représentant de la Fondation Genval à l'assemblée générale du GCS. Il conviendrait, pour limiter les risques juridiques précités que la voix de la fondation en cas de vote - soit-contrairement à la situation actuelle - confiée par celle-ci à un autre représentant moins directement concerné par ce cumul de responsabilités qui pourrait être analysé par des magistrats comme étant irrégulier. En cas d'incident ou d'accident dans l'organisation, le fonctionnement du GCS par exemple, la situation actuelle pourrait éventuellement, si elle n'évolue pas rapidement dans le sens préconisé par la mission, avoir des conséquences devant diverses juridictions. Ce risque est incontestablement à éviter. C'est pourquoi la mission insiste particulièrement sur cette préconisation et celle (voir stratégie) concernant l'évolution de la situation de la clinique à but commercial Santa Maria au sein de la fondation, avec des dirigeants identiques.
- [145] **Echéance** : Octobre 2011 au plus tard avec réunion d'une assemblée générale du GCS à cet effet.
- [146] **DEUXIEME RECOMMANDATION** : Désignation, par élection, d'un Président du comité médical du GCS et d'un chef de pôle issu(s) de l'hôpital Genval.
- [147] **Echéance** : Octobre 2011

- [148] **TROISIEME RECOMMANDATION**: Mise en place, par voie de règlement intérieur, dans toute la mesure du possible, complétant l'actuelle convention constitutive, adossée à une impulsion managériale indispensable, d'une **gouvernance impliquant fortement les médecins**, avec une « architecture » qui pourrait se rapprocher de celle prévue par la loi HPST pour les établissements publics de santé (Directoire, CME). A cet effet, il convient, contrairement à ce qu'il s'est passé au cours des douze derniers mois, que les responsables médicaux et universitaires du CHU de Nice s'impliquent beaucoup plus dans le management du GCS, et que des leaders non contestés soient désignés par les autorités administratives, médicales et universitaires.
- [149] **Echéance** : Décembre 2011
- [150] **QUATRIEME RECOMMANDATION** : Mise en œuvre d'un management adapté à l'ampleur de la démarche à faire aboutir. Ce management doit avoir pour objectif premier de faire adhérer les acteurs internes et externes à un grand projet de pôle régional hospitalo-universitaire Femme-Mère-Enfant dont l'actuel GCS n'est qu'une première phase, la totalité des regroupements devant être achevés d'ici 2016.
- [151] Hormis l'administrateur (pour des raisons de conformité aux textes), les cadres de direction affectés au GCS ne devront, à terme, sauf exception rare, appartenir ni à la hiérarchie du CHU ni à celle de Genval. Le GCS devra au plus vite procéder, avec les contraintes juridiques et financières à prendre en compte, au recrutement de nouveaux dirigeants. Compte tenu de l'ampleur de la tâche à accomplir, il doit se doter d'un « directeur » qui aura la pleine confiance des structures dirigeantes. Ce « directeur », en aucun cas issu du CHU ou de la fondation, devra avoir une bonne expérience du management, avec sa composante hospitalo-universitaire. Il se verra déléguer, en conformité avec les évolutions nécessaires du règlement intérieur du GCS, de très larges compétences par l'administrateur, auquel il rendra compte et sera l'interlocuteur essentiel, pour le pilotage du GCS, des instances et des partenaires internes du GCS. Une clarification écrite, protocolisée des champs de compétence, des lignes hiérarchiques et chaînes décisionnelles au sein du GCS devra être réalisée, en particulier pour ce qui concerne l'encadrement soignant.
- [152] Il conviendra de revenir sur le « paritarisme » Genval/CHU dans les circuits de décision, qui dans un premier temps de mise en place du GCS pouvait se comprendre, mais qui désormais n'amène qu'absence de clarté, paralysie des décisions. Un décideur compétent, unique, qui écoute, concerté, consulte, anime doit être la règle aux principaux niveaux de la hiérarchie du GCS. Ce n'est pas, pour l'essentiel, la situation rencontrée aujourd'hui.
- [153] **Echéance** : Processus à enclencher à partir d'octobre 2011

CONCLUSION

- [154] Ces dix recommandations sont à mettre en œuvre à partir d'octobre 2011 et doivent aboutir au moins partiellement pour sept d'entre elles dans les douze mois qui suivent, avec des résultats directs, mesurables tangibles, pour toutes et tous. La réussite du projet est dans ce cadre tout à fait envisageable.
- [155] Un encadrement strict des échéances et évolutions préconisées est à exercer par l'ARS PACA sur ce dossier. Le contrat et l'évaluation doivent présider à la démarche, qui ne peut réussir qu'avec l'adhésion des parties, sachant que ni la Fondation Lenval ni le CHU de Nice ne doivent être pénalisés au regard de la globalité des décisions à prendre.
- [156] Ces deux institutions en ressortiront consolidées.

Lettre de mission



MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

SECRETARIAT D'ÉTAT À LA SANTÉ

Direction générale de l'offre de soins
La Directrice générale de l'offre de soins

Dossier suivi par :
Marie-Ange DESAILLY-CHANSON
Conseillère médicale
Conseillère générale des établissements de santé
Tél. 01 40 56 67 48
marie-ange.desailly-chanson@sante.gouv.fr

Paris, le 07 FEV. 2011

DGOS-MADC- MERCURE N°2011-402

Note à Monsieur Pierre BOISSIER,
Chef de l'inspection générale des affaires sanitaires et sociales

**Objet : Demande de mission d'appui concernant le groupement de coopération sanitaire
CHU de Nice – Fondation Lénval**

Le directeur général de l'agence régionale de santé de Provence Alpes Côte d'Azur m'a saisi d'une demande d'appui auprès du groupement de coopération sanitaire CHU de Nice – Fondation Lénval. Ce GCS, de type expérimental, a pour objet le regroupement sur le site de Lénval de la pédiatrie des deux institutions permettant de constituer une d'activité suffisante de nature à maintenir sur Nice une pédiatrie de haut niveau. Le regroupement physique des activités s'est effectué durant l'été 2010.

Le directeur général de l'ARS a présidé à l'automne 2010 une réunion de travail afin de faire un premier bilan de cette opération. Au vu de l'importance des difficultés existantes, il a suggéré auprès de l'administrateur du GCS (Fondation Lénval) un double audit : l'un sur les systèmes d'information, dont l'ANAP doit rendre prochainement les conclusions, l'autre relatif au fonctionnement général du GCS.

Les conclusions de ce dernier audit, que le directeur général de l'ARS a pu se procurer, sont alarmantes : les dysfonctionnements sont tels que la sécurité des prises en charge se trouve fragilisée, que les conditions de travail sont particulièrement dégradées et le climat social enregistre des tensions sérieuses. Le management de l'administrateur est mis en cause et le rapport conclut au changement d'administrateur.

Cette situation compromet la seconde étape du projet qui visait au regroupement des maternités, afin de constituer un pôle mère-enfant solide et puissant.

Le maire de Nice, Christian Estrosi, est particulièrement attaché à ce projet. Toutes les tentatives engagées, pour amener les dirigeants de la Fondation à prendre les décisions qui s'imposent, ont échoué.

Les objectifs de cette mission urgente seront :

- S'assurer de la pertinence des conclusions de ce premier audit ;
- Suivre la mise en œuvre des recommandations.

Compte tenu du jeu des acteurs locaux, il serait souhaitable que cette mission d'appui soit assurée par un IGAS disposant d'une expérience solide et de nature à imposer sa légitimité incontestable devant les professionnels locaux. Au premier terme de trois mois, un rapport d'étape devra permettre de définir les suites à donner à cette mission.

Il serait souhaitable que cette mission puisse démarrer très rapidement, compte tenu du contexte. Toutes les informations nécessaires seront mises à disposition par l'ARS.

Avec mes remerciements

La Directrice Générale
de l'Offre de Soins

Annie PODEUR

Liste des annexes

1. Rapport du Professeur O. CLARIS, Chef du service Néonatalogie, Hospices civils de Lyon, en date du 27 mai 2011.
2. Rapport de Mme E .WILTZ, Coordonnateur général des soins, Hôpitaux universitaires de Strasbourg, en date du 26 mai 2011.
3. Note juridique FIDAL, en date du 7 juin 2011.
4. Note de présentation de la Fondation Genval, en date du 25 mars 2011.
5. Convention constitutive du GCS Hôpitaux pédiatriques de Nice CHU/ Genval en date de novembre 2008.
6. Arrêté d'approbation de la Convention constitutive GCS Hôpitaux pédiatriques de Nice CHU/ Genval, en date du 22 décembre 2008.
7. Règlement intérieur du GCS Hôpitaux pédiatriques de Nice CHU/ Genval, en date du 30 octobre 2009, modifié en assemblée générale du 30 septembre 2010.
8. Liste des personnes auditionnées.
9. Lettre du 5 octobre 2011 du Président de la Fondation Genval au Chef de l'IGAS
10. Réponse du Chef de l'IGAS au courrier du Président de la Fondation Genval

Annexe 1 : Rapport du Professeur O. CLARIS, Chef du Service Néonatalogie, Hospices Civils de Lyon, en date du 27 Mai 2011

GROUPEMENT HOSPITALIER EST
HOPITAL FEMME MERE ENFANT
 59 Bd Pinel
 69677 BRON Cédex

N° FINESS : 690 007 539

NEONATOLOGIE
REANIMATION NEONATALE

Chef de Service

Pr O. CLARIS

Praticiens Hospitaliers :

Dr A. BEISSEL
Dr K. BELLEMIN
Dr S. BLANC
Dr H. BOUAMARI
Dr C. CLAMADIEU
Dr A. COFFINIERES
Dr X. COTTIN
Dr H. GAUTHIER
Dr S. LABORIE
Dr F. PLAISANT
Dr M. PRUDON-BOUDJEMAA

Assistants Chef de Clinique :

Dr K. NGUYEN CHU
Dr P. VO VAN

Attachés :

Dr G. CLARIS-MEUNIER
Dr F. REGNIER
Dr W. SCHREYER

Pédopsychiatres :

Dr A. CLEMENT
Dr C. CHAUVIN
Dr K. PERPOINT

Psychologues :

I. CONTI
H. DUBOST
N. PRECAUSTA

Secrétariat :

Tél. : 04.27.85.52.83
Tél. : 04.27.85.52.84
Tél. : 04.27.85.52.85
Tél. : 04.27.85.53.54

Cadres infirmiers :

F. PILLET :
Tél. 04.27.85.61.68
C. DUHAMEL :
Tél. : 04.27.85.61.69

Réanimation néonatale 1 :

Tél. 04.27.85.56-28

Réanimation néonatale 2 :

Tél. : 04.27.85.56.31

Surveillance continue 1 :

Tél. : 04.27.85.56.35

Surveillance continue 2 :

Tél. : 04.27.85.56.37

Surveillance continue 3 - Néonat 3 :

Tél. : 04.27.85.56.36

Nouveau-nés 1 :

Tél. : 04.27.85.56.29

Nouveau-nés 2 :

Tél. : 04.27.85.56.30

Consultations Niveau 0 :

Tél. : 04.27.85.54.97



Hôpitaux de Lyon

Bron, le 27 mai 2011

OC/SS

**RAPPORT IGAS
2011**

Personnes rencontrées :

- Monsieur LECAT, Administrateur du GCS de la Fondation LENVAL
- Professeur BENCHIMOL, Doyen de la Faculté de Médecine de Nice
- Professeur Véronique PAQUIS, Généticienne, Adjointe au Maire, Chargée de mission auprès de Madame Valérie PECRESSE

Médecins :

- Professeur Eric BERARD, Responsable du Pôle (CHU)
- Docteur Didier DUPONT, Réanimateur (LENVAL)
- Professeur CRENESSE, Explorations fonctionnelles (CHU)
- Professeur ASKENAZY, Pédopsychiatre (LENVAL)
- Professeur ALBERTINI, Pneumo-pédiatre (CHU)
- Docteur DE RICAUD, (LENVAL)
- Docteur BERLIOZ, Pneumo-pédiatre (CHU)

- Docteur Elisabeth BAECHLER, Endocrinologue (LENVAL)
- Docteur Christian RICHELME, Neuro-pédiatre (CHU)
- Professeur BOUTTE (CHU)
- Equipe de Néonatalogie (CHU, 3 médecins)
- Equipe d'Onco-hématologie, 3 Médecins (CHU)
- Docteur Serge PERELMAN, Neuro-pédiatrie (LENVAL)
- Docteur HAAS, Urgentiste (CHU)
- Docteur Philippe BABE, Urgentiste (LENVAL)

Chirurgiens :

- Docteur STAEYERT (LENVAL)
- Docteur CLEMENT, Orthopédiste (LENVAL)
- Docteur EL HAYEK, Orthopédiste (CHU)
- Professeur VALLA, Chirurgie Viscérale (LENVAL)
- Docteur Jean-Yves KURZENNE, Chirurgie Viscérale (CHU)

Médecins Anesthésistes Réanimateurs :

- Docteur BREZAC (LENVAL)
- Docteur OPITZ (CHU)
- Docteur SCHNEIDER (CHU)

Introduction :

La réunion des équipes de pédiatrie du CHU et de la Fondation LENVAL a eu lieu en août 2010, alors qu'il n'y a pas eu de préparation réelle à un travail en commun de 2 équipes concurrentes et de culture différente. Avec l'accord de tous, l'administrateur du GCS provisoire est le directeur général de la Fondation LENVAL, le Chef de pôle est un PU du CHU et son Adjoint est un médecin de la Fondation LENVAL.

D'emblée, de nombreux problèmes techniques n'ont pas facilité la vie des acteurs :

- manque de lignes téléphoniques : très grandes difficultés pour le CHU d'appeler la Fondation LENVAL, impossible de joindre les médecins, délais d'attente inacceptables (la situation n'est toujours pas réglée à ce jour).
- Système informatique de prise de rendez-vous non fonctionnel et non adapté, malgré la présence, M'A-T'ON-DIT, sur place d'une personne proposée par la Société qui édite ce logiciel, avec refus de l'administrateur du GCS d'utiliser le logiciel du CHU pourtant considéré comme simple et fonctionnel par les utilisateurs rencontrés.
- Définition EVOLUTIVE des tâches de secrétariat, notamment encaissement devant être effectué par les secrétaires jusqu'à très récemment.

Tous les acteurs médicaux reconnaissent ou indiquent :

- que c'est un très beau projet et qu'on ne peut, ni doit, revenir en arrière,
- que de façon très regrettable, des décisions importantes ne sont, soit pas prises, soit non appliquées par l'administrateur du GCS,
- qu'il n'y a pas d'implication médicale assez importante et adaptée à la nouvelle situation due au regroupement avec le CHU dans la gouvernance actuelle du GCS,
- qu'il y a des différences de statut non acceptées entre les personnels non médicaux venant de la Fondation et ceux venant du CHU,
- que l'administrateur du GCS a commis des maladresses vexatoires à l'adresse des personnels du CHU même si (trop lentement) quelques petites améliorations se dessinent.

Le Responsable du pôle et son Adjoint s'entendent bien même s'il existe des divergences et si ce dernier vient de démissionner pour, semble-t-il, des raisons personnelles.

Le fonctionnement médical :

Les services de consultation, de chirurgie orthopédique et viscérale fonctionnent très bien.

Il existait depuis longtemps un service de Pédopsychiatrie à la Fondation LENVAL, dirigé par un PUPH qui a été le concurrent du psychiatre du CHU au moment de l'agrégation. Ce dernier exerce actuellement son activité dans le Service de Médecine et n'entretient aucun lien avec le service de Pédopsychiatrie.

La réunion des équipes d'anesthésistes n'a pas été simple, d'autant qu'il existe un manque de médecins anesthésistes mais deux sont attendus en juillet. Historiquement, il y eut un conflit entre les anesthésistes de la Fondation LENVAL, aboutissant au départ de l'une d'entre elles, par ailleurs, épouse de l'un des chirurgiens. Les habitudes de travail sont différentes, ceux de LENVAL trouvant que leurs confrères du CHU ne veulent pas de responsabilisation, ni de protocole, ni de planning, ni de Chef de service, mais ceux du CHU trouvant que leurs confrères de LENVAL sont trop rigides et trop en conflit avec les chirurgiens. Cependant, la situation s'est améliorée, un Chef de service a été élu. Même si les relations restent tendues, il ne m'a été signalé, ni dysfonctionnement médical majeur, ni danger particulier pour les patients, selon les anesthésistes, les chirurgiens et les autres médecins.

Le service des urgences est sous la responsabilité d'un médecin du CHU, mais l'ancien responsable des urgences de la Fondation LENVAL a une responsabilité définie. L'équipe infirmière adhère globalement au nouveau fonctionnement des urgences, et l'hiver, qui a été très chargé, s'est déroulé sans gros problèmes. Le nombre de passages annuels est

évalué à environ 50 000. Les deux médecins responsables ont des divergences d'organisation, mais l'entente est globalement correcte.

Le problème majeur concerne la médecine, dont l'activité est répartie au 5^{ème} étage (où l'on trouve une majorité de médecins du CHU), et au 4^{ème} étage (avec surtout des médecins de la Fondation LENVAL). Il existe effectivement 2 cultures différentes :

- les médecins de la Fondation LENVAL défendent une pédiatrie générale, avec un Chef de service connaissant tous les patients, assurant une séniorisation quotidienne, et exerçant une autorité.
- Les médecins du CHU délèguent aux internes, la séniorisation étant assurée chaque jour par un médecin différent. Ils sont habitués à des patients plus lourds, ils défendent l'organisation en surspécialités, et la réalisation des explorations fonctionnelles en un seul lieu et non pas chacun dans son coin lors de la consultation.

Il existe donc de vraies rivalités, des protocoles différents même d'un étage à l'autre .Il faut faire évoluer cette situation de séparation des médecines « LENVAL» et « CHU » .Ceci est anachronique et n'est pas acceptable dans le nouveau contexte du GCS hospitalo-universitaire.

L'organisation proposée par le Professeur BERARD, Chef de pôle n'a ménagé ni son temps ni ses efforts, mais il n'a pas été acceptée par tout le monde et son autorité n'est pas reconnue. Il a été accusé d'être diviseur par certains, que le Chef de pôle considère, lui, comme des médecins rigides et ne voulant pas changer d'habitudes. Depuis le mois d'août, il n'y a eu qu'une seule assemblée de médecins, en avril 2011, ce qui a été ressenti par certains comme le témoin d'une absence de volonté de fédérer les médecins.

Le Chef de pôle indique qu'il ne peut pas fonctionner, qu'il n'a accès à aucune des informations dont il disposait au CHU grâce au médecin DIM dont le mode de fonctionnement déplaît à l'administrateur du GCS. Le Professeur BERARD estime qu'on lui cache des informations, notamment sur l'activité du bilan financier, ce qui le gêne pour décider de la meilleure organisation et promouvoir un projet médical. Il est épuisé, a l'impression qu'il ne sert à rien, et est moralement affecté. Tous les acteurs reconnaissent cependant qu'il y a dans le GCS de très bons médecins et que la qualité des soins est, pour l'essentiel et sauf accident, assurée.

Le service d'onco-hématologie est resté sur le site de l'Archet 2 et se trouve donc bien isolé, ce qui rend la prise en charge de quelques cas d'enfants fragiles très compliquée. En effet, ils auraient besoin d'actes techniques radiologiques ou chirurgicaux sous anesthésie, et les déplacer n'est pas facile. Les équipes d'anesthésistes du site LENVAL ne peuvent (ne veulent) pas toujours monter sur le site de l'Archet 2, et certains transports se sont déroulés dans des conditions peu acceptables. **Il y a donc là un véritable risque médical.** En cas d'aggravation des patients, les néonatalogues proposent volontiers leur aide et la sécurité des soins est donc garantie.

Enfin, la néonatalogie reste également sur le site de l'Archet 2, avec la maternité assurant 2 500 accouchements. La maternité de la clinique Santa Maria assure également 2 500 accouchements sur le site de LENVAL. A la suite d'une décision de l'ARS, la néonatalogie est effectuée sur le seul site de l'Archet. En pratique, pour ne pas perdre de recrutement à la clinique privée Santa Maria, il persiste sur le site de LENVAL une certaine activité de

néonatalogie. L'isolement à l'Archet des néonatalogues, bien qu'étant membres du GCS, est inconfortable mais non dangereux.

Il convient cependant, au plus vite, de prendre les dispositions qui permettront de regrouper l'ensemble des activités du GCS dans des conditions correctes sur le site de Genval.

Implication médicale dans la gouvernance :

L'Administrateur du GCS est le Directeur Général de la Fondation LENVAL, de l'Hôpital Genval, établissement à but non lucratif, de la Clinique Santa Maria clinique à but lucratif (localisée dans le site de Genval), En outre, la radiologie n'est pas intégrée dans le GCS, et les équipements sont très majoritairement (scanner et IRM) utilisés par la médecine libérale. Une maison médicale libérale fonctionne en outre dans l'hôpital Genval...

Tous les médecins du CHU dénoncent ce mélange dans les localisations d'activités et les responsabilités cumulées des dirigeants. Certains médecins de la Fondation LENVAL estiment aussi que l'Administrateur du GCS devrait être indépendant de tout lien avec le CHU, la Fondation LENVAL, l'Hôpital Genval et, a fortiori, avec la clinique Santa Maria. Cette situation contribue à instaurer de la défiance entre la direction et une grande partie du corps médical qui ne s'implique donc pas dans des fonctions de management ou pour prendre des responsabilités. La confiance entre les médecins n'est pas totale, ce d'autant qu'il n'y a pas de projet fédérateur, ce qui explique qu'il est demandé par beaucoup un équilibre ou une certaine parité dans la répartition des responsabilités. Il n'y a donc pas de vrai pouvoir médical, d'où l'absence de décision, et du côté médical, et du côté administratif.

Comment améliorer la situation ?

- 1- Clarifier le profil de poste de l'Administrateur du GCS qui doit être indépendant de toute autre hiérarchie et de toute autre activité que celle du GCS,
- 2- mettre à plat le « projet médical » actuel qui doit être fédérateur, et probablement prévoir une étape intermédiaire prenant en compte certains départs prochains en retraite,
- 3- mettre en œuvre la proposition bien acceptée de directoire incluant des médecins, et de Comité Médical qui doit fonctionner régulièrement avec des médecins qui s'y investissent réellement, un président qui doit avoir la place qui lui revient et qu'il doit assumer pleinement,
- 4- maintenir un pôle médical unique même s'il peut être découpé en 5 à 7 secteurs médicaux (à définir par le projet médical futur),
- 5- proposer un nouveau Responsable du Comité médical et du Pôle élu par l'ensemble des médecins. Le Professeur BERARD n'a pas démerité, s'est beaucoup investi, mais est marqué par les multiples difficultés rencontrées et il paraît souhaitable de redynamiser le corps médical. Le responsable du Comité Médical et du pôle doit, comme tout Chef de pôle en CHU, avoir accès à tous les renseignements dont il a besoin pour pouvoir fonctionner efficacement, en accord avec la loi HPST. Il n'est pas forcément un universitaire, à condition qu'il

y ait dans son bureau un PUPH responsable de la recherche et de l'enseignement,

- 6- évoluer dans les meilleurs délais vers la phase 2 du GCS par un regroupement au sein du GCS et aussi géographique de l'ensemble des activités « Mère Enfant et Adolescent », digne de ce qui se fait dans les grands CHU de France et d'Europe, à la fois pour des raisons fonctionnelles, d'accueil, de qualité des soins, de meilleure sécurité, de formation des médecins et autres personnels, et d'optimisation économique.

L'enjeu est majeur, c'est celui de la survie d'une pédiatrie hospitalo-universitaire au CHU de Nice, dans la 5ème ville de France. Si les difficultés actuelles perdurent, les internes ne seront plus attirés, donc il sera difficile de recruter des chefs de clinique, puis des praticiens, et la situation ne sera certainement pas attractive pour attirer un PUPH de haut niveau.



Professeur Olivier CLARIS.

Annexe 2 : Rapport de Mme E .WILTZ, Coordonnateur Général des Soins, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, en date du 26 Mai 2011

Rapport d'expertise paramédicale suite à la visite les 11 et 12 mai 2011

La nouvelle structure issue de la réunion de l'essentiel des activités de l'hôpital Genvat et du pôle pédiatrique du CHU, présente de bonnes capacités. Les équipes paramédicales sont dynamiques et compétentes (forte proportion d'infirmières puéricultrices, haut niveau d'expertise en pédiatrie, forte implication des cadres de santé). En revanche, l'existence d'une double hiérarchie paramédicale trouble le jeu et entraîne de la démotivation. Par ailleurs, les tensions entre médecins impactent également le climat et les conditions de travail des personnels paramédicaux.

Enfin, les différences de statuts, de modalités organisationnelles, de typologie de patients exigent une clarification du pilotage et de l'accompagnement des changements.

Qualité et sécurité des soins

Effectifs et moyens de remplacement

Les effectifs-cibles théoriques sont adaptés pour un bon niveau de prise en charge des patients. Mais la politique des moyens de remplacement manque de gestion prévisionnelle, notamment dans le service de réanimation où l'on recourt parfois aux intérimaires.

Recours aux heures supplémentaires

La gestion des heures supplémentaires mérite d'être clarifiée. Cette absence de lisibilité crée des rivalités entre les personnels venant du CHU et ceux de Genvat.

Préconisation d'une véritable politique de RH

Il faut clarifier les règles du jeu (politique de remplacement, embauche de CDD, heures supplémentaires - selon les secteurs et les spécialités) et communiquer auprès des équipes. Ces règles doivent être connues de tous et appliquées équitablement, tant pour la gestion prévisionnelle que pour les absences de dernière minute.

Organisation des soins

Elle semble bonne, voire très bonne, pour les urgences par exemple, avec cependant des secteurs qui méritent un diagnostic approfondi : réanimation pédiatrique, consultations, blocs opératoires.

Consultations/Blocs/chirurgie

On pratique systématiquement une «sur planification» des interventions chirurgicales prévisionnelles ce qui oblige en permanence à déprogrammer des opérations : report de malades, annulations d'opérations le jour même, etc.

Filière onco-hématologique pédiatrique

Il faut revoir les conditions d'accès à la réanimation, au plateau technique et bloc opératoire. Les conditions de transferts de l'Archet à Genval paraissent problématiques.

Activité

J'ai constaté, le jour de ma visite que le taux d'occupation des services était plutôt bas. Il faut faire le point sur l'activité et l'adaptation des effectifs à l'activité avec des tableaux de pilotage clairs.

Préconisations

La mise à plat des organisations et la rédaction de référentiels de bonnes pratiques qui sont en cours de rédaction ne pourront qu'améliorer la qualité.

Climat social et conditions de travail

Risque de démobilisation

Les cadres soignants me sont apparus comme étant majoritairement de bon niveau, voire excellent, mais si la situation actuelle devait perdurer, elle pourrait entraîner une démobilisation. Des indices de lassitude apparaissent (risques de départs).

Je n'ai pas eu d'entretiens approfondis avec les IDE, mais lors de mes passages dans les services y compris la nuit, à l'occasion de quelques échanges, j'ai rencontré un personnel accueillant et ouvert à la discussion, qui m'a fait bonne impression.

Les services sont bien tenus. Les IDE disposent d'outils de travail adaptés (dossiers paramédicaux communs et homogènes) propices à la continuité des soins.

Je n'ai pas eu le sentiment que l'on pouvait aller, à ce stade, vers un conflit social de type forte grève.

Préconisation

Il y a eu des bouleversements profonds dans les habitudes de travail (passage aux 12 heures, équipes de nuits gérés par les cadres de jour) qui ne sont pas encore métabolisés. Il faut donc accompagner ces changements en portant une attention aux personnes en écoutant, concertant, expliquant ce qui n'est pas suffisamment fait actuellement et qui crée un véritable malaise.

Pour éviter la fuite des compétences et d'expertise, il convient de stabiliser les équipes, et envisager une politique de fidélisation ce qui ne me paraît pas acquis pour le moment.

Le management paramédical

Autant les cadres de proximité m'ont paru bons, voire excellents pour certains, autant la double hiérarchie (DS, CSS) est un frein au bon développement de la nouvelle structure et doit impérativement disparaître dans les meilleurs délais.

Des missions mal définies

La juxtaposition de deux hiérarchies a pour conséquence un conflit de compétences entre deux leaders sur le même territoire ou sur des secteurs très voisins, voire qui se recoupent. Cela brouille la transmission hiérarchique pour les cadres pour qui le «n+1» n'est pas clairement défini. D'où sentiments d'incertitude et tendance pour les cadres à se solidariser avec leur responsable d'origine. La coopération, pourtant indispensable, se fait mal.

Les cadres se sont plus ou moins accommodés de la «double hiérarchie» et envoient systématiquement leurs mails d'informations et de demandes aux deux responsables.

Depuis décembre 2010, des réunions de travail animées par les deux responsables ont été instituées deux fois par mois, mais leur fonctionnement reste «pesant» et ne répond pas à l'attente des cadres. Les réunions manquent de spontanéité, assurent des participants. Il n'y a pas véritablement échange d'idées, ni discussions possibles.

Enfin, les réunions se tiennent systématiquement sur le site de Genval ce qui est mal perçu par certains cadres qui souhaiteraient que les réunions se tiennent parfois à Larchet.

Dynamisme des cadres

Au sein de leurs services, les cadres paraissent assumer correctement leurs missions et l'accompagnement des équipes.

Une dizaine de groupes de travail pluridisciplinaires pilotés par des Cadres de Santé mettent à jour les référentiels de pratiques professionnelles. Des actions de formations continues internes sont organisées.

Les cadres ont rédigé un projet soignant qui mérite d'être valorisé et d'obtenir l'adhésion des équipes.

Je remarque que la CSS - qui coordonne l'ensemble de ces groupes de travail- a pour objectif de fédérer les équipes pluridisciplinaires autour d'une prise en charge de qualité et de sécurité.

Style managérial

Les deux responsables, la Directrice de Soins (DS) et le Cadre supérieur de pôle (CSS) ont deux types de fonctionnement très différents. Aucun n'est pleinement satisfaisant. Et ils ne sont pas complémentaires.

La DS pratique une proximité très étroite, allant jusque dans le contrôle des détails, y compris avec les cadres et IDE. Elle a un style très directif sans doute efficace au premier degré mais qui passe mal selon certains interlocuteurs. Il gagnerait à être plus concerté tout en conservant la même efficacité.

Le CSS est dans une logique de réunions et de projets et semble plus éloigné (trop sans doute) des aspects concrets que ne l'est le DS. Elle a un style participatif et fédérateur mais qui manque de précision.

Préconisations

Il y a deux solutions :

Écarter les deux personnes en question, avec toutes les conséquences et contraintes que cela suppose (reclassement, nouveau recrutement, etc.)

Ou bien, garder les deux personnes mais en modifiant profondément le fonctionnement de la hiérarchie et structure de soins. Ce serait un changement à accompagner.

Un nouvel organigramme

L'unique pôle du GCS doit être dirigé -pour les paramédicaux- par une personne (cadre supérieur de pôle ou éventuellement directeur de soins), avec le médecin responsable de pôle, assisté d'un conseiller de gestion.

Cet ensemble travaillerait en interface avec l'équipe de direction du GCS

Il faut une seule personne, de préférence un Cadre de pôle qui gère les équipes paramédicales.

Ce fonctionnement aurait l'avantage de la clarté du management et de la prise de décision. Il induirait une ligne directrice claire et permettrait l'adhésion des cadres et équipes paramédicales au projet. Cette clarification est très fortement attendue par les équipes.

Cette clarification est aussi indispensable pour les équipes médicales qui auront un interlocuteur unique.

Reste à savoir, si cette personne «dirigeante» peut être l'actuelle DS ou l'actuelle CSS. Ou faut-il recruter une nouvelle personne. ?

Les cadres souhaitent que l'administrateur du CGS organise des réunions régulières, ce qui n'est pas le cas. Il me paraît nécessaire pour favoriser l'évolution de la structure que de telles réunions soient régulièrement organisées. Ce serait perçu comme un signe important de reconnaissance du travail accompli par les cadres.

Profil des personnes

- *Directrice des soins* (un cadre de santé faisant fonction)

Elle a une bonne analyse des situations de soins et une vision cohérente de l'intérêt des patients. Elle sait décider et a une excellente connaissance de l'institution dans ses divers aspects.

Elle souhaite rester le leader mais elle ne crée pas les conditions d'intégration des nouvelles équipes. Veut garder le contrôle des ressources humaines.

- *Cadre supérieur de pôle*

Veut maîtriser ses secteurs, élabore des projets, travailleuse, consciencieuse. Excellentes connaissances techniques des spécialités et des besoins de prise en charge des enfants et familles. Management des équipes fondé sur l'écoute,....

N'est pas en situation d'assurer un leadership, ce qui ne veut pas dire qu'elle n'en aurait pas les capacités.

- *Parmi les cadres*

J'ai remarqué trois cadres de proximité qui me paraissent bonnes managers d'équipes et expérimentées avec de bonnes analyses de situation et de bons positionnements.

Pilotage du changement

Si les deux personnes dirigeantes restent dans la structure, ce qui me paraît souhaitable, il faut mettre les deux personnes précitées au même niveau de hiérarchie pour qu'il n'y en ait pas une qui dépende de l'autre et impérativement séparer, clarifier les activités et les domaines d'intervention.

Je suggère que l'actuelle « Directrice de soins » n'intervienne plus dans la gestion quotidienne du « pôle » et des ressources humaines. Elle pourrait superviser les secteurs hors GCS (inter-secteurs de pédopsychiatrie 3 et 5, diagnostic anténatal, centre laser, imagerie, stérilisation centrale et école d'auxiliaire de puériculture). Au sein du GCS, elle pourrait également être positionnée sur les vigilances, la gestion des risques liés aux soins et initier des projets d'amélioration dans ces domaines. Elle participerait également aux différentes commissions : Clud, Clan, Clin, relations avec les usagers.

L'actuelle « Cadre supérieur de pôle » pourrait dès lors assurer pleinement son rôle, mais avec une véritable politique de gestion des soins (organisation des soins et suivi du projet de soin) de gestion des ressources humaines : politique de recrutement, de mobilité interne, de projet de développement de poly-compétence et d'expertise, de remplacement, de formation et de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences. Elle animerait l'équipe des cadres et c'est elle qui les évaluerait.

Il faudrait cependant qu'en prenant la dimension de son poste elle sache intégrer les équipes venant de l'hôpital Lenval.

Si l'on choisit cette solution, la Direction du GCS doit accompagner le changement et fixer des objectifs avec un suivi et des évaluations.

SYNTHESE ET CONCLUSION :

Il existe un très bon potentiel handicapé par divers problèmes ou insuffisances de management.

- insuffisante clarification de la répartition des attributions dans la hiérarchie soignante. Evolution rapide à prévoir, en termes de séparation des domaines de responsabilités et de rattachement à un niveau hiérarchique unique : la direction du GCS.

-insuffisante concertation : l'information des équipes et la mise en place de documents de suivi est à faire véritablement. Le climat social et la motivation des cadres soignants devraient à terme s'en trouver améliorés. A ce jour l'état d'esprit des soignants et des cadres est souvent morose et le découragement est réel.

- organisation des soins : qui est globalement correcte, même si elle doit être impérativement améliorée rapidement par des guides de bonnes pratiques et référentiels finalisés, rédigés. Plusieurs secteurs où des évolutions fortes sont particulièrement attendues.

Fait à Strasbourg, le 26 mai 2011
Esther WILTZ

Annexe 3 : Note Juridique FIDAL, en date du 7 Juin 2011



**GCS « HÔPITAUX PÉDIATRIQUES DE
NICE CHU – LENVAL »
Note juridique à l'attention de Monsieur
le Directeur Général de l'Agence
Régionale de santé PACA
7 juin 2011**

Lors de notre rendez-vous en date du 17 mai 2011, en présence de Monsieur Paul CASTEL, membre de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), Monsieur le Directeur Général de l'Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur a sollicité une note juridique portant sur l'organisation du GCS « HÔPITAUX PÉDIATRIQUES DE NICE CHU – LENVAL ».

Dans ce cadre, nous ont été remis les documents suivants :

1. la convention constitutive du GCS « HÔPITAUX PÉDIATRIQUES DE NICECHU – LENVAL » ;
2. le règlement intérieur du GCS « HÔPITAUX PÉDIATRIQUES DE NICE CHU– LENVAL » ;
3. l'arrêté d'approbation de la convention constitutive du GCS « HÔPITAUX PÉDIATRIQUES DE NICE CHU – LENVAL » en date du 22 décembre 2008 pris par Monsieur le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur.

En considération de l'analyse des pièces du dossier qui nous a été remis, nous sommes d'avis de formuler les observations ci-après exposées :

I – CARACTERISTIQUES DU GCS « HÔPITAUX PÉDIATRIQUES DE NICE CHU – LENVAL »

I.1 – LA CREATION DU GCS « HÔPITAUX PÉDIATRIQUES DE NICECHU – LENVAL »

Par arrêté du 22 décembre 2008, Monsieur le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur a approuvé la convention constitutive du groupement de coopération sanitaire (G.C.S.) dénommé « HÔPITAUX PÉDIATRIQUES DE NICE CHU – LENVAL ».

Les membres du G.C.S. sont, à hauteur de 50% des droits chacun :

- Le CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NICE – 4 avenue Reine Victoria – BP 1179 – 06003 NICE cedex 1 ;
- La FONDATION HOPITAL LENVAL – 57 avenue de la Californie – 06200 NICE

Le G.C.S. « HÔPITAUX PÉDIATRIQUES DE NICE CHU – LENVAL » a pour objet, pour le compte de ses membres :

« - *La création et la gestion d'un pôle unique de pédiatrie.*

A cet effet, le groupement :

- *Est autorisé à exploiter les autorisations de pédiatrie détenues par le CHU de Nice et par la Fondation Lenval (médecine et spécialités médicales, chirurgie, urgences, réanimation néonatale et néonatalogie, réanimation pédiatrique, service universitaire de psychiatrie infanto juvénile), et à dispenser à ce titre des soins remboursables aux assurés sociaux.*

- *Participe aux missions de soins de service public hospitalier et aux missions hospitalo-universitaires d'enseignement, de recherche et d'innovation en pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire de Nice.*

- *Gère les missions d'intérêt général dévolues par la convention constitutive (prévention et éducation asthme, consultations conduites addictives, mort subite du nourrisson, plan cancer pédiatrique, centre d'action médico-sociale précoce, plan périnatalité ainsi que toute activité de réseau ou de centre de ressources et d'expertise en pédiatrie).*

Pour mener à bien ses missions, le groupement :

- *Assure la gestion administrative des hôpitaux pédiatriques de Nice CHU LENVAL, notamment l'accueil et l'admission des patients, la facturation et le recouvrement, la mise en place et la gestion du système d'information, la tenue et la conservation du dossier médical et sa communication, couvertures assurantielles du groupement.*

- *Gère les équipements d'intérêt commun mis à la disposition du groupement et nécessaire à l'exploitation de ses activités.*

- *Dispose et gère les locaux mis à sa disposition nécessaires à la réalisation de ses activités.*

- *Organise et assure les interventions des professionnels médicaux, y compris les professionnels hospitalo-universitaires, et des professionnels non médicaux dans le strict respect des statuts de chacun.*

- *Participe à toute action de coopération et à tout réseau de santé utile à la réalisation de son objet.»*

La convention constitutive du G.C.S. a été conclue pour une durée indéterminée, à compter de la date de publication de l'arrêté d'approbation au recueil des actes administratifs de la préfecture de région.

Dans l'arrêté du 22 décembre 2008, il a été prévu que l'**expérimentation portant sur les modalités de prise en charge par l'assurance maladie des frais d'hospitalisation du GCS «HÔPITAUX PÉDIATRIQUES DE NICE CHU – LENVAL »** débutera le 1er mai 2009, avec une durée prévisionnelle de 4 ans (soit, un terme fixé au 30 avril 2013).

Aux termes de l'article 23 de la convention constitutive, le groupement de coopération sanitaire « HÔPITAUX PÉDIATRIQUES DE NICE C.H.U. – LENVAL » est de droit privé.

I.2 – FONDEMENT JURIDIQUE DU GCS EXPERIMENTAL« HÔPITAUX PÉDIATRIQUES DE NICE CHU – LENVAL »

L'arrêté du 22 décembre 2008 de Monsieur le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur fonde l'expérimentation sur l'arrêté du Ministre de la santé et des solidarités en date du 16 avril 2007 pris en application de l'article L. 6133-5 du Code de la santé publique.

L'article L. 6133-5, dans sa rédaction issue de la loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006, dispose que « *pendant une durée maximale de cinq ans à compter du 1er janvier 2004, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut autoriser des groupements de coopération sanitaire à conduire une expérimentation portant sur les modalités de rémunération des professionnels médicaux des établissements membres de ces groupements et des médecins libéraux pour la part de leur activité qu'ils exercent au sein de ces groupements et sur les modalités de prise en charge par l'assurance maladie des frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés par ces groupements lorsqu'ils sont autorisés dans les conditions définies à l'article L. 6133-1* ».

Ces groupements « expérimentaux » sont constitués en vue de réaliser l'un des objectifs suivants :

« *1° Remplir une mission de soins autorisée dans les conditions mentionnées à l'article L. 6133-1 ;*

2° Constituer une équipe commune de professionnels médicaux exerçant son activité au bénéfice d'une mission de soins assurée par les établissements de santé membres du groupement. »

L'arrêté du 16 avril 2007 a fixé le cahier des charges de l'expérimentation mentionnée à l'article L. 6133-5 du Code de la santé publique.

Cet arrêté indique notamment ce qui suit :

« *1. Les **pré-requis exigés des groupements candidats** :*

1.1. La composition des groupements candidats

*Les groupements candidats sont **composés exclusivement** d'un établissement public de santé et d'un établissement de santé **privé à but non lucratif participant au service public hospitalier** mentionné au b de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale. »*

La participation d'un établissement de santé privé à but lucratif a, en conséquence, été expressément écarté.

L'arrêté du 16 avril 2007 prévoit également ce qui suit :

L'objet des groupements candidats, défini précisément par leur convention constitutive, prévoit en conséquence :

1. L'exercice d'une mission de soins au titre du service public hospitalier

Les groupements candidats ont pour objet de remplir une mission de soins, à laquelle ils sont autorisés dans les conditions définies à l'article L. 6133-1 du code de la santé publique, et qui constitue une mission de service public hospitalier, au même titre que les autres missions assurées par les membres du groupement.

*Ces missions sont exercées par le groupement **dans le respect des exigences relatives à l'exécution du service public hospitalier.** »*

I.3 – GOUVERNANCE DU GCS

A/ L'assemblée générale

Aux termes de l'article 13.2 de la convention constitutive du GCS, seul le représentant légal du membre ou en cas d'absence de ce dernier, son mandataire, peut participer au vote au sein de l'assemblée générale du GCS. En conséquence, en principe, vote pour le compte du CHU de NICE, Monsieur le Directeur Général du CHU, et pour le compte de la FONDATION LENVAL, Monsieur le Président de la Fondation.

Aux termes du même article 13.2, les délibérations de l'Assemblée Générale sont adoptées à l'unanimité des membres présents ou représentés (chacun des membres disposant, pour mémoire, de 50% des droits de vote).

Aux termes de l'article 13.3 de la convention constitutive, « l'Assemblée délibère sur les questions relevant de sa compétence selon les termes de la présente convention et notamment :

1. La définition de la politique générale du Groupement, recouvrant le Projet d'Établissement et notamment le Projet médical, ainsi que le Plan Directeur,
2. Le budget annuel, y compris la fixation des moyens mis à disposition, leur valorisation et leurs modalités de remboursement, le montant des éventuelles avances consenties par les membres et leurs modalités de versement,
3. L'approbation des comptes de chaque exercice et l'affectation des résultats;
4. La nomination et la révocation du commissaire aux comptes,
5. Le choix du contrôleur de gestion,
6. La fixation des participations respectives des membres aux charges du Groupement,
7. Toute modification de la convention constitutive,
8. L'admission de nouveaux membres,
9. L'exclusion d'un membre,
10. La constatation et conditions du retrait d'un membre,
11. La modification de capital,
12. L'organisation du groupement en pôle(s) d'activité et dans ce cadre, le découpage en services, unités fonctionnelles et structures internes du ou des pôle(s),
13. La désignation du ou des responsables médical (aux) de pôle,
14. les contrats internes avec le(s) responsable(s) de pôle, fixant les objectifs prioritaires d'activité, de qualité et financiers du pôle, les moyens et indicateurs de suivi, les modalités d'intéressement ainsi que les conséquences en cas d'inexécution du contrat,
15. les délégations de gestion au(x) responsable(s) de pôle, nécessaires à l'exécution du contrat interne,
16. les modalités de représentation des pôles au sein de l'assemblée générale,
17. La demande de certification prévue à l'article L 6113-4 du Code de la Santé publique,
18. Les conditions de remboursement des indemnités de mission de l'administrateur,
19. Les actions en justice et les transactions,
20. les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation relatifs au domaine public, les conditions des baux de plus de dix-huit ans,
21. La participation à des actions de coopération et notamment l'adhésion à des structures de coopération ou le retrait de l'une d'elles,
22. La participation, la création, l'encadrement ou le retrait d'un réseau de santé,
23. Les conditions et modalités de fixation et de versement des rémunérations des praticiens libéraux ainsi que leurs modifications,
24. Les demandes d'autorisation d'activité ou d'équipement lourd,
25. Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens visé aux articles L 6114-1 et suivants du code de la santé publique,
26. La prorogation et la dissolution du groupement ainsi que les mesures nécessaires à sa liquidation,
27. La décision de recours à l'emprunt,

28. *Les délégations éventuelles confiées à l'administrateur,*
29. *L'établissement du règlement intérieur.* »

B/ L'administrateur

Le Groupement est administré par un administrateur, élu en son sein par l'Assemblée Générale pour une durée de trois ans, renouvelable.

Le Directeur Général de la FONDATION LENVAL, Monsieur Bernard LECAT, a été élu en qualité de premier administrateur lors de l'assemblée générale constitutive du Groupement qui s'est tenue le 30 octobre 2009, pour une durée de trois années. Son mandat d'administrateur expirera donc le 29 octobre 2012.

Aux termes de l'article 14 de la convention constitutive, « *l'administrateur assure plus particulièrement dans le cadre de l'administration du Groupement, les missions suivantes :*

1. *Préparation et exécution des décisions de l'Assemblée Générale et notamment de l'exécution du budget qui aura été adopté,*
2. *Présidence des assemblées générales,*
3. *Convocation des assemblées générales,*
4. *Représentation du Groupement dans tous les actes de la vie civile et en justice,*
5. ***Gestion courante du Groupement,***
6. *Dans les rapports avec les tiers, il engage le groupement pour tout acte entrant dans l'objet de ce dernier,*
7. *Participation de droit aux instances consultatives du groupement et notamment au comité médical du groupement et au(x) conseil(s) de pôle.*

Il peut en outre recevoir délégation de l'Assemblée Générale conformément à l'article 13.3 des présentes. »

L'article 4-2 du règlement intérieur du GCS « *Compétences de l'administrateur* » ajoute ce qui suit :

« *L'administrateur est chargé de l'administration du groupement. Il a **compétence sur tous les sujets qui ne sont pas du ressort de l'assemblée générale** (cf article 13-3 de la convention constitutive).* »

II – ANALYSE JURIDIQUE

II.1 – L'ORGANISATION DE LA GOUVERNANCE

Aux termes de l'article L. 6133-3 du Code de la santé publique, dans sa rédaction issue de l'ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 :

« *L'assemblée générale des membres du groupement est **habilitée à prendre toute décision intéressant le groupement.*** »

Il résulte de la législation (inchangée sur ce point) que l'assemblée générale à pleine compétence pour prendre **toutes** les décisions intéressant le GCS.

Elle a une compétence générale.

L'article L. 6133-3 dispose également que l'assemblée « *élit, en son sein, un administrateur qui est chargé de la mise en oeuvre de ses décisions* ».

Contrairement à un directeur d'établissement public de santé qui dispose de compétences propres fixées par la loi, distinctes de celles réservées au conseil de surveillance de l'établissement,

l'administrateur ne dispose pas de compétences propres prévues par la loi, autres que celles d'exécuter les décisions de l'assemblée générale et de représenter le groupement vis-à-vis des tiers.

En effet, aux termes de l'article R. 6133-15, « *l'administrateur prépare et exécute les décisions de l'assemblée générale. Il représente le groupement dans tous les actes de la vie civile et en justice. Dans les rapports avec les tiers, il engage le groupement pour tout acte entrant dans l'objet de ce dernier. Il assure l'exécution du budget adopté par l'assemblée générale.* »

L'article R. 6133-13 prévoit que dans les matières autres que celles expressément énumérées au sein de cet article R. 6133-13, l'assemblée générale peut donner délégation à l'administrateur.

La loi, en attribuant à l'assemblée générale du GCS compétence pour prendre **toutes** les décisions intéressant le GCS a entendu confier spécifiquement à cette instance le pouvoir de décision au sein du GCS.

En conséquence, toute délégation de compétence au profit de l'administrateur doit nécessairement être limitée, tant dans les domaines de compétence délégués, que dans la durée.

La gouvernance mise en oeuvre au sein du GCS « HÔPITAUX PÉDIATRIQUES DE NICE C.H.U. – LENVAL », qui attribue à l'administrateur de manière générale, la totalité des compétences au sein du GCS sous la seule réserve de celles que la loi interdit expressément à l'assemblée générale de déléguer, n'est pas conforme aux règles ci-dessus mentionnées qui doivent être respectées.

II.2 – L'EXPERIMENTATION DANS LE CADRE DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

Ainsi qu'il a été exposé ci-dessus, il résulte de la législation applicable qu'un GCS expérimental ne peut être constitué qu'entre un établissement public de santé et un établissement de santé privé à but non lucratif admis à participer au service public hospitalier.

En raison de la coopération particulièrement forte qui découle de la création d'un GCS expérimental, il a été prévu par les textes que seul des établissements assurant le service public hospitalier, qu'ils soient publics ou privés à but non lucratifs, pouvaient être admis à le constituer, afin d'écartier toute interférence de personnes poursuivant un but lucratif, ce qui est le cas des cliniques exploitées par une société commerciale.

Le GCS « HÔPITAUX PÉDIATRIQUES DE NICE C.H.U. – LENVAL », composé du CHU DE NICE et de la FONDATION LENVAL semble, au premier abord, parfaitement répondre à l'exigence ainsi fixé.

Il convient toutefois de s'interroger sur la situation réelle, au regard de l'avis n° 337103 de la section sociale du Conseil d'État, en date du 12 février 1985.

Dans cet avis, le Conseil d'État, saisi par le ministre des Affaires sociales et de la Solidarité nationale, a été interrogé sur le point de savoir si, compte tenu des liens de fait qui les unissent à des sociétés commerciales, il est possible de considérer que des établissements d'hospitalisation privés gérés par des associations et admis, à ce titre, à participer au service public de l'hospitalisation sont en réalité des établissements à caractère lucratif.

Le Conseil d'État a été d'avis de répondre qu'en réservant aux établissements à but non lucratif la participation à l'exécution du service public, la loi « *a exclu non seulement les établissements qui, à raison du statut de la personne morale dont ils dépendent, sont par nature des établissements à but lucratif, mais également ceux qui, bien que constitués sous forme d'association ou sous toute autre forme de personne morale à caractère non lucratif, se livrent, en fait, à des activités lucratives* ».

Le Conseil d'État a ajouté : « *il peut en être ainsi notamment dans le cas où les dirigeants de l'établissement ou de l'association gestionnaire sont, en droit ou en fait, liés à des personnes morales ou physiques poursuivant une activité commerciale en relation avec le fonctionnement de l'établissement hospitalier* ».

La Fondation LENVAL, fondation reconnue d'utilité publique, est l'associé unique de l'EURL Maternité LENVAL, qui est elle-même actionnaire majoritaire de la SA Polyclinique SANTA MARIA qui exploite une clinique à but lucratif, sur le site de la FONDATION LENVAL et des HÔPITAUX PÉDIATRIQUES DE NICE C.H.U. – LENVAL, au 57 avenue de la Californie. La Polyclinique SANTA MARIA exploite une activité de chirurgie, de cancérologie, de chirurgie esthétique et de maternité (2.300 accouchements par an).

Il n'entre pas dans notre mission de déterminer si les liens que unissent la FONDATION LENVAL avec la Polyclinique SANTA MARIA sont de nature à remettre en cause son statut, au regard de l'avis du Conseil d'État du 12 février 1985.

En revanche, il nous semble contraire à ce qui a été exposé ci-dessus, notamment à la volonté d'écarter les personnes poursuivant un but lucratif des GCS expérimentaux, que les dirigeants de la FONDATION LENVAL, de la Polyclinique SANTA MARIA et du GCS « HÔPITAUX PÉDIATRIQUES DE NICE C.H.U. – LENVAL » soient identiques.

Les projets en cours, notamment celui visant à transférer la maternité du CHU DE NICE sur le même site que celui des HÔPITAUX PÉDIATRIQUES DE NICE C.H.U. – LENVAL, illustrent le risque de conflit d'intérêts.

CONCLUSION

La loi, en attribuant à l'assemblée générale du GCS compétence pour prendre **toutes** les décisions intéressant le GCS a entendu confier spécifiquement à cette instance le pouvoir de décision au sein du GCS.

En conséquence, toute délégation de compétence au profit de l'administrateur doit nécessairement être limitée, tant dans les domaines de compétence délégués, que dans la durée.

La gouvernance mise en œuvre au sein du GCS « HÔPITAUX PÉDIATRIQUES DE NICE C.H.U. – LENVAL », qui attribue à l'administrateur de manière générale, la totalité des compétences au sein du GCS sous la seule réserve de celles que la loi interdit expressément à l'assemblée générale de déléguer, n'est pas conforme aux règles ci-dessus mentionnées qui doivent être respectées.

Par ailleurs, il a été rappelé que l'arrêté du 16 avril 2007, relatif aux GCS expérimentaux, a fixé comme pré-requis que ces GCS soient composés exclusivement d'un établissement public de santé et d'un établissement de santé privé à but non lucratif participant au service public hospitalier.

Dans un avis n° 337103 de sa section sociale en date du 12 février 1985, le Conseil d'État a souligné que le caractère non lucratif d'un établissement de santé privé pouvait être remis en cause « *dans le cas où les dirigeants de l'établissement ou de l'association gestionnaire sont, en droit ou en fait, liés à des personnes morales ou physiques poursuivant une activité commerciale en relation avec le fonctionnement de l'établissement hospitalier* ».

Il nous semble contraire à ce qui a été exposé ci-dessus, notamment à la volonté d'écarter les personnes poursuivant un but lucratif des GCS expérimentaux, que les dirigeants de la FONDATION LENVAL, de la Polyclinique SANTA MARIA et du GCS « HÔPITAUX PÉDIATRIQUES DE NICE C.H.U. – LENVAL » soient identiques.

Fait à Aix-en-Provence
Le 7 juin 2011

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'D. Dioque', written over a horizontal line.

Denis DIOQUE
Avocat Associé

Annexe 4 : Note de présentation de la Fondation LEINVAL, en date du 25 Mars 2011

LA FONDATION LENVAL

Note de présentation synthétique 25 Mars 2011

La présente note a été établie à l'intention de Monsieur Paul CASTEL, Inspecteur Général des Affaires Sociales.

1°) La personne morale :

1.1. L'origine :

« L'Hospice LENVAL pour enfants malades » a ouvert ses portes en 1888 sur le site actuel. Il n'existe pas à l'époque d'établissement spécialisé dans la prise en charge des enfants sur la Côte d'Azur. Jusqu'à la création du CHU de Nice il y a environ 40 ans, LENVAL demeurera le seul établissement capable d'assurer une prise en charge pluridisciplinaire en pédiatrie.

1.2. L'organisation statutaire :

Les statuts de la Fondation LENVAL n'ont pas été révisés depuis 1932. Son Administration repose sur un Conseil d'Administration de 12 membres dont 3 représentants de la puissance publique (nommés par le Préfet des Alpes-Maritimes).

Le Conseil d'Administration élit en son sein un Bureau (Président, Vice-président, Trésorier et Secrétaire). A noter que le Trésorier représente la Fondation en justice - et dans les actes de la vie civile.

Le Conseil d'Administration se réunit 5 à 6 fois par an en règle générale. Le Bureau du Conseil d'Administration est pour sa part réuni pratiquement chaque semaine à l'initiative de son Président.

Les statuts organisent encore le fonctionnement d'un « Comité des dames protectrices de l'œuvre ». Ce Comité, dont les membres sont nommés par le Conseil d'Administration, organise des manifestations de générosité pour soutenir l'action de la Fondation.

1.3. Les Instances consultatives :

Elles sont constituées au niveau de la Fondation et non pas au niveau des établissements. C'est le cas de la conférence médicale (selon la terminologie issue de la loi HPST) et de l'ensemble des institutions représentatives du personnel.

La conférence médicale est composée de l'ensemble des praticiens titulaires (hôpital et secteur social). Elle élit en son sein un Bureau qui compte actuellement une demi-douzaine de

membres. La commission médicale ne s'est en pratique plus réunie en formation plénière depuis le regroupement des services de pédiatrie le 3 août 2010.

Les instances représentatives du personnel : elles sont constituées sur le modèle applicable à tout établissement privé : comité d'entreprise, comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail et délégués du personnel. Ces instances se réunissent avec une parfaite régularité. Elles sont présidées par la Direction.

1.4. La Direction :

La création d'une direction salariée s'est imposée après la dernière guerre mondiale. Aujourd'hui, elle participe aux réunions du CA et de son bureau, préside le Comité d'entreprise et le CHSCT, reçoit les délégués du personnel et conduit les éventuelles négociations sociales. De manière générale, la Direction est chargée de la gestion quotidienne des activités. L'association des praticiens, des soignants et des cadres administratifs aux décisions de gestion est assurée dans le cadre de la réunion hebdomadaire de deux instances :

- les réunions de Direction qui se tiennent tous les lundis matin et associent l'ensemble des cadres administratifs. Une fois par mois, ces réunions sont ouvertes aux Directeurs des établissements sociaux et médico-sociaux ;
- les réunions Direction – Chefs de service. Avant le regroupement des services de pédiatrie de LENVAL et du CHU de Nice, ces réunions également hebdomadaires associaient les chefs de service de l'Hôpital LENVAL, le Directeur Général, le Directeur Général Adjoint et la Directrice des soins. Depuis le regroupement de la pédiatrie, une réunion mensuelle se tient entre la Direction et les chefs des services demeurant rattachés à LENVAL (pharmacie, imagerie, psychiatrie).

2°) Les activités en gestion directe :

La Fondation LENVAL gère directement l'hôpital LENVAL, un centre d'imagerie en coupes et plusieurs activités à caractère social et médico-social. Chacune de ces activités non personnalisées au plan juridique, dispose de l'autonomie budgétaire et ses comptes obéissent aux règles qui sont propres à l'activité considérée. L'ensemble est consolidé au niveau de la Fondation par le jeu de comptes de liaisons, comme le prévoit aujourd'hui la réglementation.

2.1. L'hôpital LENVAL :

L'établissement participe au service public hospitalier depuis que cette possibilité a été ouverte aux établissements non lucratifs. C'est aujourd'hui un établissement de santé privé d'intérêt collectif.

- **les activités** : l'hôpital exerce des activités uniquement pédiatriques en médecine, chirurgie, psychiatrie infanto juvénile, réanimation, néonatalogie et urgences.

En dehors du site de la Promenade des Anglais, l'Hôpital LENVAL fait fonctionner plusieurs hôpitaux de jour et centres médico-psychologiques entre Cagnes-sur-Mer et Menton.

A noter que l'hémato *cancérologie pédiatrique* a été regroupée par accord entre le CHU de Nice et la Fondation LENVAL sur le site de l'Archet le 1^{er} décembre 2004. Les personnels de LENVAL exercent sur ce site par convention depuis cette date.

En ce qui concerne la *néonatalogie*, l'autorisation de réanimation néonatale a été retirée à LENVAL par l'ARH pour être confiée au seul CHU de Nice. A la date du regroupement des

services de pédiatrie. LENVAL demeurait autorisé en néonatalogie et soins intensifs de néonatalogie.

S'agissant de la *réanimation pédiatrique* le SROS prévoit un seul site de réanimation pédiatrique à Nice. Dans le cadre du regroupement des services de LENVAL et du CHU, une autorisation ayant vocation à être codétenue par les deux établissements est en cours de délivrance par l'ARS.

Il en est de même pour le site d'accueil des *urgences*.

Jusqu'au 24 juillet 2010, LENVAL faisait fonctionner un laboratoire de biologie sans compter l'ensemble des éléments de plateaux techniques nécessaires à l'exercice de son activité. Par convention avec le CHU de Nice, l'activité de biologie est exercée par lui depuis cette date.

La plupart des activités cliniques ont été regroupées au sein du GCS constitué avec le CHU de Nice le 3 août 2010.

- **les effectifs:** il convient en premier lieu de les apprécier à la date du regroupement des services de pédiatrie. A cette date l'hôpital LENVAL disposait de :
 - 484,89 ETP non médicaux ;
 - 52,23 ETP médicaux non compris 21 postes d'internes et chefs de clinique.

Compte tenu des règles adoptées dans le cadre du GCS Hôpitaux Pédiatriques de Nice CHU- LENVAL, le nombre d'ETP non médicaux a notablement augmenté depuis le 3 août 2010. Il s'établit à ce jour à 529,37 ETP.

- **les moyens budgétaires :** au 31 décembre 2009, les comptes de l'hôpital font apparaître les éléments principaux suivants :
 - dépenses : 43 247 159,42 €
 - recettes : 42 056 255,69 €
 - déficit : (- 1 190 303,73 €)

Au 2 août 2010, les comptes de l'hôpital sur les 7 premiers mois de l'année sont équilibrés (sous réserve d'une écriture concernant des exercices antérieurs).

2.2. Le centre d'imagerie en coupes :

LENVAL a disposé dès la fin des années 80 d'une autorisation d'IRM. Une autorisation d'un scanner lui a délivrée en 2004. Ces deux modalités fonctionnent dans le cadre d'un centre privé d'imagerie géré directement par la Fondation, en dehors de la structure hospitalière.

En 2010, l'activité a été la suivante :

- scanner : 11038 examens ;
- IRM : 9856 examens.

Les produits de ces activités s'élèvent à 2 228 344,58 € en 2010.

Les appareils sont mis à la disposition des praticiens de l'Hôpital LENVAL (aujourd'hui du GCS) d'une part et de praticiens libéraux d'autre part. Les conventions actuellement en vigueur prévoient la participation de nombreux médecins libéraux au fonctionnement de ces deux modalités d'imagerie.

2.3. Les activités à caractère social et médico-social :

- *La Pouponnière :*

Elle fait fonction de foyer de l'enfance du département des Alpes Maritimes pour les 0-3 ans. Elle dispose d'environ 40 places complétées par un placement familial spécialisé. Son fonctionnement s'appuie sur 74,5 agents ETP pour des dépenses de 4 342 823,73 € en 2010.

- *L'Institut Henri Germain :*

Il accueille des enfants polyhandicapés en internat (36 lits) et semi internat (9 places). Il salarie 60,5 agents ETP et dispose d'un budget de 3 906 240,23 € en 2010.

- *L'Institut les Chanterelles :*

Il prend en charge en semi internat des enfants atteints de surdités sévères et profondes et quelques enfants dysphasiques. Ses équipes comptent 23,75 agents EPT auxquels s'ajoute l'effectif enseignant d'une école publique intégrée à l'établissement. Il dispose d'un budget de dépenses annuel de 1 423 463,23 €

Dans le secteur social et médico-social, LENVAL anime encore un centre d'action médico-sociale précoce, une consultation de protection maternelle et infantile, un centre ressources autismes EST-PACA. La Maison des adolescents des Alpes-Maritimes, et sur le même site, le Carrefour Santé Jeunes du Conseil Général, peuvent également être rangés dans cette rubrique. A noter que la Maison des adolescents sert de siège à un réseau de santé pour adolescents en cours de création à l'échelle du département des Alpes-Maritimes.

3°) Les activités filialisées :

3.1. L'EURL Maternité Lenval :

Pour parvenir à créer une maternité sur le site de l'Hôpital LENVAL en 1995, une filiale à 100% dénommée « EURL Maternité Lenval » a été créée. L'autorisation d'ouvrir 23 lits de maternité a finalement été délivrée à cette société et ces lits ont été apportés à la Clinique SANTA MARIA qui, entre temps, avait obtenu l'autorisation de transférer sa propre maternité sur le site de LENVAL. L'EURL Maternité Lenval gère uniquement aujourd'hui un centre de lasers dermatologiques (2 ETP salariés et des médecins libéraux) pour un chiffre d'affaires annuel de 350 000 € environ correspondant à la mise à disposition des équipements. Cette société détient depuis l'apport à SANTA MARIA des 23 lits précités et à la suite de divers achats d'actions, plus de 60% du capital de la SA Polyclinique SANTA MARIA. Elle a vocation à rassembler la quasi-totalité du capital entre ses mains à partir de 2015.

Les lasers dermatologiques sont mis à la disposition de praticiens libéraux au nombre de 35 au jour des présentes.

3.2. La Polyclinique SANTA MARIA :

C'est un établissement de statut commercial disposant d'une centaine de lits et exerçant son activité principalement en gynécologie obstétrique. La Clinique génère un chiffre d'affaires de 13 627 885 € en 2010 pour un résultat légèrement excédentaire. Son fonctionnement s'appuie sur 159,44 salariés ETP et sur 57 médecins praticiens libéraux.

3.3. Le GIE Groupe Lenval Services :

Un groupement d'intérêt économique a été constitué entre SANTA MARIA et LENVAL pour gérer les activités de ménage et de restauration de ses membres. Le GIE s'approvisionne à la cuisine centrale du CHU et assure la distribution des repas à tous les établissements de LENVAL et à SANTA MARIA, comme il fait fonctionner le self service commun.

Le GIE assure encore le ménage pour toutes les parties communes du site Promenade des Anglais, pour l'essentiel des services de SANTA MARIA et pour une partie des services relevant aujourd'hui du GCS ou de LENVAL.

4°) Les outils immobiliers :

Pour financer l'essentiel de sa reconstruction, LENVAL n'a bénéficié d'aucune subvention publique. Il a été décidé au début des années 90 de créer une SCI (SCI Villa Marie Ladislas) dont le capital appartient en totalité à des personnes morales sans but lucratif : la Fondation LENVAL et l'Association des Amis de Lenval, cette dernière ne détenant qu'une part sociale. Cette opération a notamment permis de récupérer la TVA sur l'ensemble des opérations de construction.

Trois autres SCI de moindre importance ont été constituées sur le même modèle tant en ce qui concerne la détention du capital que s'agissant de l'option TVA :

- SCI Badat République ;
- SCI Germain St Antoine ;
- SCI Joffre Raynardi (en cours).

Annexe 5 : Convention Constitutive du GCS Hôpitaux Pédiatriques de Nice CHU/ LENVAL en date de Novembre 2008



CONVENTION CONSTITUTIVE DU GROUPEMENT DE COOPERATION SANITAIRE « HOPITAUX PEDIATRIQUES DE NICE CHU – LENVAL »

PREAMBULE

Afin d'apporter dans le domaine de la pédiatrie hospitalière une réponse optimale en termes de continuité, de qualité et de sécurité des soins aux besoins de la population du territoire de PACA-Est / Haute-Corse / Monaco, la Fondation Lenval et le C.H.U. de Nice se sont engagés dans une démarche forte de coopération.

Pour ce faire la fondation LENVAL et le Centre Hospitalier Universitaire de Nice entendent renforcer leur intervention commune afin de faire franchir le seuil de l'excellence à la pédiatrie niçoise et d'offrir une prestation globale et cohérente.

Par protocole d'Accord approuvé par leurs organes délibérants en avril 2004, les établissements sont convenus de procéder à un regroupement de leurs activités de pédiatrie et de constituer ensemble une structure commune dénommée « Hôpitaux pédiatriques de Nice C.H.U. – Lenval » pour atteindre les objectifs forts de cohérence médicale, développés et déclinés par les deux établissements membres dans le cadre du «Projet médical de l'enfant et de l'adolescent 2008-2012 » :

- Offrir aux patients un parcours unique et non concurrentiel à Nice ;
- Favoriser la couverture des besoins ainsi que le maintien et le développement des spécialités en cohérence avec le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS III) et son annexe, et dans ses dimensions de proximité et d'expertise ;
- Renforcer la sécurité médicale au service des soins dans un ensemble structuré et de qualité ;
- Développer l'ensemble des fonctions d'enseignement et de recherche ;

- Développer les coopérations et le travail en réseau avec les autres partenaires de santé régionaux et nationaux à partir de la structure pédiatrique constitué par les deux établissements.

Les objectifs d'une coopération dans le cadre d'une structure unique constitue le moyen d'envisager un avenir global pour la pédiatrie et pour chacune des spécialités et de répondre à un certains nombre d'interrogations relatives aux prises en charge attendues et à l'organisation médicale souhaitée par les médecins par rapport à l'organisation préexistante.

Les établissements entendent également porter leurs efforts sur le développement de l'activité d'enseignement et de recherche telle qu'elle est déjà mise en oeuvre dans plusieurs domaines, tant au niveau des étudiants en médecine, des personnels non médicaux, que de la formation médicale continue.

La recherche clinique, qu'elle soit à promotion institutionnelle ou industrielle, doit être dynamisée.

En matière **d'enseignement**, il s'agit de :

- L'adaptation du projet d'enseignement des étudiants de deuxième cycle à la nouvelle organisation en pôles. La répartition des étudiants doit tenir compte de cette évolution avec une réflexion sur les capacités d'accueil et de formation des services de chacune des structures ou pôles. Celle-ci doit également être en lien avec l'évolution des maquettes d'enseignement facultaire ;
- L'adaptation du projet d'enseignement des internes selon certains axes prédéterminés ;
- Inciter et favoriser l'accomplissement des obligations de formation médicale continue des praticiens ;
- Accompagner les jeunes médecins dans la gestion de leur carrière hospitalo-universitaire (conseil, tutorat) ;
- Accompagner la formation continue des personnels non médicaux.

En matière de **recherche**, il s'agit de :

- améliorer la participation aux travaux de recherche clinique par l'anticipation dans la réponse aux appels à projets (PHRC 2008 : thématique **pédiatrique et pédopsychiatrique**)
- consolider le positionnement en recherche clinique de la nouvelle structure sur le territoire régional et inter régional par la Création d'une unité fonctionnelle de recherche clinique autonome et gérée par une commission de recherche
- garantir les interactions avec les structures labellisées du CHU (CRB UTCG, centres de références et de compétences) ;
- poursuivre la structuration des liens avec l'Université de Nice Sophia Antipolis.

La pédiatrie CHU/ LENVAL a donc vocation à assurer tous les soins pédiatriques dans un contexte de réseaux régionaux et nationaux.

Dans le cadre d'une réflexion portée par les deux partenaires, il s'est avéré indispensable de développer ou de renforcer certaines surspécialités, à se porter candidat pour certains soins spécialisés soumis à autorisation ministérielle, à proposer des centres de référence, à organiser des réseaux de dépistage et de soins pédiatriques sur la région, à s'intégrer dans les réseaux de soins nationaux ou interrégionaux.

Cette ambition, qui repose sur un projet médical commun, conduit à structurer le regroupement des activités assurées par les deux établissements, à une répartition de ces activités organisées autour d'unités fonctionnelles, et à une mutualisation des moyens de fonctionnement, et à des organisations de travail homogène communes à l'ensemble des personnels sur chacun des deux sites.

Pour mettre en oeuvre ce projet, les établissements sont convenus de créer dans les conditions ci-après déterminées un groupement de coopération sanitaire.

Ils sollicitent l'autorisation de mener l'expérimentation tarifaire visée à l'article L. 6133-5 du code de la santé publique pour l'ensemble des activités pédiatriques hospitalières et hospitalo-universitaires regroupées.

A cet effet, ils conservent leurs autorisations administratives respectives dont ils délèguent l'exploitation conformément à l'article L. 6133-1 dudit code.

Les deux établissements conviennent en outre dès l'approbation de la convention constitutive, d'une charte de fonctionnement des Hôpitaux Pédiatriques de Nice, qui fixe les principes fondateurs du fonctionnement du pôle de pédiatrie et prépare notamment le futur règlement intérieur du G.C.S. Les dispositions de la convention constitutive et celles de la charte de fonctionnement constituent un tout indissociable.

Enfin, la Fondation LENVAL et le CHU de Nice assurent que la constitution du pôle d'excellence unique en pédiatrie est la première étape de la mise en oeuvre d'une organisation commune devant aboutir à la création d'un pôle d'excellence Femme-Mère-Enfant intégrant à terme l'activité de gynécologie-obstétrique.

Vu le Code de la Santé publique et notamment les articles L 6133-1 et suivants ;

Vu [les avis et délibérations du CHU de Nice] ;

Vu [les avis et délibérations de la Fondation Lenval] ;

Les soussignés sont convenus des stipulations qui suivent :

TITRE I - CONSTITUTION

ARTICLE 1 - CREATION

Il est constitué entre les soussignés :

1 – LE CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NICE

Etablissement public de santé

Hôpital de Cimiez

4, Avenue Reine Victoria

BP 1179

06003 NICE CEDEX 1

Représenté par son Directeur Général, Monsieur Emmanuel BOUVIER-MULLER, dûment habilité à l'effet des présentes par délibération du Conseil d'Administration en date du 21 décembre 2006

ET

2 – LA FONDATION LENVAL

Agissant pour le compte de l'Hôpital Lenval, établissement de santé privé participant au service public hospitalier, dont le siège est :

57, avenue de la Californie
06200 NICE

Représentée par le Président de son Conseil d'Administration, Monsieur Pierre COSTA, dûment habilité à l'effet des présentes par délibération du Conseil d'Administration en date du 21 décembre 2006

un groupement de coopération sanitaire régi par les articles L 6133-1 et suivants du code de la santé publique, les textes en vigueur et par la présente convention.

ARTICLE 2 - DENOMINATION

La dénomination du groupement est « Hôpitaux pédiatriques de Nice C.H.U. – LENVAL ».

Dans tous les actes et documents émanant du Groupement et destinés aux tiers, devra figurer la dénomination suivie de la mention: « Groupement de Coopération Sanitaire ».

ARTICLE 3 - OBJET

Le groupement a pour objet de faciliter, d'améliorer et de développer l'activité de ses membres par la création et la gestion d'un pôle d'excellence unique en pédiatrie et à terme d'un pôle d'excellence unique Femme-Mère-Enfant en intégrant la gynécologie obstétrique.

A cet effet, le groupement, pour le compte de ses membres :

1. est autorisé à exploiter, par décision du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation de Provence-Alpes-Côte d'Azur, les autorisations administratives de pédiatrie détenues par le C.H.U. de Nice et par la Fondation Lenval (médecine et spécialités médicales, chirurgie, urgences, réanimation néonatale et néonatalogie, réanimation pédiatrique, service universitaire de psychiatrie infantile), à dispenser à ce titre des soins remboursables aux assurés sociaux et à développer des activités d'éducation et de prévention ;

2. participe aux missions hospitalo-universitaires d'enseignement, de recherche et d'innovation en pédiatrie du centre hospitalier universitaire de Nice,

3. gère les missions d'intérêt général, qui lui sont dévolues, concernant notamment :

- Prévention et Education Asthme
- Consultations conduites addictives
- Mort subite du nourrisson
- Plan cancer pédiatrique
- Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
- Plan périnatalité
- Toute activité de réseau ou de centre de ressources et d'expertise en pédiatrie.

Pour mener à bien ses missions, le groupement :

- Met en oeuvre le projet médical de l'enfant et de l'adolescent 2008-2012 établi par les deux établissements membres, en assure le suivi et apporte toute modification utile et nécessaire.
- gère les équipements d'intérêt commun mis à la disposition du groupement par ses membres et nécessaires à l'exploitation de ses activités, notamment :
 - locaux d'hébergement des patients ;
 - plateaux de consultations, plateaux techniques et blocs opératoires ;
 - pharmacie à usage intérieur, y compris la stérilisation ;
 - matériels de toute nature et installations diverses.
- assure la gestion administrative des Hôpitaux pédiatriques de Nice C.H.U. – Lerval notamment l'accueil et l'admission des patients, la facturation et le recouvrement, la mise en place et la gestion du système d'information, la tenue et la conservation du dossier médical et sa communication,
- dispose et gère les locaux nécessaires mis à sa disposition pour la réalisation de ses activités,
- bénéficie des couvertures assurantielles des deux établissements membres ou contracte, en tant que de besoin, les assurances nécessaires à la couverture des risques propres aux Hôpitaux pédiatriques de Nice C.H.U. – Lerval,
- organise et assure les interventions des professionnels médicaux, y compris des professionnels hospitalo-universitaires, et des professionnels non médicaux relevant des membres dans le strict respect de chacun des statuts concernés,
- participe à toute action de coopération et à tout réseau de santé avec les professionnels du secteur sanitaire et du secteur médico-social, utile à la réalisation de l'objet.

Le C.H.U. et la Faculté de Médecine actualisent la convention hospitalo-universitaire, afin de permettre la poursuite des activités hospitalo-universitaires au sein du groupement.

Le groupement pour le compte de ses membres assure la préfiguration du futur pôle Femme-Mère-Enfant, la constitution de ce pôle intégrant la gynécologie-obstétrique étant un élément consubstantiel à l'engagement des deux établissements.

ARTICLE 4 – SIEGE

Le GCS a son siège à Nice. Le siège est établi dans l'établissement, dont relève l'administrateur.

Il pourra être transféré en tout autre lieu par décision de l'Assemblée Générale.

ARTICLE 5 - DUREE

Le Groupement est constitué pour une durée indéterminée qui commencera à courir à compter de la date de la publication de l'acte d'approbation de la présente convention.

ARTICLE 6 – CAPITAL

Le groupement est constitué avec un capital de 50 000 € réparti comme suit :

- Le CHU de Nice : 25 000 €
- La Fondation Lentral: 25 000 €

Ces sommes sont versées dans les caisses du groupement sur appel de l'administrateur, dans les trente jours de cet appel.

Le capital du groupement s'élève à la somme de 50 000 euros divisé en 2 parts de 25 000 euros chacune.

Les parts sociales sont indivisibles à l'égard du groupement qui ne reconnaît qu'un seul propriétaire pour chaque part.

Le capital du groupement pourra être modifié par décision de l'Assemblée Générale.

TITRE II – DROITS ET OBLIGATIONS DES MEMBRES

ARTICLE 7 - ADMISSION - EXCLUSION - RETRAIT

Article 7.1. Admission

Compte tenu de son objet, le groupement n'a pas vocation à admettre de nouveaux membres.

Les règles d'admission sont visées à l'article R.6133-5 du code de la santé publique.

Article 7.2. Exclusion d'un membre

Le groupement ne comportant que deux membres et n'ayant pas vocation à admettre de nouveaux membres, la procédure d'exclusion ne peut être engagée.

En cas de non-respect grave ou répété des obligations de l'un des membres, l'autre peut alors engager une procédure de conciliation prévue à l'article 16 des présentes.

A défaut ou en cas d'échec, il peut également demander la convocation de l'Assemblée en vue de la dissolution anticipée du Groupement, conformément à l'article 18 des présentes.

Article 7.3. Retrait d'un membre

En cours d'exécution de la convention tout membre peut se retirer du Groupement. Compte tenu de l'objet poursuivi, des moyens mis en service et des engagements des établissements membres notamment au titre de l'action expérimentale visée à l'article L. 6133-5 du code de la santé publique, ce retrait ne peut toutefois intervenir avant l'expiration de l'expérimentation.

Le membre du Groupement désirant se retirer doit notifier son intention à l'administrateur du Groupement par courrier recommandé avec demande d'avis de réception, cinq ans au moins avant la clôture de l'exercice au terme duquel interviendra son retrait. Ce délai de préavis a pour objet de permettre à l'autre partie de trouver les solutions architecturales et d'assurer la continuité des soins conformément à l'article 18.

L'administrateur en avise aussitôt chaque membre ainsi que le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation et convoque une assemblée générale qui devra se tenir 60 jours au plus tard après la réception de la notification de retrait.

Le groupement ne comportant que deux membres, la notification de retrait entraîne de plein droit la dissolution du Groupement qui devra être constatée par ladite Assemblée Générale, dans les conditions prévues à l'article 18 des présentes.

Dans cette hypothèse, les établissements rechercheront avec l'accord de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, les solutions autorisant la continuité des soins sans que la population ne puisse être pénalisée et dans le respect des intérêts de chacun.

ARTICLE 8 - DROITS SOCIAUX ET OBLIGATIONS DES MEMBRES

Article 8.1. Détermination des droits sociaux

Les droits des membres du Groupement sont fixés proportionnellement à leurs apports tels que fixés à l'article 6 de la présente convention constitutive.
La liste des apports figure en annexe de la présente convention.

L'attribution des droits au jour de la signature est la suivante :

- CHU de Nice: 1 part, soit 50 % du total,
- Fondation Lenal : 1 part, soit 50 % du total,

TOTAL : soit 100 % du total

Article 8.2. Droits et obligations

Les membres du groupement ont les droits et obligations qui résultent des dispositions légales ou réglementaires, de la présente convention constitutive et du règlement intérieur.

Les membres du groupement sont tenus d'adopter un comportement loyal et sincère propre à assurer la bonne réalisation par le groupement de coopération sanitaire des missions qui lui sont confiées conformément à la présente convention.

Chaque membre du Groupement a le droit, dans la proportion du nombre de ses droits sociaux rapportés au nombre total attribué à l'ensemble des membres du Groupement, de participer avec voix délibérative à l'assemblée générale des membres.

Chaque membre du groupement a le droit d'être tenu informé de la marche des affaires dans les conditions statutaires. En sus des informations données lors de l'assemblée générale annuelle, chaque membre a le droit d'être informé à tout moment sur l'activité du groupement, sauf à ce que ce droit dégénère en abus par sa fréquence ou l'importance disproportionnée des renseignements ou informations demandés.

Dans les rapports entre eux, les membres du Groupement sont tenus des obligations de celui-ci.

En cas de déséquilibre budgétaire du groupement, les membres contribuent aux dettes dans les conditions visées à l'article 10 de la convention constitutive.

Dans le cas d'une liquidation du Groupement, chaque membre est responsable des dettes à proportion de ses droits sociaux.

Dans leur rapport avec les tiers, les membres sont responsables des dettes du Groupement dans les mêmes proportions que celles prévues ci-dessus en cas de liquidation.

Les membres du Groupement ne sont pas solidaires entre eux.

TITRE III – FONCTIONNEMENT

ARTICLE 9 – MODALITES D'INTERVENTION DU PERSONNEL

9-1 Principe de non recrutement par le GCS

Le GCS n'a pas vocation à recruter directement les personnels nécessaires à l'exercice de ses missions.

A compter de la signature de la convention constitutive, tout nouveau recrutement des médecins, chirurgiens, pharmaciens, radiologues, biologistes et odontologistes est assuré par le C.H.U. de Nice dans le cadre des textes en vigueur en matière de praticien hospitalier – professeurs des universités et autres praticiens hospitalo-universitaires, de praticien hospitalier, de praticien attaché et praticien attaché associé et d'assistant des hôpitaux à l'exclusion des assistants associés et de praticien contractuel des établissements publics de santé.

Les procédures de recrutement sont définies dans le règlement intérieur.

9-2 Personnel mis à la disposition du groupement

En l'absence de recrutement direct, les membres du Groupement entendent privilégier la mise à la disposition de celui-ci, des personnels médicaux et non médicaux des établissements membres correspondant quantitativement et qualitativement aux moyens humains qui sont nécessaires à la réalisation de son objet social, conformément au budget adopté par l'assemblée générale.

La mise à la disposition n'est pas une position statutaire. En effet, les personnels mis à la disposition du groupement restent régis selon les cas, par leur contrat de travail, par la convention ou accord collectif de travail, par le statut qui leur sont applicables.

Ainsi, par principe, les personnels hospitaliers et hospitalo-universitaires des deux établissements poursuivent leurs activités au sein du groupement sans aucune modification statutaire. Ils ne sont ni affectés, ni mis à disposition ni détachés.

Il en va notamment de même des internes et des étudiants.

Les mises à la disposition du groupement constituent des participations en nature qui sont remboursées à l'euro l'euro par le groupement au membre concerné.

Les mises à la disposition du groupement sont valorisées et se traduisent dans la comptabilité du Groupement par des écritures de charges.

9-3 Principes d'organisation et fonctionnement des équipes

Les activités médicales et non médicales exercées dans le cadre du groupement doivent reposer sur des organisations de travail homogènes communes à tous les personnels quel que soit leur statut.

La nouvelle organisation du travail arrêtée au sein du groupement doit répondre aux exigences réglementaires relatives au temps de travail et aux normes de sécurité.

Sera favorisée une politique sociale fondée sur une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et sur une politique de formation permettant d'adapter emplois et qualifications aux nouveaux besoins.

Les modalités de constitution de ces équipes et les conditions de leurs interventions seront précisées dans le règlement intérieur.

ARTICLE 10 - BUDGET ET COMPTES

L'exercice budgétaire commence le 1er janvier et finit le 31 décembre de chaque année.

Par exception, le premier exercice du groupement commencera au jour de la prise d'effet de la présente convention.

Le groupement, conformément à l'accord tripartite annexé aux présentes, demande à conduire une expérimentation portant sur les modalités de prise en charge par l'assurance maladie et autres organismes payeurs, des frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés, conformément aux dispositions de l'article L. 6133-5 du code de la santé publique. Le groupement se dote d'un système d'information patient unique et d'une comptabilité analytique médicalisée.

En conséquence, les ressources du Groupement permettant le financement de ses activités pourront être assurées par :

- à titre principal :
 - _ de financements de l'assurance maladie,
 - _ de versements des patients ou de leurs ayant-cause (Etat, mutuelles, assurances, etc),
- à titre accessoire et subsidiaire :
 - _ le financement au titre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) visées à l'article 3,
 - _ le financement au titre des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) visées à l'article 3,
 - _ les subventions de l'Etat et des Collectivités territoriales au titre des CAMSP et des centres de ressources,
 - _ les participations des membres :

soit en numéraire sous forme de contribution financière ou recette du budget annuel. Ces contributions tiendront notamment compte des financements obtenus par l'un ou l'autre membre au titre des activités qu'il réalise au sein du groupement et qui ne peuvent être versés directement par l'assurance maladie aux groupements de coopération sanitaire. Il s'agit notamment mais non exclusivement, au jour de la signature des présentes, du financement des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) ainsi que du financement des missions d'intérêt général (MIG), lorsque ces dernières ne peuvent pas être versées directement au G.C.S. pour des motifs réglementaires. Le groupement sera également destinataire de tout ou partie des sommes versées au titre de leur activité libérale, par les praticiens temps plein exerçant au sein du groupement.

soit en nature sous forme de mise à disposition de locaux ou de matériels ou par l'intervention de professionnels dans les cas prévus aux articles précédents de la convention constitutive. Ces mises à la disposition du groupement sont valorisées conformément aux modalités arrêtées par l'assemblée générale et sont remboursées à l'euro l'euro aux membres concernés.

_ les financements exceptionnels de l'Etat et des collectivités territoriales,

_ les dons manuels.

Pour assurer son fonctionnement et permettre la réalisation de l'objet du G.C.S. tel que précisé à l'article 3, les membres du groupement procèdent à des mises à disposition en équipement, locaux, matériels, personnels, telles que visées en annexe à la convention.

Le groupement se substituera pour la durée du groupement, aux deux établissements dans l'utilisation, la maintenance et l'entretien des locaux nécessaires au pôle de pédiatrie. A ce titre, le groupement disposera des droits et obligations y afférents. Les équipements et matériels mis à disposition du groupement par un membre restent la propriété de celui-ci.

Les modalités de fixation et de paiement des éventuelles participations annuelles des membres sont déterminées par le règlement intérieur.

En tant que de besoin, les participations des membres définies lors de la constitution du Groupement ou de l'adhésion d'un nouveau membre sont révisables chaque année dans le cas de la préparation du projet de budget.

Les membres sont tenus des dettes du Groupement dans la proportion de leurs droits, conformément à l'article 8 des présentes.

Le budget approuvé chaque année par l'Assemblée Générale inclut l'ensemble des opérations de recettes et de dépenses prévues pour l'exercice.

Il fixe le montant des crédits nécessaires à la réalisation des objectifs du Groupement en distinguant :

- les dépenses et les recettes de fonctionnement, isolant en particulier les dépenses de personnels ;
- le cas échéant, les dépenses et les recettes d'investissement.

Le budget est voté en équilibre réel. Les résultats de l'exercice, s'ils existent, seront reportés sur l'exercice suivant.

ARTICLE 11 - TENUE DES COMPTES

La comptabilité du Groupement est tenue et sa gestion assurée selon les règles de droit privé.

Les comptes sont certifiés annuellement par un commissaire aux comptes titulaire et un commissaire aux comptes suppléant, désignés par l'assemblée générale. Ils ne peuvent avoir de relations professionnelles directes ou indirectes avec l'un des membres du groupement.

La durée du mandat sera de six années.

Le commissaire aux comptes présente chaque année un rapport sur les comptes lors du conseil d'administration appelé à donner un avis sur les comptes du groupement relatifs à l'exercice précédent.

ARTICLE 12 - CONTRÔLEUR DE GESTION

Il est désigné un contrôleur de gestion par l'assemblée générale, pour une durée de trois ans renouvelable.

Les membres désigneront le contrôleur parmi les responsables de direction de l'établissement dont n'est pas issu l'administrateur.

Il a pour mission de contrôler que les actes de gestion de l'administrateur correspondent aux missions qui lui sont confiées par la convention constitutive et par décisions de l'assemblée générale et dispose à cette fin du droit de demander à celui-ci tous renseignements et informations utiles à sa mission.

Il participe de droit au Conseil de gestion.

Les fonctions de contrôleur sont gratuites, les frais exposés pour ces contrôles sont remboursés.

Il présente chaque année un rapport sur la gestion du groupement lors de l'Assemblée Générale appelée à examiner les comptes de l'exercice précédent.

TITRE IV – INSTANCES

ARTICLE 13 – ASSEMBLEE GENERALE

Article 13.1. Composition de l'Assemblée Générale

L'Assemblée Générale du groupement se compose :

- le Président d'honneur, désigné parmi des personnalités extérieures et choisi ensemble par le C.H.U. de Nice et la Fondation Lenval.

- Pour le C.H.U. de NICE (7) :
 - du président du Conseil d'Administration ou de son représentant,
 - du directeur général ou de son mandataire qu'il aura désigné à cet effet,
 - du président de la C.M.E. ou en cas d'empêchement du vice-président,
 - d'un administrateur désigné par le conseil d'administration du C.H.U.,

- d'un directeur adjoint,
- d'un représentant du personnel désigné par le conseil d'administration du C.H.U.,
- d'un représentant des usagers désigné par le conseil d'administration du C.H.U..
- Pour la Fondation LENVAL (7) :
 - du président du Conseil d'Administration ou du mandataire qu'il aura désigné à cet effet,
 - du directeur général,
 - du représentant du corps médical désigné par le Conseil d'Administration ou de son mandataire,
 - d'un administrateur désigné par le conseil d'administration de la Fondation Lenal,
 - d'un directeur adjoint,
 - d'un représentant du personnel désigné par le conseil d'administration de la Fondation Lenal,
 - d'un représentant des usagers désigné par le conseil d'administration de la Fondation Lenal.
- du responsable de pôle ou du représentant des responsables de pôle,
- du Président du comité médical du groupement ou en cas d'empêchement ou d'absence du vice-président,
- du Doyen de la Faculté de Médecine – Université de Sophia-Antipolis.

Article 13.2. Tenue et déroulement des Assemblées Générales

Les représentants des membres participent librement aux débats.

Toutefois, seul le représentant légal du membre ou en cas d'absence de ce dernier, son mandataire, peut participer au vote.

L'Assemblée Générale se réunit aussi souvent que l'intérêt du Groupement l'exige et au moins une fois par an. Elle se réunit également de droit à la demande d'au moins un tiers de ses membres sur un ordre du jour déterminé.

Sauf urgence, l'Assemblée Générale est convoquée par écrit 15 jours au moins à l'avance par l'administrateur.

La convocation indique l'ordre du jour et le lieu de réunion.

Sont joints à la convocation en vue de l'Assemblée Générale annuelle statuant sur les comptes, les documents financiers de l'exercice écoulé.

Si l'administrateur ne défère pas dans un délai de 15 jours à la demande de convocation présentée par au moins un tiers de ses membres sur un ordre du jour déterminé, ces derniers convoquent eux-mêmes l'assemblée générale au siège du Groupement.

En cas d'urgence et si tous les membres sont présents, l'assemblée peut être tenue sur le champ sur un ordre du jour déterminé par les membres.

L'Assemblée Générale est présidée par l'administrateur du Groupement.

En cas d'empêchement ou d'absence de l'administrateur, la présidence est assurée par l'un des représentants des membres désignés par l'Assemblée.

L'Assemblée désigne en son sein ou non, un secrétaire de séance.

L'administrateur assure notamment le bon déroulement de la séance, la tenue de l'émargement de la feuille de présence, veille à la désignation du secrétaire par l'Assemblée, à la vérification du quorum et à la rédaction du procès-verbal qui est porté sur un registre coté et paraphé, tenu au siège du Groupement.

Le procès-verbal est signé par l'administrateur et le secrétaire de séance.

Article 13.3. Délibérations

L'Assemblée délibère sur les questions relevant de sa compétence selon les termes de la présente convention et notamment :

1. La définition de la politique générale du Groupement, recouvrant le Projet d'Etablissement et notamment le Projet médical, ainsi que le Plan Directeur,
2. Le budget annuel, y compris la fixation des moyens mis à disposition, leur valorisation et leurs modalités de remboursement, le montant des éventuelles avances consenties par les membres et leurs modalités de versement,
3. L'approbation des comptes de chaque exercice et l'affectation des résultats;
4. La nomination et la révocation de l'administrateur,
5. Le choix du commissaire aux comptes,
6. Le choix du contrôleur de gestion,
7. La fixation des participations respectives des membres aux charges du Groupement,
8. Toute modification de la convention constitutive,
9. L'admission de nouveaux membres,
10. L'exclusion d'un membre,
11. La constatation et conditions du retrait d'un membre,
12. La modification de capital,
13. L'organisation du groupement en pôle(s) d'activité et dans ce cadre, le découpage en services, unités fonctionnelles et structures internes du ou des pôle(s),
14. La désignation du ou des responsables médical (aux) de pôle,
15. les contrats internes avec le(s) responsable(s) de pôle, fixant les objectifs prioritaires d'activité, de qualité et financiers du pôle, les moyens et indicateurs de suivi, les modalités d'intéressement ainsi que les conséquences en cas d'inexécution du contrat,
16. les délégations de gestion au(x) responsable(s) de pôle, nécessaires à l'exécution du contrat interne,
17. les modalités de représentation des pôles au sein de l'assemblée générale,
18. La demande de certification prévue à l'article L 6113-4 du Code de la Santé publique,
19. Les conditions de remboursement des indemnités de mission de l'administrateur,
20. Les actions en justice et les transactions,
21. les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation relatifs au domaine public, les conditions des baux de plus de dix-huit ans,
22. La participation à des actions de coopération et notamment l'adhésion à des structures de coopération ou le retrait de l'une d'elles,
23. La participation, la création, l'encadrement ou le retrait d'un réseau de santé,
24. Les conditions et modalités de fixation et de versement des rémunérations des praticiens libéraux ainsi que leurs modifications,
25. Les demandes d'autorisation d'activité ou d'équipement lourd,
26. Le contrat pluriannuels d'objectifs et de moyens visé aux articles L 6114-1 et suivants du code de la santé publique,
27. La prorogation et la dissolution du groupement ainsi que les mesures nécessaires à sa liquidation,
28. La décision de recours à l'emprunt,

29. Les délégations éventuelles confiées à l'administrateur,
30. L'établissement du règlement intérieur.

La politique générale du groupement dans sa dimension hospitalo-universitaire est soumise à l'avis du Conseil de la Faculté de Médecine.

L'Assemblée Générale peut désigner un Président d'honneur.

L'Assemblée Générale ne délibère valablement que si le représentant légal de chacun des membres est présent.

A défaut, l'Assemblée est de nouveau convoquée dans les 15 jours.

Les délibérations de l'Assemblée Générale sont adoptées à l'unanimité des membres présents ou représentés.

Les délibérations de l'Assemblée générale, consignés dans le procès-verbal de réunion, obligent tous les membres du Groupement.

Dans le cas où l'Assemblée Générale n'a pu valablement délibérer pendant un an, le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, après mise en demeure restée sans effet à l'expiration d'un mois, prononce la dissolution du Groupement.

A l'issue de la période d'expérimentation, l'assemblée générale se prononcera sur les éventuelles modifications à apporter à son mode d'exploitation, à son organisation et à son fonctionnement et par voie de conséquent sur toute modification utile sur la convention constitutive.

ARTICLE 14 – ADMINISTRATEUR ET CONSEIL DE GESTION

Le Groupement est administré par un administrateur, élu en son sein par l'Assemblée Générale pour une durée de trois ans, renouvelable.

L'administrateur est révocable à tout moment par l'Assemblée Générale. Son remplacement est alors assuré pour la durée restant à courir du mandat de l'administrateur révoqué, par un membre de l'Assemblée Générale appartenant au même établissement.

Son mandat est exercé gratuitement.

Il peut toutefois se voir attribuer des indemnités de mission dans les conditions déterminées par l'Assemblée Générale.

Il assure plus particulièrement dans le cadre de l'administration du Groupement, les missions suivantes :

1. Préparation et exécution des décisions de l'Assemblée Générale et notamment de l'exécution du budget qui aura été adopté,
2. Présidence des assemblées générales,
3. Convocation des assemblées générales,
4. Représentation du Groupement dans tous les actes de la vie civile et en justice,
5. Gestion courante du Groupement,
6. Dans les rapports avec les tiers, il engage le groupement pour tout acte entrant dans l'objet de ce dernier,
7. Participation de droit aux instances consultatives du groupement et notamment au comité médical du groupement et au(x) conseil(s) de pôle.

Il peut en outre recevoir délégation de l'Assemblée Générale conformément à l'article 13.3 des présentes.

L'administrateur est assisté d'un conseil de gestion.

Y participent de droit :

- le contrôleur de gestion,
- le ou les responsable(s) médical (aux) de pôle,
- le président du comité médical ou en cas d'empêchement le vice-président,
- des cadres ou responsables soignants, adjoints du responsable médical de Pôle.

L'administrateur consulte le conseil de gestion sur les décisions relatives à l'administration du groupement.

Le conseil de gestion invite à participer à ses travaux toute personne qualifiée au regard des sujets traités.

Les conditions de fonctionnement du conseil de gestion sont définies au règlement intérieur.

ARTICLE 15 – INSTANCES ET PRINCIPES D'ORGANISATION DIVERS

Le groupement met en place des structures internes de concertation et de gestion, ainsi que des procédures de contractualisation interne, inspirées des principes de la gouvernance applicables aux établissements publics de santé.

Les structures internes mises en place associent étroitement les médecins à la définition du projet médical, à l'organisation des activités, à la définition et à la mise en oeuvre de la politique qualité et à l'évaluation des pratiques professionnelles ainsi qu'à la gestion du groupement.

Les structures internes associent également les représentants des personnels non médicaux.

Au regard des conditions de fonctionnement fondées sur un parcours unique du patient et de l'importance des personnels mis à la disposition du groupement par chaque membre, le groupement pourra créer, par avenant à son règlement intérieur, des instances consultatives spécifiques en particulier un comité social.

Afin de ne pas rendre inutilement complexe la gestion du groupement et des établissements membres, le groupement s'appuie par priorité, chaque fois que les textes en vigueur le permettent, sur les instances constituées dans les établissements membres.

Article 15.1. Organisation médicale

15.1.1 Comité médical

Il est constitué un comité médical, composé :

- de tous les praticiens titulaires, exerçant dans les services, UF et autres structures internes faisant partie du G.C.S.,
- d'un représentant des praticiens attachés,
- d'un représentant des chefs de clinique et assistant HU,
- d'un représentant des internes.

Les membres du comité médical élisent en son sein un président et un vice-président, cela pour une durée de trois ans, renouvelable.

Le Président du Comité Médical ne peut être issu du même établissement que l'Administrateur du Groupement.

Le comité médical a pour mission :

- de préparer le projet médical hospitalo-universitaire des Hôpitaux pédiatriques de Nice C.H.U.- Lerval, incluant le projet de pôle,
- d'émettre un avis sur le ou les protocoles de fonctionnement et les organisations médicales, proposés par le responsable de pôle après avis du conseil de pôle,
- de participer à l'évaluation de la qualité des prestations dispensées dans le cadre du groupement,
- d'élaborer les mesures relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité des soins, d'organiser la formation continue et l'évaluation des pratiques professionnelles,
- d'émettre un avis sur le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,
- d'émettre un avis sur la désignation du responsable médical de pôle,
- d'émettre un avis sur l'E.P.R.D. et les décisions modificatives,
- de participer et de faciliter, conformément à l'article 3 de la convention constitutive, la mise en oeuvre dans le domaine pédiatrique des activités hospitalo-universitaires d'enseignement, de recherche et d'innovation.

L'administrateur assiste, de droit, aux réunions du comité médical.

Le Doyen de la Faculté de médecine ou son représentant assiste de droit aux réunions du comité médical.

Le président du comité médical, ou en cas d'empêchement le vice-président, participe de droit aux séances de l'assemblée générale.

En l'absence de nécessité de constituer plusieurs pôles, le comité médical constitue le pôle et ne s'en distingue pas juridiquement. Le Comité médical définit les missions qui lui reviennent à ce titre.

En revanche, si deux ou plusieurs pôles devaient être constitués, les règles prévues à l'article 15.1.2 s'appliqueraient alors en sus de celles prévues au présent article.

15.1.2 Responsable médicaux des Pôles et conseils de pôle

L'Assemblée Générale arrête l'organisation des pôles en fonction des propositions faites par le Comité médical institué par l'article 15.1.1 de la présente convention.

Sur proposition du Comité médical, elle fixe leurs missions et les relations qu'ils entretiennent avec les autres instances et notamment l'Assemblée Générale, l'administrateur et le conseil de gestion.

L'Assemblée Générale désigne les responsables de pôle après avis du Comité médical. Les modalités d'organisation des pôles et pour chaque pôle, de désignation des responsables d'UF ainsi que la de constitution du conseil de pôle, sont définies par le règlement intérieur.

Article 15.2. Comité social

Il est constitué un comité social, composé des représentants des personnels non médicaux mis à la disposition du groupement.

Le comité social a pour mission :

- de contribuer avec l'administrateur et son conseil de gestion, à l'élaboration du projet social,
- de donner un avis sur toutes les questions relatives au fonctionnement et à l'organisation du travail au sein du pôle de pédiatrie, avant examen par les instances consultatives des établissements membres.

L'administrateur assiste aux réunions du comité.

Le règlement intérieur fixe les modalités de désignation des représentants des personnels au sein du comité social, ainsi que les conditions de fonctionnement du comité.

ARTICLE 15-4 AUTRES COMITES

Par souci de simplicité, les Etablissements membres du Groupement s'accordent sur le principe d'une rationalisation de l'organisation des différents comités, organisations et commissions nécessaires pour l'accomplissement imparties au groupement et résultant des exigences réglementaires posées en la matière.

Ainsi il est fait recours aux différentes entités présentes sur le site sur lequel le groupement exerce les missions qui lui sont dévolues à l'article 3 de la présente convention.

Chaque Etablissement élargi la compétence de chacune de ces entités afin que ces dernières puissent accomplir, dans la continuité, leurs missions au bénéfice du groupement.

Il en va ainsi notamment pour :

- la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge,
- le comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance,
- la commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles,
- l'organisation destinée à s'assurer de l'exécution de la maintenance et du contrôle de qualité interne ou externe des dispositifs médicaux,
- l'organisation au sein du groupement de la lutte contre les infections nosocomiales,
- les conditions dans lesquelles le système destiné à assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux est arrêté par l'administrateur du groupement
- la biovigilance, l'hémovigilance, la Pharmacovigilance, la Matériovigilance et la réactovigilance

Le règlement intérieur prévoit, pour chacune des activités du groupement, par site, les modalités de recours aux entités présentes ou créés spécifiquement en cas d'impossibilité réglementaire.

ARTICLE 16 – MODALITES DE COMMUNICATION ET DE CONSERVATION DU DOSSIER MEDICAL

Afin de ne pas rendre inutilement complexe la gestion du groupement, celui-ci s'appuie sur les procédures déjà existantes au sein des deux établissements membres, en matière d'accès et de conservation du dossier médical de chaque patient.

Pendant toute la période d'expérimentation, une base de données commune permettra à chaque membre du groupement une facilité d'accès à l'historique de l'état de santé du patient.

ARTICLE 17 – MODALITES DE PROTECTION DES BIENS APPARTENANT AUX PERSONNES ACCUEILLIES

Chaque Etablissement membre du groupement reste responsable, conformément aux dispositions de l'article L1113-1 du Code de la santé publique, des biens des personnes accueillies en son sein dans les conditions visées au règlement intérieur.

TITRE V – CONCILIATION – DISSOLUTION LIQUIDATION – PERSONNALITE MORALE

ARTICLE 18 - CONCILIATION

En cas de litige ou de différend survenant entre les membres du Groupement ou encore entre le Groupement lui-même et l'un de ses membres à raison de la présente convention ou de ses suites, les parties s'engagent expressément à soumettre leur différend à deux conciliateurs qu'elles auront respectivement désignés.

Une solution amiable devra intervenir dans un délai maximum de trois mois à compter de la date à laquelle la désignation du premier conciliateur est notifiée à l'autre partie.

La proposition de solution amiable sera soumise à l'Agence Régionale de l'Hospitalisation et après avis, à l'assemblée générale.

Faute d'accord dans le délai imparti, la juridiction compétente pourra être saisie à l'initiative de la plus diligente des parties.

ARTICLE 19 - COMMUNICATION DES INFORMATIONS

Chacun des membres s'engage à communiquer aux autres toutes les informations qu'il détient et qui sont nécessaires à la réalisation de l'objet du Groupement, conformément à la réglementation en vigueur.

Nonobstant toute procédure particulière de suivi susceptible d'être mise en oeuvre dans le cadre de la période d'expérimentation, un rapport d'évaluation des activités est adressé chaque année à l'Agence Régionale de l'Hospitalisation.

ARTICLE 20 - DISSOLUTION

Le Groupement est dissout de plein droit dans les conditions suivantes :

- si par le retrait d'un ou plusieurs de ses membres conformément aux conditions visées à l'article 7.3, il n'en compte plus qu'un seul, ou s'il n'y a plus d'établissement de santé membre.
- dans le cas prévu à l'article 14.3. des présentes, par le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation.

Le Groupement peut également être dissout par décision de l'Assemblée Générale, notamment du fait de la réalisation ou de l'extinction de son objet ou par décision du Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation.

Dans tous les cas, un schéma de réorganisation sanitaire sera établi par les membres sous le contrôle de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de manière à assurer la continuité des soins.

En cas de désaccord, il sera procédé à une recherche de conciliation conformément à l'article 16 des présentes.

La dissolution du Groupement est notifiée au Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation dans un délai de 15 jours.

Celui-ci en assure la publicité dans les formes prévues à l'article R. 6133-11 du Code de la Santé publique.

ARTICLE 21 – LIQUIDATION

La dissolution du Groupement entraîne sa liquidation, mais la personnalité morale du Groupement subsiste pour les besoins de celle-ci.

L'Assemblée Générale fixe les modalités de la liquidation et nomme un ou plusieurs liquidateurs.

ARTICLE 22 - DEVOLUTION DES BIENS

Les règles relatives à la dévolution des biens du Groupement ainsi qu'à leur liquidation sont arrêtées par l'Assemblée Générale des membres.

Ces règles seront établies dans le souci permanent de privilégier la continuité des soins et le maintien d'une offre hospitalière conforme aux besoins de la population.

A ce titre, les membres conviennent d'ores et déjà des principes suivants :

- chacun conservera la propriété des investissements réalisés sur son propre domaine.

Si ceux-ci ont été engagés par le groupement, le membre qui en sera bénéficiaire supportera les obligations afférentes à ces investissements.

- si le propriétaire des immeubles, équipements et installations n'en est pas l'utilisateur en tout ou partie, une convention sera établie afin d'assurer la poursuite de l'activité, sans interruption. Pourra être également examiné la possibilité de céder à l'utilisateur tout ou partie des immeubles, équipements et installations en cause.

ARTICLE 23 - PERSONNALITE MORALE DU GROUPEMENT

Le groupement de coopération sanitaire « Hôpitaux pédiatriques de Nice C.H.U. – Lentral » est de droit privé.

Le Groupement jouit de la personnalité morale à compter de la date de publication de l'acte d'approbation de la présente convention au Bulletin des actes administratifs de la Préfecture de Département.

TITRE VI – DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 24 – REGLEMENT INTERIEUR

L'Assemblée établit un règlement intérieur opposable à chacun des membres.

ARTICLE 25 - ENGAGEMENTS ANTERIEURS

Les actes accomplis et justifiés par les fondateurs du Groupement pendant la période de formation de celui-ci et antérieurement à la naissance juridique de sa personnalité morale seront considérés comme engagés dans l'intérêt du Groupement.

Ces actes font l'objet d'une approbation par l'Assemblée Générale constitutive du G.C.S.

ARTICLE 26 - MODIFICATIONS DE LA CONVENTION CONSTITUTIVE

La présente convention constitutive pourra être modifiée par l'Assemblée Générale des membres statuant dans les conditions visées à l'article 14-2 des présentes.

L'adoption de ces modifications suit une procédure identique à l'adoption de la convention constitutive ; elles sont soumises au préalable au vote favorable dans les mêmes termes des instances consultatives et délibératives du C.H.U. de Nice et de la Fondation Lentral.

Ces modifications devront faire l'objet d'une approbation des autorités compétentes et d'une publicité telle que prévue par les textes en vigueur.

Annexe 6 : Arrêté d'approbation de la Convention Constitutive GCS Hôpitaux Pédiatriques de Nice CHU/ LENVAL, en date du 22 Décembre 2008

R E P U B L I Q U E F R A N Ç A I S E



ARRETE DU 22 DECEMBRE 2008

PORTANT APPROBATION DE LA CONVENTION CONSTITUTIVE

DU GROUPEMENT DE COOPERATION SANITAIRE

« Hôpitaux pédiatriques de Nice CHU-LENVAL »

Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur

VU le Code de la Santé Publique, notamment les articles L.6133-1 à L.6133-6 et R.6133-1 à R.6133-21 ;

VU le code de la sécurité sociale et notamment les articles L.162-22-6 à L.162-22-15, L.162-22-17, L.162-22-18, L.162-26, L.174-1 à L.174-4 et R.174-1 à R.174-2 ;

VU l'arrêté du Ministre de la santé et des solidarités en date du 16 avril 2007 pris en application de l'article L.6133-5 du code de la santé publique ;

VU l'arrêté modifié du 11 avril 2006 du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation approuvant le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur et ses annexes ;

VU les délibérations du conseil d'administration du Centre Hospitalier Universitaire de Nice en date du 21 décembre 2006 et du 30 octobre 2008 approuvant la convention constitutive modifiée du groupement de coopération sanitaire « Hôpitaux pédiatriques de Nice CHU – Lerval » ;

VU les délibérations du conseil d'administration de l'hôpital Lerval en date du 21 décembre 2006 et du 29 octobre 2008 approuvant la convention constitutive modifiée du groupement de coopération sanitaire « Hôpitaux pédiatriques de Nice CHU – Lerval »

VU la demande formulée le 14 novembre 2008 - par Monsieur Emmanuel BOUVIER-MULLER, Directeur Général du Centre Hospitalier Universitaire de Nice et par Monsieur Bernard LECAT, Directeur Général de la Fondation Lerval, en vue de l'approbation de la convention constitutive du groupement de coopération sanitaire dénommé « Groupement de coopération sanitaire Hôpitaux pédiatriques de Nice CHU – Lerval » ;

- 1 -

Agence Régionale de l'Hospitalisation de Provence Alpes Côte d'Azur

141 avenue du Prado - 13008 Marseille - Tél : 04 91 29 92 50 - Fax : 04 91 79 74 44

e-mail : arhpaca@arh-paca.com - <http://www.parhtage.sante.fr>

VU l'ensemble des pièces du dossier joint à la lettre de demande du 14 novembre 2008 (note de présentation générale, approche médicale, approche juridique, approche organisationnelle, approche financière) ;

ARRETE

Article 1^{er} – Approbation

La convention constitutive du groupement de coopération sanitaire (G.C.S.) dénommé « Hôpitaux pédiatriques de Nice CHU – Lerval » est approuvée.

Article 2 – Objet du GCS

Le G.C.S. « Hôpitaux pédiatriques de Nice CHU – Lerval » a pour objet, pour le compte de ses membres :

- La création et la gestion d'un pôle unique de pédiatrie.

A cet effet, le groupement :

- Est autorisé à exploiter les autorisations de pédiatrie détenues par le CHU de Nice et par la Fondation Lerval (médecine et spécialités médicales, chirurgie, urgences, réanimation néonatale et néonatalogie, réanimation pédiatrique, service universitaire de psychiatrie infanto juvénile), et à dispenser à ce titre des soins remboursables aux assurés sociaux.
- Participe aux missions de soins de service public hospitalier et aux missions hospitalo-universitaires d'enseignement, de recherche et d'innovation en pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire de Nice.
- Gère les missions d'intérêt général dévolues par la convention constitutive (prévention et éducation asthme, consultations conduites addictives, mort subite du nourrisson, plan cancer pédiatrique, centre d'action médico-sociale précoce, plan périnatalité ainsi que toute activité de réseau ou de centre de ressources et d'expertise en pédiatrie).

Pour mener à bien ses missions, le groupement :

- Assure la gestion administrative des hôpitaux pédiatriques de Nice CHU-LENVAL, notamment l'accueil et l'admission des patients, la facturation et le recouvrement, la mise en place et la gestion du système d'information, la tenue et la conservation du dossier médical et sa communication, couvertures assurantielles du groupement.
- Gère les équipements d'intérêt commun mis à la disposition du groupement et nécessaire à l'exploitation de ses activités.

- Dispose et gère les locaux mis à sa disposition nécessaires à la réalisation de ses activités.
- Organise et assure les interventions des professionnels médicaux, y compris les professionnels hospitalo-universitaire, et des professionnels non médicaux dans le strict respect des statuts de chacun.
- Participe à toute action de coopération et à tout réseau de santé utile à la réalisation de son objet.

Article 3 – Membres du GCS

Les membres du G.C.S. sont :

- Le Centre Hospitalier Universitaire de Nice – 4 avenue Reine Victoria – BP 1179 – 06003 NICE cedex 1
- La Fondation Hôpital Lénval – 57 avenue de la Californie – 06200 NICE

Article 4 – Siège social

Le siège social du GCS est situé à Nice, dans l'établissement dont relève l'administrateur élu par l'assemblée générale.

Article 5 – Durée du groupement

La convention constitutive du G.C.S. est conclue pour une durée indéterminée, à compter de la date de publication de l'arrêté d'approbation au recueil des actes administratifs de la préfecture de région.

Article 6 – Charte constitutive et budget

La charte de fonctionnement des « Hôpitaux pédiatriques de Nice CHU – Lénval », avec le séquençage des activités regroupées sur le site de l'Hôpital Lénval et un budget prévisionnel prévoyant un retour à l'équilibre à terme maximal de deux ans, seront adoptés au plus tard dans un délai de trois mois suivant la publication de l'arrêté d'approbation au recueil des actes administratifs de la préfecture de région.

Article 7 – Durée de l'expérimentation

L'expérimentation portant sur les modalités de prise en charge par l'assurance maladie des frais d'hospitalisation du GCS « Hôpitaux pédiatriques de Nice CHU – Lénval » débutera le 1^{er} mai 2009, avec une durée prévisionnelle de 4 ans

Article 8 – Suivi de l'expérimentation

Les indicateurs et les modalités d'évaluation de l'expérimentation seront précisés dans le contrat d'objectifs et de moyens, conclu entre l'ARH et le GCS. Ces indicateurs permettront notamment d'évaluer :

- l'évolution de l'offre de soins au sein du territoire de santé des Alpes Maritimes Est et au sein de la région pour les activités concernées,
- l'évolution de l'organisation, notamment médicale des établissements membres et celles du groupement,
- l'évolution des charges de fonctionnement et des recettes du groupement ainsi que les éléments constitutifs des coûts de revient des prestations fournies au GCS par les établissements membres,
- l'évolution de la structure de l'activité et des coûts de revient des activités exploitées par le GCS.

Un comité de suivi, présidé par le Directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, comportant des représentants de l'Etat (DDASS des Alpes Maritimes), de l'assurance maladie (CRAM-DRSM et CPAM 06) et des établissements membres, se réunira au moins deux fois par an et, en tant que de besoin, à la demande des établissements membres ou de l'agence.

Article 9

Le Directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation de Provence-Alpes-Côte d'Azur, le Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales, le Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales des Alpes Maritimes, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région.

Marseille, le 22 décembre 2008

Le Directeur de l'Agence Régionale
de l'Hospitalisation


Christian DUTREIL

**Annexe 7 : Règlement Intérieur du GCS Hôpitaux
Pédiatriques de Nice CHU/ LENVAL, en date du 30
Octobre 2009, modifié en Assemblée Générale du 30
Septembre 2010**



GROUPEMENT DE COOPERATION SANITAIRE
« HOPITAUX PEDIATRIQUES DE NICE CHU- LENVAL »

Siège social : 57 avenue de la Californie
06200 NICE

REGLEMENT INTERIEUR

PREAMBULE

La convention constitutive du GCS, Hôpitaux pédiatriques de Nice CHU - LENVAL, a été approuvée par arrêté de l'ARH du 22 Décembre 2008, précisée par courrier du directeur de l'A.R.H. en date du 23 décembre 2008 et complétée par un protocole d'accord. L'ensemble de ces documents est annexé au présent règlement.

Ce texte fondateur constitue le cadre de référence du fonctionnement du GCS. Le présent Règlement Intérieur a vocation à préciser ce fonctionnement pour lui apporter tout l'aspect opérationnel voulu.

Il repose sur les principes qui ont prévalu au regroupement des deux pédiatries niçoises et en particulier :

- l'ambition d'excellence portée par le projet
- l'équilibre des représentations au sein des instances
- l'originalité et la dimension expérimentale du projet

L'excellence en pédiatrie est au cœur du projet. C'est elle qui lui donne son sens profond et sa légitimité. Elle conduit à organiser le fonctionnement du GCS non pas en équipes juxtaposées qui fonctionneraient côte à côte, l'une sur le mode CHU, l'autre sur le mode Fondation LENVAL, mais en équipes mixtes, apportant l'une à l'autre le meilleur d'elles mêmes.

L'équilibre au sein des instances du GCS des «appartenances initiales» CHU ou Fondation LENVAL, donne à chacun la garantie que les préoccupations des uns comme des autres seront examinées sans parti pris et seront résolues en fonction des impératifs fixés par le principe premier rappelé ci-dessus. Ainsi en est-il au sein de l'Assemblée Générale où 50 % des droits de vote sont attribués à chacun des deux partenaires. Ainsi en est-il également de l'administrateur et du Président du Comité Médical qui ne peuvent être issus du même établissement, ainsi que le fixe l'article 15.1 de la convention constitutive. La parité est aussi respectée au sein du Conseil de Gestion, en charge d'assister l'Administrateur dans tous les actes de sa gestion. De même, le Comité Social, de culture mixte, apporte le trait d'union nécessaire aux échanges avec le personnel.

Enfin, l'originalité de la dimension expérimentale du groupement réside, dans la proposition d'organisations internes novatrices qui feront l'objet d'évaluation et de réajustement en conformité avec les évolutions des textes législatifs et réglementaires.

Dans ce sens s'est dessinée, sur la base du Projet Médical et d'une gouvernance modernisée, une nouvelle organisation reposant sur la médicalisation de la décision et se traduisant par une mise en commun efficiente des compétences et des expertises nécessaires à la prise en charge des patients.

Des instances de concertations ont été retenues aux différents niveaux de l'organisation pour un meilleur dialogue et une meilleure concertation, constituant ainsi le socle d'un fonctionnement plus harmonieux et plus efficace tourné vers un seul objectif, une meilleure prise en charge du patient.

Ces trois principes fondent l'esprit du Règlement Intérieur du GCS et en sont indissociables. Les dispositions qui suivent en constituent la déclinaison.

SOMMAIRE

TITRE I ACTIVITES DU GROUPEMENT

TITRE II INSTANCES

TITRE III ORGANISATION MEDICALE & GOUVERNANCE

TITRE IV INTERVENTION DES PROFESSIONNELS

TITRE V PARCOURS DU PATIENT ET MODALITES DE FACTURATION

TITRE VI ORGANISATION LOGISTIQUE ET MEDICO-TECHNIQUE

TITRE VII FONCTIONNEMENT FINANCIER

TITRE VIII SUIVI DE L'EXPERIMENTATION & EVALUATION

TITRE IX PROCEDURE DE CONCILIATION

TITRE X DISPOSITIONS FINALES ET ANNEXES

TITRE I ACTIVITES DU GROUPEMENT

Article 1 – Principes

La création du GCS, Hôpitaux pédiatriques de Nice CHU - Lenval, n'a ni pour objet ni pour effet de remettre en cause l'existence des établissements de santé qui le constituent.

Son objectif unique est la mutualisation des activités pédiatriques du CHU de Nice et de la Fondation Lenval en vue d'offrir à la ville de Nice et aux territoires de santé de PACA Est, un centre hospitalo-universitaire d'excellence et de recours.

Toute compétence que les membres n'ont pas expressément confiée au groupement relève exclusivement de la responsabilité respective de chacun conformément au principe de spécialité.

Le groupement de coopération sanitaire, conformément à l'article 2 de l'arrêté du 22 décembre 2008 de Monsieur le Directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation Provence Alpes Côte d'Azur, exploite l'ensemble des autorisations d'activités de soins, enseignement et recherche, détenues par ses membres dans le domaine de la pédiatrie à l'exception pour Lenval des services de psychiatrie infanto-juvénile non universitaire secteurs 06.I.03 & 06.I.05.

Certaines prises en charge telles que la dialyse pédiatrique et la neurochirurgie, assurées dans les services d'adultes du CHU de Nice, sont exclues du périmètre du GCS.

Article 2 - Gestion des autorisations d'activité

Le GCS « Hôpitaux pédiatriques de Nice CHU-Lenval » est autorisé à exploiter pour le compte de ses membres les autorisations d'activité de pédiatrie détenues par le CHU de Nice et la Fondation Lenval, à l'exception de celles énumérées à l'article 1 du présent règlement intérieur.

(Liste des autorisations déléguées au GCS à joindre en annexes)

Le GCS est habilité à dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux.

Les demandes d'autorisation d'activité nouvelle, non prévues au jour du transfert des activités au sein du GCS, sont instruites conjointement par les établissements membres du GCS. Elles font l'objet d'avis et/ou de délibérations des instances respectives.

Les demandes de renouvellement sont instruites par chacun des établissements détenteurs des autorisations.

Les demandes adressées aux autorités de tutelle font l'objet d'une concertation préalable avec les instances du GCS.

TITRE II INSTANCES

Article 3 - L'assemblée générale *(conformément à l'art. 13 de la convention constitutive)*

Article 3-1 Réunions

L'assemblée générale se réunit aussi souvent que l'intérêt du groupement l'exige :

- Avant le 1er décembre pour approuver le budget prévisionnel de l'exercice suivant. Au plus tard au 31 octobre de l'exercice en cours, l'administrateur, assisté du conseil de gestion, élabore le budget prévisionnel de l'exercice suivant.
- Avant le 1er juillet pour approuver les comptes de l'exercice précédent.

Article 3-2 Les convocations aux réunions de l'Assemblée Générale

La convocation, avec l'ensemble des documents et pièces nécessaires, est établie par l'administrateur du groupement et adressée à tous les membres au moins 15 jours avant la date de la réunion de l'assemblée générale.

Chaque membre du groupement, à réception de la convocation et 48 heures au moins avant la séance de l'assemblée générale, notifie à l'administrateur les noms et la qualité de ses représentants tels que visés à l'article 13.1 de la convention constitutive. Chaque membre adresse au représentant qu'il désigne la convocation accompagnée des documents et pièces jointes. Elle propose l'ordre du jour ainsi que la date et le lieu de réunion.

Les demandes d'inscription de questions diverses à l'ordre du jour sont formulées par écrit auprès de l'administrateur au moins 8 jours avant la date de la réunion de l'assemblée générale.

Article 3-3 Documents et pièces joints à la convocation

La convocation à l'assemblée générale statuant sur le budget prévisionnel de l'exercice suivant comprend les documents réglementaires prévus par le code de la santé publique, assortis d'une annexe explicitant les modes de répartition des recettes (MIGAC, MERRI, PDS, Précarité, etc...) et des dépenses (frais généraux, de structure, transversaux, etc...) non affectées en propre aux unités fonctionnelles incluses dans le GCS.

La convocation à l'assemblée générale statuant sur l'approbation de l'exercice budgétaire précédent comprend :

- le bilan,
- le compte de résultat et son annexe,
- le rapport d'activité faisant apparaître les indicateurs d'activités en fonction des objectifs définis, s'il y a lieu.

Article 3-4 Convocations exceptionnelles

Conformément aux dispositions de l'article 13.2 de la convention constitutive du GCS, l'assemblée générale peut être convoquée à la demande d'au moins 1/3 de ses membres sur un ordre du jour déterminé.

Le groupement ne comprenant que deux membres, l'un d'entre eux peut ainsi solliciter de l'administrateur la convocation d'une assemblée générale. Il notifie sa demande par lettre recommandée avec accusé de réception. Cette demande doit être impérativement accompagnée du projet d'ordre du jour.

Pour le cas où l'administrateur ne déférerait pas dans un délai de 15 jours à cette demande, le membre ayant sollicité la tenue d'une assemblée générale adresse, conformément aux dispositions précédentes, la convocation.

En cas d'urgence et si tous les membres du groupement sont représentés – c'est-à-dire représentés par leurs représentants légaux – l'assemblée peut être tenue sur le champ sur un ordre du jour déterminé par les membres du groupement. Ceux-ci s'efforceront de rechercher la présence du plus grand nombre de représentants de chacun des établissements ainsi que des autres personnes visées à l'article 13.1 de la convention constitutive du GCS (responsable du pôle pédiatrie CHU- Lenal, président du comité médical du groupement et Doyen de la Faculté de médecine de Nice).

Article 3-5 Quorum

Le groupement ne se composant que de deux membres, l'assemblée générale ne délibère valablement que si les deux représentants légaux ou leurs mandataires sont présents. Il est rappelé que les deux membres CHU et Lenal sont représentés par leurs représentants ou leurs mandataires (*cf. article 13-1 de la convention constitutive*). A défaut, l'assemblée générale est de nouveau convoquée dans les 15 jours, sans obligation de quorum.

Article 3-6 Présidence et tenue des débats de l'assemblée générale

L'assemblée générale est présidée par l'administrateur du groupement. En cas d'empêchement ou d'absence de ce dernier, la présidence est assurée par l'un des représentants des membres de l'assemblée générale issu du même établissement.

Au début de chaque séance, une vérification du quorum est effectuée et une feuille de présence est signée par chacun des représentants présents. Il est ensuite procédé à la désignation d'un secrétaire de séance.

Des personnes non visées à l'article 13-1 de la convention constitutive peuvent être conviées par l'administrateur du groupement à la séance de l'assemblée. Elles ne prennent pas part aux votes.

Toutes les personnes visées à l'article 13.1 ainsi que les personnes invitées participent aux débats.

Pour toutes les questions relatives aux délibérations portant sur les nominations médicales et les activités de recherche et d'enseignement, l'avis du doyen de la faculté de médecine est sollicité et est présenté aux membres de l'assemblée générale.

Article 3-7 Procédure de vote

Conformément à l'article 13.2 de la convention constitutive, seul le représentant légal du membre ou en cas d'absence de ce dernier, son mandataire, peut participer au vote.

Les votes ont lieu à main levée, sauf demande expresse du président de séance ou de l'un des représentants légaux des membres du groupement.

Conformément à l'article 13.3 de la convention constitutive, les délibérations de l'assemblée générale sont adoptées à l'unanimité des membres présents ou représentés, c'est-à-dire par les représentants légaux des établissements ou par leur mandataire dûment habilité à cet effet.

Article 3-8 Procès-verbal

Le procès verbal contient obligatoirement les éléments suivants :

- la date et l'heure d'ouverture et de clôture de la réunion,

- le rappel de l'ordre du jour figurant sur la convocation,
- l'indication des représentants des membres présents,
- la mention des documents et rapports éventuellement soumis à discussion,
- un résumé des débats,
- les décisions.

Les procès verbaux de réunion sont signés et paraphés par le président de séance et le secrétaire. Une copie est envoyée à chacun des membres du groupement et l'original est classé au siège du groupement.

Article 4 L'administrateur

Article 4-1 Modalités de désignation

L'administrateur du GCS, Hôpitaux pédiatriques de Nice CHU-Lenval, choisi parmi les représentants des deux établissements, est élu par les membres de l'assemblée générale pour une durée de 3 ans.

Il ne peut démissionner de son mandat que sous préavis de 3 mois dûment notifié à chacun des membres et après s'être assuré de la convocation de l'assemblée générale qui procèdera à son remplacement.

En cas d'absence ou d'empêchement de plus de 15 jours, un administrateur provisoire est désigné parmi les membres du conseil de gestion. Il se substitue dans les prérogatives de l'administrateur et assure la gestion courante du groupement.

Pour le cas où l'empêchement ou l'absence de l'administrateur serait d'une durée supérieure à 2 mois, l'administrateur provisoire, après avoir recueilli l'avis du conseil de gestion, convoque une assemblée générale en urgence pour procéder à son remplacement qui est assuré dans les conditions visées à l'article 14 de la convention constitutive.

Le remplacement est alors assuré pour la durée restant à courir du mandat de l'administrateur empêché ou absent par un représentant à l'assemblée générale appartenant au même établissement.

Il est révocable à tout moment par l'assemblée générale. Son remplacement est alors assuré dans les mêmes conditions que précédemment, pour la durée restant à courir du mandat de l'administrateur révoqué, par un représentant à l'assemblée générale appartenant au même établissement.

Pour l'accomplissement de ses missions il est assisté d'un conseil de gestion.

Le mandat de l'administrateur est exercé gratuitement. Il peut toutefois se voir attribuer des indemnités de mission dans des conditions déterminées par l'assemblée générale.

Article 4-2 Compétences de l'administrateur

L'administrateur est chargé de l'administration du groupement. Il a compétence sur tous les sujets qui ne sont pas du ressort de l'assemblée générale (*cf. article 13-3 de la convention constitutive*). Il a en charge plus particulièrement de :

- convoquer et présider les assemblées générales,
- préparer et exécuter les décisions de l'assemblée générale,
- préparer le programme annuel d'activité et le budget prévisionnel,
- assurer le suivi du tableau de bord des activités du groupement, s'il y a lieu,
- engager les dépenses dans le cadre du budget approuvé,

- effectuer les contrôles budgétaires nécessaires,
- soumettre à l'assemblée générale toute modification du règlement intérieur,
- présenter les comptes annuels en assemblée générale ainsi que le budget prévisionnel de l'année civile suivante,
- analyser l'activité du groupement et présenter un rapport à chaque séance de l'assemblée générale,
- représenter le groupement en justice. A cet effet, il doit disposer d'une autorisation de l'assemblée générale pour toute demande devant une juridiction sauf urgence (action en référé, action à jour fixe, dépôt avec ou sans constitution de partie civile). Dans ce cas, il en informe par tout moyen les membres du groupement et en rend compte à la prochaine séance de l'assemblée générale,
- déterminer par note de service les modalités de fonctionnement du groupement pendant ses absences,
- assurer la communication du groupement en accord avec l'assemblée générale,
- participer de droit aux instances consultatives (cf. art. 14 de la Convention constitutive).

L'administrateur est par ailleurs tenu d'assurer le bon suivi de l'expérimentation dans les conditions visées à l'arrêté du 22 décembre 2008 de Monsieur le Directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation de Provence - Alpes- Côte-d'Azur et participe, à ce titre, au comité de suivi de l'expérimentation tel que visé à l'article 9 dudit arrêté.

Il transmet chaque année, conformément à la réglementation, à l'Agence régionale de l'hospitalisation de Provence-Alpes-Côte-d'Azur un rapport, approuvé par l'assemblée générale, retraçant l'activité du groupement.

Plus généralement, il assure la gestion courante du groupement et le représente auprès des tiers.

Article 5 Conseil de Gestion

Le GCS comprend un conseil de gestion qui est chargé d'assister l'administrateur dans tous les actes de sa gestion. Il participe notamment à la préparation des séances de l'assemblée générale du groupement.

Le conseil de gestion est présidé par l'administrateur. Ce dernier donne communication aux membres de toutes les informations utiles et en particulier tous les documents et informations comptables, juridiques et administratifs, relatifs à l'administration du groupement et à la mise en œuvre de son objet.

Le conseil de gestion est composé à parité :

- de l'administrateur,
- du contrôleur de gestion (*non issu de l'établissement de l'administrateur*),
- du Médecin responsable du Pôle pédiatrie CHU- Lenval et président du comité médical (*non issu de l'établissement de l'administrateur*),
- du vice président du comité médical (non issu de l'établissement du MRP, Président du comité médical),
- du cadre ou responsable soignant adjoint du médecin responsable médical de pôle,
- du directeur des soins.

La liste des membres du conseil de gestion est tenue à jour par l'administrateur.

L'administrateur consulte le conseil de gestion sur des décisions relatives à l'administration du groupement.

Le conseil de gestion se réunit aussi souvent qu'il est nécessaire et au moins une fois par mois sur la base d'un calendrier trimestriel.

En cas d'urgence, l'administrateur peut réunir sur le champ le conseil de gestion.

TITRE III ORGANISATION MEDICALE ET GOUVERNANCE

Article 6 Principes

Afin de garantir un cadre de gestion et de responsabilité unique et de faciliter le regroupement des activités, les deux établissements membres du groupement conviennent de mettre en place au sein du GCS, Hôpitaux pédiatriques de Nice CHU-Lenval, des structures internes de concertation et de gestion qui offrent la possibilité de mise en œuvre de procédures de contractualisation (*art.13.3, point 15 de la convention constitutive*) conformes aux principes de la gouvernance hospitalière.

De par sa constitution regroupant toutes les activités médicales de soins, d'enseignement et de recherche centrées autour de l'enfant, le GCS Hôpitaux pédiatriques de Nice CHU-Lenval, s'organise en un Pôle unique d'activité. La structure de ce pôle unique a été conçue afin de répondre au mieux aux exigences de fonctionnement du GCS, dans un souci d'efficacité de ses organisations. Les modalités de gestion et de fonctionnement sont conformes aux dispositions du Code de la santé publique et constituent une entité originale et expérimentale dénommée « **Pôle GCS** ».

Ses structures internes associent étroitement tous les acteurs médicaux soignants à la définition du projet du Pôle-GCS, à l'organisation des activités de soins, à la définition et à la mise en œuvre de la politique qualité et à l'évaluation des pratiques professionnelles. La dimension hospitalo-universitaire est soumise à l'avis du doyen de la Faculté de médecine.

Article 7 Constitution du Pôle-GCS

Article 7-1 Structure du pôle

Le pôle-GCS est constitué d'unités fonctionnelles regroupées en secteurs d'activité.

7-1-1 Les Unités Fonctionnelles

L'unité fonctionnelle, placée sous la responsabilité du médecin, est définie par un lieu géographique et/ou par une modalité de prise en charge des patients. Un médecin et/ou un cadre de santé en assure la coordination.

Au sein de ses unités fonctionnelles, s'organisent des équipes de spécialités ou de sur spécialités. Chaque équipe est représentée par un référent, coopté par ses pairs, pour la totalité de la spécialité ou pour un domaine particulier au sein de la spécialité. La qualité de référent d'une spécialité ou sur spécialité ne confère pas le droit à l'exercice exclusif de cette spécialité.

La cartographie des UF, éventuellement regroupées en secteurs d'activités, est annexée au présent règlement intérieur.

Quelque soit le schéma d'organisation choisi, chaque équipe de spécialité doit :

- participer à l'élaboration du projet médical et de l'U.F.,
- organiser la permanence des soins dans la discipline,
- rédiger les protocoles de prise en charge pluridisciplinaires,
- assurer l'enseignement conformément aux objectifs définis au niveau du Pôle-GCS,
- participer aux activités de recherche,
- assurer la veille bibliographique dans la discipline.

Tout médecin du GCS a l'obligation de contribuer à la continuité des soins dans l'institution et donc de participer aux gardes et astreintes.

7-1-2 Les secteurs d'activité (cf. annexe)

Les unités fonctionnelles et les spécialités sont regroupées en 5 secteurs d'activités :

- 1 secteur de Chirurgie - Anesthésie Pédiatrique,
- 1 secteur de Médecine pédiatrique,
- 1 secteur de Pédopsychiatrie,
- 1 secteur de Réanimation – Urgences – Médecine néonatale,
- 1 secteur de Services médico-techniques.

Chaque secteur d'activités, indépendamment de la pédopsychiatrie, est coordonné par au moins 2 responsables médicaux de secteur (*en fonction du nombre d'équipes dont il est constitué*), non issus du même établissement. Les responsables de secteurs sont choisis par cooptation ou par vote par les médecins du secteur, pour une durée de 3 ans renouvelable une fois. Afin de coordonner les fonctions d'enseignement et de recherche, l'un des responsables du secteur doit avoir des fonctions universitaires. Le doyen de la faculté de médecine désigne le responsable universitaire par secteur. Ce dernier peut cumuler cette fonction avec celle de responsable médical de secteur.

Chaque secteur réunit, au moins une fois par an, l'ensemble du personnel :

- afin de permettre la diffusion d'informations notamment celles concernant le projet et les moyens du pôle-GCS,
- d'améliorer le fonctionnement du secteur,
- favoriser l'échange.

Les responsables ont pour rôle de représenter leur secteur au sein des instances du pôle-GCS, de préparer et organiser les réunions majeures du secteur et de manière générale de régler, en concertation avec les médecins et personnels, tout problème qui relève du fonctionnement du secteur.

Article 7-1-3 Les collaborations avec des spécialités externes

Le pôle-GCS bénéficie de ressources complémentaires par un système de conventions avec les spécialités externes au GCS pouvant concourir à la prise en charge du patient. Ces conventions s'adaptent à l'évolution de l'offre de soins.

Article 7-2 Représentation et instances du pôle-GCS

Article 7-2-1 Le comité médical du pôle-GCS :

Il est constitué au sein du GCS (*art. 15.1.1 de la convention constitutive*) un comité médical composé de :

- de tous les praticiens titulaires, exerçant dans les structures du G.C.S,
- d'un représentant des praticiens attachés,
- d'un représentant des chefs de clinique et assistant HU,
- d'un représentant des internes,
- de membres de droit : l'administrateur du GCS, le doyen de la faculté de médecine ou son représentant, le président de la CME du CHU et de Lenal ou leur représentant, le directeur des soins du GCS.

Le comité médical élit, pour une durée de 3 ans renouvelable un fois, un président qui n'est pas issu du même établissement et un vice-président.

En l'absence de nécessité de constituer plusieurs pôles, le comité médical constitue le pôle et ne s'en distingue pas juridiquement.

Le comité médical se réunit au moins 3 fois par an. Il a la possibilité de se faire assister de toute personne compétente chaque fois que nécessaire.

Le comité médical constitue l'instance médicale consultative du pôle-GCS et ses décisions résultent des missions qui lui sont conférées (*art. 15.1 de la convention constitutive*). Il définit également les modalités d'exercice de l'activité libérale au sein du GCS.

Article 7-2-2 Le médecin responsable du pôle-GCS :

Le médecin responsable du pôle-GCS, qui est le président du comité médical à la constitution du groupement, est désigné par l'assemblée générale, après avis du comité médical. (*cf. art. 15.1.2. de la convention constitutive*).

Le médecin responsable du pôle-GCS élabore avec les instances internes du pôle-GCS le projet du pôle-GCS qui prévoit :

- l'organisation générale du pôle-GCS
- l'orientation de ses activités,
- les actions à mettre en œuvre pour développer la qualité et l'évaluation des soins.

Le projet de pôle, expression de la politique générale du groupement, est mis en œuvre par le médecin responsable du Pôle-GCS et ses équipes sur la base des objectifs et des moyens qui peuvent être définis par contrat.

Le médecin responsable du Pôle-GCS est assisté de ressources administratives et soignantes pour l'organisation, la gestion et le suivi des activités. Il a dans ces domaines autorité fonctionnelle.

La durée du mandat du responsable du Pôle-GCS est de 3 années, renouvelable une fois.

Article 7-2-3 Le bureau du pôle-GCS :

Le médecin responsable du pôle-GCS est assisté par un bureau du pôle-GCS composé de l'ensemble des responsables de secteur, du responsable soignant et de la ressource administration/gestion du pôle.

Le bureau du pôle-GCS a pour mission :

- D'assurer le suivi et le bon déroulement des orientations du projet du pôle-GCS, en conformité avec la politique générale du groupement,
- De participer à la résolution des problématiques fonctionnelles et médicales quotidiennes du pôle-GCS. Les membres du bureau du pôle-GCS se réunissent une fois par mois au minimum et davantage si nécessaire.

Article 7-2-4 Les comités techniques du pôle-GCS :

Conformément à la convention constitutive, et par souci de simplicité, le groupement s'appuie sur les instances consultatives déjà existantes dans chaque établissement (CLIN, CLUD, CLAN, COMEDIMS, CRUQ, Commission des vigilances). Ces instances techniques et leurs modalités de recours et de fonctionnement font l'objet d'un additif au présent règlement intérieur.

Au regard des conditions de fonctionnement fondées sur un parcours unique du patient et de l'importance des personnels mis à la disposition du groupement par chaque membre, le groupement se réserve la possibilité de créer des instances consultatives spécifiques au groupement.

Article 7-3 Comité social

Le Comité social, constitué dans le cadre de l'expérimentation et en l'absence de représentation élue des personnels au sein du GCS, est présidé par l'administrateur. Ses modalités de constitution et de fonctionnement seront évaluées et le cas échéant adaptées à l'issue de l'expérimentation.

Article 7-3-1 Composition

Le comité social comprend 10 représentants des personnels exerçant obligatoirement leurs fonctions au sein du GCS :

LENVAL

- 2 cadres ou agents de maîtrise et leurs suppléants
- 3 employés (es) et leurs suppléants (es)

CHU

- 1 titulaire et son suppléant de catégorie A
- 2 titulaires et 2 suppléants de catégorie B ou personnels de maîtrise
- 2 titulaires et 2 suppléants de catégorie C ou personnels d'exécution

Ces membres sont désignés par les organisations syndicales proportionnellement à leur représentation telle qu'elle résulte des dernières élections professionnelles au sein de chaque établissement.

Le temps passé en réunion est assimilé à du temps du travail et chaque titulaire bénéficie d'un crédit temps forfaitaire de 20 heures par an pour préparer les réunions.

Article 7-3-2 Réunions

Le Comité social se réunit 4 fois par an ou plus à l'initiative de l'administrateur.

Participent à chaque séance, à titre consultatif, le directeur des relations humaines et le coordonnateur général des soins des deux établissements membres. En fonction de l'ordre du jour, l'administrateur peut inviter des personnes à participer, en qualité d'experts, à la séance à titre consultatif.

Article 7-3-3 Attributions

Les compétences dévolues au comité social ne sauraient porter préjudice à celles reconnues par la loi et les règlements aux instances statutaires des deux établissements. Les membres du Comité Social sont principalement consultés sur :

- Le fonctionnement du GCS,
- Les programmes de modernisation des méthodes et techniques de travail,
- La politique générale de formation du personnel et notamment les plans de formation.

Le Comité social est régulièrement tenu informé de la situation budgétaire et des effectifs réels et prévisionnels du GCS.

Le Comité social n'est pas compétent pour les questions individuelles relatives à la carrière ou la rémunération. Ces questions relèvent des dispositifs internes propres à chacun des établissements.

Le Comité social n'est pas compétent dans le domaine des conditions de travail, de l'hygiène et de la sécurité. Cette compétence générale relève des CHSCT de chacun des établissements selon un protocole d'accord.

TITRE IV INTERVENTION DES PROFESSIONNELS

Situation des personnels lors de la constitution du GCS :

Le groupement de coopération sanitaire n'a pas vocation à recruter directement du personnel médical ou non médical ; le principe retenu est donc la mise à disposition de personnels des établissements membres au bénéfice du groupement.

Les personnels qui sont conduits à participer à la constitution d'équipes communes conservent leur statut et l'ensemble des avantages qui y sont attachés et restent placés sous l'autorité hiérarchique de chaque établissement employeur.

Ainsi le personnel mis à la disposition par le CHU de Nice conserve le bénéfice du statut de la Fonction publique (loi n°83-26 du 19 janvier 1983 et loi n°86-33 du 9 janvier 1986) s'il s'agit d'agents stagiaires et titulaires et du décret 91-155 du 6 février 1991 s'il s'agit d'agents contractuels de droit public.

De la même manière, le personnel mis à la disposition par la Fondation Lenval conserve le bénéfice de la convention FEHAP de 1951, de la convention collective nationale de 1966 ou du statut des praticiens hospitaliers.

Une convention cadre de mise à la disposition du personnel médical et paramédical, conclue entre chaque établissement et le GCS, accompagne les opérations de regroupement. Celle-ci sera portée à la connaissance de l'ensemble des personnels concernés.

Chaque salarié, mis à la disposition du GCS, prend connaissance et accepte les termes de la convention cadre.

Article 8 Professionnels paramédicaux

Article 8-1 Droits et obligations

Chaque salarié mis à la disposition du GCS par le CHU de Nice et par la Fondation Lenval garde les droits et obligations fixés respectivement :

- Par le statut de la Fonction publique (loi n°83-26 du 19 janvier 1983 et Loi n°86-33 du 9 janvier 1986) s'il s'agit d'agents stagiaires et titulaires, par le décret 91-155 du 6 février 1991 s'il s'agit d'agents contractuels de droit public et par le règlement intérieur de l'établissement.
- Par la convention FEHAP de 1951 ou la convention collective nationale de 1966 et le règlement intérieur de la Fondation LENVAL.

Le principe général retenu étant que chaque salarié conserve son statut d'origine, il n'y aura pas dans le cadre du groupement d'harmonisation des droits et obligations.

Article 8-2 Déroulement de carrière

Chaque salarié mis à la disposition de groupement gardant son statut d'origine, son déroulement de carrière sera assuré par l'établissement dont il relève qu'il s'agisse d'avancement d'échelon ou d'avancement de grade.

En matière disciplinaire, chaque établissement membre du groupement garde son pouvoir disciplinaire à l'égard des agents qu'il a mis à la disposition du groupement.

Article 8-3 Régime de temps de travail (durée mise à disposition)

Chaque salarié, selon son statut public ou privé, reste soumis au régime de temps de travail propre à chacun de ces statuts.

Ainsi les salariés du CHU de Nice restent soumis à la réglementation sur le temps de travail de la Fonction publique et de l'accord local sur la mise en place de la réduction du temps de travail.

Les salariés de la Fondation Lenval restent soumis aux dispositions sur le temps de travail contenues dans la convention FEHAP ou dans la convention collective nationale de 1966 et dans l'accord d'entreprise relatif à la réduction du temps de travail.

Ce principe général vaut pour la durée du temps de travail annuel, la durée du temps de travail hebdomadaire, les congés annuels, les jours de réduction du temps de travail, les jours fériés, le temps de pause restauration, le temps d'habillage, les possibilités d'exercer une activité à temps plein ou à temps partiel.

Le principe général retenu étant que chaque salarié conserve son statut initial, il n'y aura pas dans le cadre du GCS ni d'harmonisation des régimes de temps de travail ni de droit d'option offert aux salariés pour choisir le régime de temps de travail ou l'une de ses composantes d'un des deux établissements membres du GCS.

Article 8-4 Départ définitif ou momentané d'un salarié

Tout salarié du CHU libérant son poste de manière définitive sera remplacé par un salarié relevant de la convention FEHAP, recruté et mis à disposition du groupement par la Fondation Lenval.

Toutefois, si certaines compétences sont plus facilement mobilisables par le secteur public, le remplacement peut se faire, à titre exceptionnel et par défaut, par un salarié relevant du dispositif législatif et réglementaire public, le salarié étant alors recruté et mis à la disposition du groupement par le CHU de Nice.

En cas de départ non définitif d'un salarié du CHU pour une cause telle la disponibilité, le détachement, le congé parental etc., s'il s'agit d'une qualification et d'un grade spécifiques à la discipline pédiatrique, le poste est conservé jusqu'au retour du titulaire du poste avec un remplacement assuré, par contrat, par le CHU.

Article 8-5 Droit à la formation

Les droits à la formation sont maintenus pour les salariés des établissements membres du GCS et ce quel que soit leur statut initial.

Chaque année le GCS transmettra, aux deux établissements, l'expression de ses besoins en matière de formation. Les formations retenues, seront prises en charges par chacun des deux établissements et leurs OPCA. En cas de groupe de formation, cette prise en charge se fera au prorata du nombre d'agents de chacun des établissements.

Le choix des agents partant en formation doit respecter un principe d'équité entre les agents du CHU et de Lenval et la continuité des soins dans chaque unité. Dans la mise en œuvre du plan de formation, l'encadrement doit se porter garant de ces principes.

Les demandes de promotion professionnelle des agents du GCS seront traitées par chacun des établissements suivant leurs règles d'attribution internes et feront, en cas d'acceptation, l'objet d'un financement par l'établissement dont relève le salarié.

S'il s'agit d'une promotion professionnelle pour l'accès à un grade spécifique à la pédiatrie, l'agent concerné retournera dès obtention de son diplôme au sein du GCS et sera donc affecté sur un nouveau grade. Son remplacement, pendant sa scolarité, s'il s'agit d'un salarié du CHU, sera assuré par un salarié sous contrat assuré par le CHU.

S'il s'agit d'une qualification et d'un grade non spécifiques à la pédiatrie, à l'obtention du diplôme, l'affectation se fera dans un des pôles du CHU. Le poste libéré dans le cadre du GCS peut alors être pourvu par convention FEHAP.

Article 8-6 Dispositions d'ordre social

Le principe général retenu étant que chaque salarié mis à disposition du groupement garde son statut d'origine. Les salariés du CHU de Nice conservent les avantages sociaux du statut publics et l'accès aux enval conservent les avantages sociaux du statut FEHAP ou de la convention collective nationale de 1966 et l'accès aux prestations du comité d'entreprise de la Fondation Lenval. Concernant les parkings, le principe retenu est une égalité de traitement des salariés des établissements membres du GCS quel que soit le statut de ces salariés.

Chaque établissement prendra, dans ce cadre, les dispositions utiles. Les coûts exposés seront pris en charge par le groupement dans la limite d'un plafond par salarié.

Concernant les repas, le principe retenu est un accès au self de la Fondation Lenval des salariés mis à disposition par le CHU sur la base des tarifs qui ne seront pas supérieurs à ceux pratiqués par le CHU.

Concernant les crèches, les salariés du CHU au sein du GCS gardent un accès aux crèches du CHU. La crèche de l'Archet étant ouverte à la ville pour 30% de ses places, l'accès à cette crèche pour les salariés de Lenval au sein du GCS pourra se faire dans ce cadre.

Article 8-7 Conditions et modalités pratiques de mise à la disposition des professionnels

Lors de la constitution pratique du GCS, chaque établissement membre communiquera au groupement :

- la liste du personnel mis à la disposition comportant la précision du grade, de la quotité de temps de travail, l'unité d'affectation, les amplitudes et horaires de travail.

Article 9 Intervention des professionnels médicaux

Article 9-1 Situation des personnels lors de la constitution du GCS

Les personnels médicaux qui sont conduits à participer à la constitution d'équipes communes conservent leur statut et l'ensemble des avantages qui y sont attachés et restent placés sous l'autorité hiérarchique de chaque établissement employeur.

Ainsi le personnel mis à la disposition par le CHU de Nice conserve le bénéfice du statut de la Fonction publique (loi n°83-26 du 19 janvier 1983 et loi n°86-33 du 9 janvier 1986) s'il s'agit d'agents stagiaires et titulaires et du décret 91-155 du 6 février 1991 s'il s'agit d'agents contractuels de droit public.

De la même manière, le personnel mis à la disposition par la Fondation Lenval conserve le bénéfice de la convention FEHAP de 1951 ou du statut des praticiens hospitaliers.

L'activité libérale exercée par certains médecins au sein du GCS (*cf. liste en annexe*), est régie par la réglementation en vigueur au sein de chaque établissement. Le comité médical en définit les modalités d'exercice.

Article 9-2 Modalités de constitution des équipes mutualisées de professionnels et conditions de leurs interventions (*article 9 convention constitutive*)

Article 9-2-1 Les équipes médicales

Pour chacune des disciplines médicales, chirurgicales et médico-techniques du GCS, les praticiens d'une même spécialité participent au tableau de service commun CHU- Lenval.

A ce titre, chacun d'eux est tenu :

- de remplir les obligations de service propres à son statut,
- de participer aux obligations de présence du service.

Chaque praticien reste rémunéré par son établissement d'appartenance sur la base du tableau de service mensuel.

Les gardes et astreintes seront rémunérées respectivement par chacun des deux établissements pour les praticiens qu'il emploie.

Des protocoles de fonctionnement, arrêtés par l'assemblée générale, du groupement définissent les modalités d'organisations opérationnelles des équipes communes.

Article 9-3 Les praticiens hospitaliers du CHU de Nice

Le praticien hospitalier du CHU de Nice, exerçant en pédiatrie, peut être mis à la disposition du GCS avec son accord (*cf. art. R 6152-50 du CSP*). A défaut, Le directeur général du centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière, après avis motivé de la commission médicale d'établissement et du conseil exécutif de l'établissement public de santé dont relève le praticien hospitalier ainsi que de la commission statutaire nationale, décide du placement du praticien hospitalier en position de recherche d'affectation (*cf. art. R 6152-50-1*).

En cas d'accord du praticien hospitalier, la mise à disposition auprès du GCS est prononcée :

- après avis de la Commission médicale d'établissement et du Conseil d'administration du CHU pour l'ensemble des praticiens concernés,
- par arrêté du Directeur général du Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière,
- après signature de l'adhésion à la convention cadre passée entre le CHU et le GCS.

L'adhésion à la convention cadre précise en particulier la durée de la mise à disposition ainsi que les éventuelles conditions d'emploi et de retour au CHU, de même que les modalités de remboursements par le GCS du temps médical mis à sa disposition.

Les nouveaux recrutements de personnel médical s'effectuent dans le cadre des statuts applicables aux personnels médicaux des établissements publics de santé, les nouveaux contrats précisant de manière systématique la position de mise à disposition auprès du GCS pour les praticiens concernés.

Certains recrutements exceptionnels peuvent être effectués dans le cadre des statuts relevant de la Fondation Lenval à titre exceptionnel. Ces cas d'exception concernent des postes temporaires

destinés à favoriser le maintien de la continuité des soins ou le bon accomplissement des missions d'enseignement et de recherche du GCS.

Article 9-4 Les praticiens de la Fondation Lenval

Les praticiens de la Fondation Lenval exerçant dans les services de pédiatrie sont mis à la disposition du GCS. La mise à disposition est prononcée :

- après avis de la Commission médicale d'établissement et du Conseil d'administration de la fondation pour l'ensemble des praticiens concernés,
- après signature de l'adhésion à la convention cadre passée entre Lenval et le GCS.

L'adhésion à la convention cadre précise en particulier la durée de la mise à disposition ainsi que les éventuelles conditions d'emploi et de retour au sein de la fondation, de même que les modalités de remboursement par le GCS du temps médical mis à sa disposition.

Les praticiens de la fondation disposent par ailleurs, à la date de la mise à disposition, de l'opportunité préalable de solliciter un recrutement sur un statut assimilable à celui des personnels médicaux relevant du statut hospitalier, ceci afin de permettre l'harmonisation des statuts du personnel médical.

TITRE V PARCOURS DU PATIENT ET MODALITES DE FACTURATION

Article 10 Parcours unique du patient

L'objet premier de la constitution des *Hôpitaux pédiatriques de Nice CHU – Lenval* est l'amélioration de la prise en charge des patients en pédiatrie. Il conduit à retenir le principe du circuit unique du patient comme un principe fondateur de la coopération entre les deux établissements.

A cet effet le GCS :

- organise le parcours unique du patient (*admission, accueil, protocole de soins*). Plus particulièrement, il en sera ainsi du dossier médical dont le GCS assure et organise les modalités de conservation (*archivage*), de communication et de transmission ainsi qu'en cas de besoins, la remise du dossier médical aux établissements de santé membres,
- élabore également un protocole dit de responsabilité – assurance, de manière à garantir une couverture assurantielle commune aux deux établissements pour leur activité mutualisée (joint en annexe),
- dispose d'un système d'information unique, issu des compétences et des expertises du CHU et de Lenval, pour une meilleure gestion des informations relatives aux données du patient. Un comité « *Système d'information* » composé des responsables informatiques des deux établissements est chargé de structurer le système d'information du GCS, durant la période d'expérimentation et de le faire évoluer.

Article 11 Modalités de facturation

Le GCS facture et recouvre en son nom et pour son compte l'ensemble des produits liés à son activité.

Article 12 collaborations

L'accompagnement du patient impose au GCS diverses collaborations (*cf. annexe jointe*)

Sont concernés :

- labos hors du GCS,
- pharmacie,
- Autres pôles du CHU, CAL, SAMU, maternité génétique,
- Autres services de l'hôpital LENVAL et de la fondation Lenval,
- PMI, médecine scolaire et justice,
- Pouponnière sociale et médicale,
- Maison des parents associations etc,
- Autres CHU, DASS, DRASS, ARH (ARS),
- FAC, INSERM, centres de compétences, recherche.

TITRE VI ORGANISATION LOGISTIQUE ET MEDICO-TECHNIQUE

Article 13 Principes généraux

Le fonctionnement des *Hôpitaux pédiatriques de Nice CHU – Lenal* obéit à une exigence continue d'optimisation de la gestion et de maîtrise des dépenses de manière à ce qu'aucun des deux établissements ne supporte des charges supplémentaires ou supérieures à celles qu'il aurait eu à supporter en l'absence de regroupement.

En conséquence :

- les deux établissements ont recours autant que faire se peut, pour le fonctionnement des services du GCS, aux structures existantes sur chaque site concerné,
- toute mutualisation des services médico-techniques, logistiques ou administratifs repose sur un examen préalable de leur efficacité et de leur intérêt notamment par comparaison avec les charges supportées, dans les mêmes conditions, par chaque établissement,
- les conditions du recours aux services de la pharmacie à usage interne de chaque établissement sont précisées en annexe.
- tout doublon ou toute superposition d'organisation ou de structure est à éviter.

Les mises à la disposition des installations comme des équipements par le CHU et Lenal font l'objet d'accords contractuels soumis à délibération de l'assemblée générale.

Article 14 Mise à la disposition du GCS des installations, équipements et procédure d'acquisitions

Durant la période d'expérimentation du GCS, l'ensemble des équipements nécessaires à l'activité d'un service appartient à l'établissement qui héberge ladite activité. Cette situation peut nécessiter la cession/acquisition d'équipements entre les deux partenaires lors du regroupement d'activités.

Seuls les équipements de moins de 15 ans, nécessaires à l'activité transférée, peuvent faire l'objet de cessions/acquisitions. Celles-ci se font à la valeur nette comptable du bien (Lenal) redressée des durées d'amortissements retenues dans la M21 (CHU de Nice).

Il appartient à chaque établissement propriétaire des équipements d'en assurer l'entretien et la maintenance en fonction des règles en vigueur. Néanmoins, chaque établissement peut faire appel aux services techniques ou biomédicaux de l'autre établissement pour réaliser cette maintenance. Ces opérations sont mises en œuvre sur la base d'accords contractuels.

Article 15 Conditions et modalités de maintenance et entretien des locaux (cf. art. 10 de la convention constitutive).

Le GCS se substitue, pour la durée de l'expérimentation, aux deux établissements dans l'utilisation, la maintenance et l'entretien des locaux nécessaires à l'activité du groupement. A ce titre le groupement dispose des droits et obligations y afférents. Pour ce faire, le GCS fait appel aux services du propriétaire des locaux.

TITRE VII FONCTIONNEMENT FINANCIER

Les principes de fonctionnement financier du GCS sont précisés aux articles 10,11 et 12 de la convention constitutive.

Article 16 Budget prévisionnel

L'administrateur, assisté des membres du Conseil de gestion, établit avant le 31 octobre de l'année N-1 un rapport préliminaire. Celui-ci s'appuie sur les résultats des premiers mois d'exécution du budget de l'année N-1 et trace les grandes orientations budgétaires pour l'année N.

Le budget prévisionnel est soumis à l'assemblée générale au plus tard dans les 30 jours suivant la date à laquelle les deux établissements membres ont reçu les informations utiles à la préparation de leurs propres documents budgétaires.

Des états de suivi budgétaire portant sur des périodes infra-annuelles sont présentés à l'assemblée générale au moins trois fois par an.

Article 17 Trésorerie

Le groupement encaisse toutes les recettes directement liées à l'activité. Il les reverse mensuellement et au plus tard le 20 de chaque mois à hauteur de 95% minimum, aux deux établissements et la régularisation intervient en fin d'exercice.

Pour la première année de fonctionnement du groupement expirant au 31 décembre 2010, les recettes reversées aux établissements membres, le sont pour 45 % au CHU de Nice et pour 55 % à la Fondation Lenval.

La clé de répartition est revue une fois par an en fonction des dépenses réellement constatées dans les établissements et fait l'objet d'une délibération en assemblée générale du GCS.

Article 18 Suivi des comptes

Sur la base du suivi budgétaire infra-annuel mentionné à l'article 16 ci-dessus, il est procédé périodiquement à la régularisation des comptes de recettes visée à l'article 17.

En ce qui concerne les dépenses, les demandes de remboursement des établissements sont adressées à l'administrateur du GCS :

- tous les mois pour celles concernant les dépenses de personnel,
- au plus tard les 30 septembre et 30 janvier pour toutes les autres charges.

Article 19 Approbation des comptes

Six mois au plus tard après la clôture de l'exercice comptable, l'administrateur convoque une assemblée générale aux fins d'approuver les comptes de l'exercice précédent.

A cet effet, l'administrateur adresse, 15 jours au moins avant la tenue de l'assemblée générale à chacun des membres, les documents nécessaires.

Les comptes sont certifiés par le commissaire aux comptes ou par son suppléant qui participe de droit à l'assemblée générale amenée à statuer sur les comptes de l'exercice.

Conformément à l'article 13.3 de la convention constitutive, en cas d'excédent, les résultats peuvent être répartis entre les membres au prorata de leurs droits sociaux. Toutefois, l'assemblée générale peut décider que le résultat excédentaire sera affecté en tout ou partie à la constitution de réserves, à la couverture des charges de fonctionnement de l'exercice suivant ou au financement des dépenses d'investissement. Le résultat déficitaire, quant à lui, est reporté ou prélevé sur les réserves.

TITRE VIII SUIVI DE L'EXPERIMENTATION & EVALUATION

L'arrêté du 16 avril 2007 pris en application de l'article L.6133-5 du code de la santé publique précise que l'efficacité du financement expérimental du dispositif de coopération doit faire l'objet d'un suivi régulier. Dans ce sens, un **comité de suivi et d'évaluation** est constitué.

Article 20 Comité de suivi et d'évaluation

Le suivi et l'évaluation de l'expérimentation est conduite par le comité de suivi et d'évaluation. Il se réunit au moins deux fois par an et, en tant que de besoin, à la demande des établissements membres ou de l'ARH.

Le comité est présidé par le directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation et comprend des représentants de l'Etat, (DDASS des Alpes-Maritimes), de l'assurance maladie, (CRAM-DRSM & CPAM 06) et des établissements membres. Les modalités de fonctionnement du comité de suivi et d'évaluation sont précisées par l'arrêté du directeur de l'Agence régionale d'hospitalisation du 22 décembre 2008 autorisant l'expérimentation.

Article 21 Modalités de suivi et d'évaluation

Le GCS, élabore, pour le suivi et l'évaluation de l'ensemble de ses activités, des tableaux de bord comportant des indicateurs et autres outils de pilotages portant sur les trois volets : médical, qualité/sécurité et comptable/ financier. Ces tableaux de bord intègrent les données nationales de référence.

Les indicateurs et les modalités d'évaluation de l'expérimentation sont précisés dans le contrat d'objectifs et de moyens conclu entre l'ARH et le GCS. Ces indicateurs permettent notamment d'évaluer :

- l'évolution de l'offre de soins au sein du territoire de santé des Alpes-Maritimes Est et au sein de la région pour les activités concernées,
- L'évolution de l'organisation, notamment médicale, et notamment l'évolution des lignes de gardes et astreintes,
- l'évolution des charges de fonctionnement et des recettes du groupement ainsi que les éléments constitutifs des coûts de revient des prestations fournies au GCS par les établissements membres,
- l'évolution de la structure d'activité, et des coûts de revient des activités exploitées par le groupement,
- la situation financière globale du groupement,
- l'évolution de la répartition des activités de soins entre les établissements membres et le groupement.

TITRE IX PROCEDURE DE CONCILIATION

Article 22 Procédure de conciliation

Les membres du groupement entendent soumettre les litiges ou tout différend, survenant soit entre les membres du groupement soit entre le groupement lui-même et l'un de ses membres, à une procédure de conciliation, conformément à l'article 18 de la convention constitutive.

Le différend ou le litige doit concerner ou l'exécution de la convention constitutive ou du règlement intérieur ou le fonctionnement interne.

La procédure est la suivante :

La partie la plus diligente notifie à l'autre partie, par lettre recommandée avec accusé de réception, son intention d'engager une procédure de conciliation et lui notifie le nom du conciliateur dont il aura fait le choix. Le conciliateur peut être choisi soit au sein du groupement soit en dehors.

L'administrateur reçoit copie de la notification adressée.

La partie qui reçoit notification de la procédure de conciliation dispose d'un délai maximum de 15 jours pour faire part à son tour du conciliateur qu'il aura choisi.

Les conciliateurs ainsi désignés disposent d'un délai qui expire 3 mois après la date à laquelle la désignation du premier conciliateur est notifiée à l'autre partie, pour tenter de concilier les parties et de faire toute proposition.

La proposition de conciliation est adressée à chacune des parties pour se prononcer. Cette proposition de conciliation est communiquée concomitamment à l'administrateur qui en fait part à tous les membres du groupement.

La proposition de conciliation est également transmise au directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation.

En cas de refus de l'une des parties de désigner un conciliateur ou en cas d'échec de la tentative de conciliation, l'administrateur en informe chaque membre du groupement et décide, si nécessaire, la convocation d'une assemblée générale afin d'en tirer les conséquences et de prendre toutes mesures utiles. L'administrateur en informe également, sans délai, le Directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation.

Conformément à l'article 18 de la convention constitutive, la juridiction compétente pourra être saisie.

TITRE X DISPOSITIONS FINALES & ANNEXES

Les soussignés, agissant comme seuls membres du groupement de coopération sanitaire « GCS Hôpitaux Pédiatriques de Nice CHU- Lénval », ont établi le texte du présent règlement intérieur en application de l'article 23 de la convention constitutive.

Ce règlement intérieur constitue le prolongement de la convention constitutive du groupement dont il est indissociable. Chaque membre a pu en prendre connaissance et s'oblige à en respecter toutes les dispositions.

Les membres du groupement s'engagent à mettre en œuvre, chacun pour ce qui les concerne, les décisions prises en commun dans le cadre du groupement.

Les membres s'engagent à participer activement à la réalisation des objectifs du groupement et à assurer les obligations qui leur sont imparties dans ce cadre.

Ils mettent en œuvre, pour ce faire, les moyens définis par les instances du groupement.

Le présent règlement intérieur fixe les règles générales de constitution, d'organisation et de fonctionnement du GCS Hôpitaux pédiatriques de Nice CHU- Lenvai.

Sont jointes au règlement intérieur les annexes indiquées dans le présent document.

Fait à Nice le 30 octobre 2009

- Modifié en assemblée générale du 30 septembre 2010

Annexe 8 : Liste des personnes auditionnées

Professeur	ALBERTINI	Pneumo-pédiatre
Docteur	ALEXANDRI	Anesthésiste
Madame	ALLARD JACQUIN	Directeur des relations humaines, CHU de Nice
Madame	ARRIGHI	Coordonnateur médical
Professeur	ASKENASY	Psychiatre
Docteur	BABE	Urgentiste
Professeur	BENCHIMOL	Doyen de la Faculté de médecine de Nice
Professeur	BERARD	Chef de pôle
Monsieur	BINI	Directeur Centre hospitalier Princesse GRACE, Monaco
Monsieur	BOISSIER	Chef de l'IGAS
Professeur	BONGAIN	Chef de pôle, CHU de Nice
Professeur	BOUTTE	Chef du service de néonatalogie
Monsieur	BOUVIER MULLER	Directeur général, CHU de Nice
Docteur	BREAUD	Chirurgien pédiatre
Docteur	BROUCQSAULT	ALTAO Consulting
Docteur	CAPITAINE	Médecin du travail, CHU de Nice
Professeur	CHARLES	Membre du Conseil d'administration, Fondation Lenal
Madame	CHAVIGNY	Cadre soignante
Professeur	CLARIS	Chef du service Néonatalogie, Hospices civils de Lyon
Docteur	CLEMENT	Président du comité médical, Lenal
Madame	CORBUCCI	Directeur général adjoint, Fondation Lenal
Monsieur	COSTA	Président Fondation Lenal
Professeur	CRENESSE	Explorations fonctionnelles
Docteur	DAGEVILLE	Néonatalogue
Monsieur	DAVID	Conseiller du Maire de Nice pour les affaires du CHU de Nice
Docteur	DE RICAUD	Médecin
Monsieur	DEROUBAIX	Directeur général ARS PACA
Docteur	DEVILLE	Oncohématologue
Madame	DORRINGTON-NIBLETTE	Cadre supérieur de Santé, Lenal
Docteur	DUPONT	Vice Président du comité médical, Lenal
Monsieur	DUPUIS	Directeur général FEHAP
Monsieur	DURBAS	CFDT Lenal
Monsieur	ESTROSI	Maire de Nice
Monsieur	FUENTES	FO CHU de Nice
Monsieur	GABARO	CFDT Lenal
Madame	GEINDRE	Directeur général adjoint, CHU de Nice
Docteur	GEOFFRAY	Radiologue
Madame	GIRARD	CGT CHU de Nice

Professeur	GUERIN	PU-PH
Docteur	HAAS	Urgentiste
Madame	JUSTON	Cadre soignante
Monsieur	KLEYNOFF	Président CCI de Nice, Administrateur Lenal
Docteur	KURZENNE	Chirurgien
Docteur	LAFFORGUES	Médecin du Travail, Lenal
Monsieur	LAMY	Préfet des Alpes Maritimes
Monsieur	LECAT	Directeur général Fondation Lenal, Administrateur GCS CHU Lenal
Madame	LEMOUX	Cadre soignante
Madame	LETROUBLON	Cadre supérieur de santé, CHU de Nice
Madame	LEY	FO CHU de Nice
Monsieur	LORRE	Délégué territorial ARS PACA
Monsieur	MACCARIO	Directeur du Cabinet du Maire de Nice
Monsieur	MARTIN	FO CHU de Nice
Monsieur	MAYER	Directeur adjoint du système d'information, CHU de Nice
Madame	MAZARD	Directeur Qualité Parcours Patients, CHU de Nice
Madame	MUR	Cadre soignante
Monsieur	OLLIER	Commissaire aux comptes, GCS CHU- Lenal
Monsieur	OPITZ	Anesthésiste
Professeur	PAQUIS Philippe	Président de la CME, CHU de Nice
Professeur	PAQUIS Véronique	Adjointe au Maire déléguée à la recherche
Docteur	PERELMAN	Neuropédiatre
Madame	PHILIP	Directrice Hôpital Ste Marie, Nice
Madame	PODEUR	Directrice générale DGOS
Docteur	POIREE	Oncologie hématologique
Monsieur	POUILLART	Directeur des Finances et du système d'information, CHU de Nice
Docteur	REFAIT	Délégué territorial adjoint ARS PACA
Docteur	RICHELME	Neuropédiatre
Monsieur	RIERA	Secrétaire général, Fondation LENTAL
Madame	ROGER	Cadre soignante
Monsieur	SACRE	Infirmier psychiatrique
Madame	SANTINI	CGT Lenal
Professeur	SANTINI José	Directeur général du Centre A. Lacassagne
Monsieur	SELLERET	Directeur de Cabinet, Secrétariat d'Etat à la santé
Professeur	STACCINI	DIM du CHU de Nice
Docteur	STEYAERT	Pédiatre
Docteur	TRIOLO	Gastroentérologue
Monsieur	VINCENT Gérard	Délégué général FHF
Monsieur	VINCENT Franck	Directeur du Cabinet du Président du Conseil général
Docteur	WAGNER	Endocrinologue pédiatre
Madame	WILTZ	Coordonnateur général des soins, Hôpitaux universitaires de Strasbourg

Annexe 9 : Lettre du 5 octobre 2011 du Président de la Fondation Lenal au chef de l'IGAS



NICE, le 05 octobre 2011

Le Président du Conseil d'Administration
à
Monsieur Pierre BOISSIER
Chef de l'Inspection Générale des
Affaires Sociales
39-43, quai André Citroën
75739 PARIS Cedex 15

N/Réf. : GCS/BL/LM/111110

Monsieur le Chef de l'Inspection Générale,

J'ai été invité, en compagnie du Directeur Général et du Président de la Commission Médicale de la Fondation Lenal à la présentation des conclusions de la mission d'appui et de conseil confiée à Monsieur Paul CASTEL, Inspecteur Général, sur le Groupement de Coopération Sanitaire Hôpitaux Pédiatriques de Nice CHU-LENVAL.

Cette présentation, uniquement orale à ce jour, s'est déroulée le jeudi 29 septembre 2011 à 17h30 au siège de la Délégation Territoriale des Alpes-Maritimes de l'Agence Régionale de Santé PACA.

A la suite de cette présentation, et en plein accord avec les membres du bureau du Conseil d'Administration de la Fondation, j'ai l'honneur de vous faire part par la présente des observations qu'appellent à titre principal les éléments qui nous ont été communiqués.

1°. Sur la forme :

Dans un courrier du 23 mars 2011, Monsieur le Directeur Général de l'ARS nous a informés qu'une mission d'appui et de conseil était confiée à l'Inspection Générale des Affaires Sociales et qu'elle se conclurait « par un rapport définitif soumis au préalable à la procédure contradictoire ».

J'observe qu'à ce jour, nous avons eu une communication orale de constats et de recommandations, ce qui n'a pas empêché que ces éléments nous soient présentés comme ayant un caractère définitif et même déjà validés par le Ministre de la Santé en personne ou son cabinet.

Il n'est pas sans importance de préciser que la présentation orale de ces éléments à 17h30 a été précédée d'une diffusion par l'ARS et par la ville de Nice de communiqués de presse largement aussi détaillés que les éléments que l'on a bien voulu nous communiquer oralement.

Je ne pense pas que l'utilisation d'un tel procédé concoure à renforcer les observations formulées. Au contraire, il me semble que cela revient à galvauder un travail de plus de six mois en le réduisant au rang d'une simple opération de communication.

2°. Sur le fond :

Quatre observations majeures s'imposent :

① Du point de vue du GCS Hôpitaux Pédiatriques de Nice CHU-LENVAL, la question la plus importante est celle de son évolution vers un centre Mère-Enfant et du cadre juridique dans lequel celle-ci pourra s'envisager.

Selon les informations qui nous ont été communiquées oralement, le rapporteur estime que le choix d'un statut public ou privé présente de réelles difficultés et qu'il convient de le reporter à une expertise ultérieure. Nous pensions qu'au terme de plus de six mois de mission, il était possible de conclure sur ce point mais surtout, que c'était indispensable pour garantir un fonctionnement harmonieux au sein de notre Groupement. En effet, en renvoyant cette question à plus tard, on ne fait qu'entretenir les divergences de vue et les arrière-pensées entre les établissements membres. Il est difficile dans ces conditions d'espérer que les équipes puissent d'elles-mêmes surmonter les difficultés rencontrées.

J'ai donc l'honneur de vous demander que la mission soit poursuivie et ne soit achevée qu'avec des conclusions définitives sur ce point. Les deux établissements pourront alors les apprécier en toute transparence dans le cadre du fonctionnement de leurs instances.

Sur cette question, il m'avait semblé utile de recueillir l'avis du Professeur Jacques HARDY. Cette consultation rappelle d'une part que l'option demeure ouverte entre un GCS de moyens et un GCS établissement de santé et que d'autre part, en ce qui concerne la nature juridique de ce Groupement, les parties ont fait un choix qui les engage dans le cadre d'une convention à durée indéterminée.

La remise en cause des éléments convenus entre les parties et approuvés par l'administration publique constituerait une dénonciation de fait de la convention constitutive dont nous serions conduits à prendre acte, sous réserve des responsabilités exposées.

② Les éléments qui nous ont été présentés oralement ne semblent pas avoir pointé le dysfonctionnement majeur qui affecte la communauté médicale de notre Groupement. Le Président du Comité médical, élu en décembre 2009, s'est abstenu depuis cette date de réunir le Comité qu'il préside, sauf une fois et encore à la demande expresse de ses confrères et de l'administrateur du Groupement. Dans ces conditions, aucune organisation médicale sérieuse n'a été mise en place et les divers comités et commissions prévus par la réglementation et l'arrêté relatif à l'expérimentation peinent à se mettre en place.

Cette volonté délibérée d'empêcher le fonctionnement des instances a eu, de plus, le grave inconvénient d'empêcher les équipes de se retrouver dans des instances de travail permettant d'acquérir progressivement une culture commune.

Il y a donc une carence manifeste, doublée du fait que le Président du Comité médical n'a cessé, depuis le jour du regroupement, de critiquer publiquement son fonctionnement, se comportant comme un véritable facteur de déstabilisation permanente. Il suffit, pour s'en persuader, de prendre connaissance des déclarations qu'il a faites lorsque l'Agence Régionale de Santé et la Mairie de Nice ont communiqué à la presse les éléments de

la mission d'Appui et de Conseil confiée à l'IGAS. Il me paraît pour le moins surprenant que tout ceci ne soit pas noté, d'autant que le responsable de la Communauté Médicale, loin de s'atteler à l'élaboration d'un projet médical, s'est toujours limité à un niveau strictement ancillaire.

③ Les qualités de gestionnaire de l'actuel Administrateur du Groupement, issu de la Fondation Lenval sont reconnues, mais il est allégué un prétendu « risque de conflits d'intérêts », qui devrait le conduire à céder la place au Directeur Général du CHU dans ses fonctions d'administrateur du Groupement.

Cette position a un mérite : reconnaître les qualités de gestionnaire de l'Administrateur qui, en effet, a obtenu à la tête de Lenval trois certifications successives sans aucune observation ou réserve.

En revanche, la validité du raisonnement, en ce qui concerne le prétendu « risque de conflits d'intérêts » est pour le moins discutable. D'une part, il est loin d'être avéré que ce risque existe et d'autre part, à supposer qu'il puisse être établi, encore faudrait-il demander à l'intéressé l'option qu'il retient entre exercer les fonctions de Directeur Général de la Clinique Santa Maria et celle d'Administrateur du Groupement.

Ne pas procéder de la sorte entache évidemment les conclusions qui nous ont été présentées d'une légitime suspicion.

Deux questions doivent encore être soulignées concernant le choix de l'Administrateur :

- d'une part, dans notre GCS à durée indéterminée, l'option a été prise de recruter tous les nouveaux personnels médicaux dans les statuts applicables aux praticiens des hôpitaux publics et tous les personnels non médicaux dans le cadre de contrats de travail relevant de la Convention Collective Nationale du 31 octobre 1951. A terme, les médecins seront donc tous issus du CHU de Nice et l'Administrateur ne pourra être issu que de la Fondation Lenval puisque les deux ne peuvent pas être salariés du même établissement.

- d'autre part, il est littéralement renversant d'imaginer, après avoir souligné le caractère universitaire de la structure que l'on bâtit dans le cadre Groupement de Coopération Sanitaire Hôpitaux Pédiatriques de Nice CHU-LENVAL, que son Comité Médical soit piloté par un praticien issu de Lenval, par définition non hospitalo-universitaire.

④ La Polyclinique Santa Maria s'est alliée à la Fondation Lenval à une époque où il n'avait pas été possible de progresser dans la voie d'un accord avec le CHU de Nice. Il n'y a aucune raison que ses personnels et ses praticiens aient à pâtir des dispositions qui ont été convenues entre nos deux établissements. A ce titre, la brutalité des conclusions du rapport telles qu'elles nous ont été exprimées oralement est inacceptable et confirme l'ingérence de l'Administration dans la gestion patrimoniale et le fonctionnement interne de personnes morales de droit privé.

La Polyclinique Santa Maria est aujourd'hui la deuxième maternité des Alpes-Maritimes, en progression constante en termes de nombre d'accouchements. La qualité de son fonctionnement n'est pas discutable surtout après sa troisième visite de certification qui a eu lieu au printemps. Ses personnels et ses praticiens n'ont donc pas à souffrir du développement du projet mère-enfant mené entre le CHU et la Fondation Lenval. Or, il y a un véritable

risque de blocage si des formulations malheureuses conduisaient à persuader ces personnels que ce serait le cas.

Vous n'ignorez pas les pouvoirs des actionnaires minoritaires et les prérogatives économiques du Comité d'entreprise qui pourraient contrarier très largement le projet que nous menons.

oooOooo

En conclusion, nous demeurons en premier lieu dans l'attente d'une communication officielle de l'ensemble du rapport et de ses annexes dans le cadre d'une véritable procédure contradictoire, tant il est vrai qu'il est difficile de présenter des observations sur la base d'informations uniquement orales.

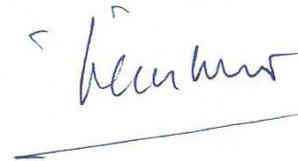
Nous devons aujourd'hui nous atteler à régler un problème extrêmement difficile qui a été créé de toutes pièces par l'administration publique en suscitant et en autorisant la création d'un second service de pédiatrie au sein du CHU de Nice.

La Fondation que je préside a, en ce qui la concerne, toujours manifesté son souhait d'aboutir à une solution raisonnable et continue à la souhaiter, pourvu que ses droits soient préservés. Elle a même accepté de supporter une partie des déficits de gestion de la pédiatrie publique dans le cadre de l'opération de regroupement que nous venons de réaliser.

Nous ne le remettons aucunement en cause mais souhaitons appeler, sans attendre, votre attention sur les quelques éléments principaux mentionnés ci-dessus qui, vous l'avez compris, sont loin d'être négligeables et devraient à notre avis nourrir de nouvelles réflexions.

En tout état de cause, dans la mesure où vous estimeriez que la procédure contradictoire se résume à la présentation orale qui nous a été faite le 29 septembre 2011, j'ai l'honneur de vous demander de bien vouloir annexer au rapport la présente lettre d'observations et de réserver les réponses complémentaires que nous pourrions être conduits à produire à la lecture de celui-ci, en vue du rapport définitif.

Je vous prie de bien vouloir agréer, Monsieur le Chef de l'Inspection Générale, l'expression de ma considération la plus distinguée.



Pierre COSTA
Préfet Honoraire.

Annexe 10 : Réponse du chef de l'IGAS au courrier du Président de la Fondation Lenval



Le Chef de l'IGAS

07 OCT. 2011

Monsieur le Président,

Votre courrier du 5 octobre 2011 relatif à la mission d'appui auprès de l'agence régionale de santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur concernant le GCS « Hôpitaux pédiatriques de Nice CHU-Lenval » a retenu toute mon attention.

S'agissant d'une mission d'appui à la demande et auprès du directeur général de l'ARS PACA, et non d'une mission d'inspection, il n'y a pas lieu de lui donner un caractère contradictoire.

Le rapport de mission est destiné au directeur général de l'ARS. Bien entendu, ce rapport vous est communicable et il le sera par accès au site de l'IGAS dans le courant de la semaine du 10 au 14 octobre 2011. (Site : <http://www.igas.gouv.fr>).

Compte tenu de votre démarche, nous joindrons dans les annexes votre courrier et ma présente réponse.

Sur le fond, il appartient au directeur général de l'ARS PACA, demandeur du concours de l'IGAS pour l'éclairer, le conseiller, de donner la suite qui lui paraîtra la plus adaptée au contenu du rapport, et en particulier aux préconisations qui y sont formulées.

Je vous prie de bien vouloir agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma considération distinguée.

Pierre BOISSIER

M. le Pdt du Conseil d'administration
de la fondation LENVAL
57 avenue de la Californie
06 200 NICE

Copie :

- M. Dominique DEROUBAIX,
Directeur général de l'ARS PACA
- M. Paul CASTEL