RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Contrôle de la gouvernance de la Fondation Lenval

FEVRIER 2026
2025-051R

• **RAPPORT DEFINITIF**

RAPPORT

Mustapha **Khennouf**

Thomas **Le Ludec**

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Suivez-nous sur Linkedin

SYNTHESE

[1] Le ministre de la Santé et de l'Accès aux Soins a saisi l'Inspection générale des affaires sociales par lettre du 6 mai 2025 afin de conduire une mission comprenant deux volets. Le premier porte sur le contrôle de la Fondation Lenval à Nice et plus précisément, est « *centré sur la gouvernance de l'établissement et les risques induits sur la prise en charge des enfants, avec un focus sur les risques psycho-sociaux des professionnels exerçant dans l'établissement* ». Le second volet porte sur une expertise qui « *abordera le parcours de soins des enfants entre les deux établissements (CHU de Nice et Fondation Lenval) et les modalités de coordination entre ces structures. Il traitera de l'organisation la mieux à même de sécuriser la prise en charge des enfants. Elle proposera ainsi les pistes susceptibles de faciliter l'action de l'ARS pour procéder ensuite à la structuration de la filière de pédiatrie sur le territoire, dans un souci de qualité, d'accès et de sécurité des prises en charge, au service des patients et dans le respect des professionnels* ». La mission a débuté en juin 2025.

[2] Cette mission s'inscrit dans un contexte présentant de tensions importantes au sein de la Fondation Lenval. Celles-ci révèlent à la fois des déséquilibres internes de gouvernance et des modalités d'échanges complexes avec les partenaires externes, souvent influencés par des rapports de forces ayant des conséquences sur le positionnement d'acteurs professionnels notamment hospitalo-universitaires. Elle a pour objet d'étudier le fonctionnement des organes de gouvernance et de consultation, de mettre en évidence les éventuels dysfonctionnements, d'analyser les impacts organisationnels et humains liés à la dégradation progressive du partenariat avec le CHU de Nice et de formuler des propositions destinées à améliorer la gouvernance ainsi qu'à garantir la continuité, la sécurité et la qualité des prises en charge.

[3] Dans ce contexte, certaines dimensions du débat public, parfois alimentées par des enjeux extérieurs à la santé publique, complexifient la compréhension des difficultés réelles rencontrées par les équipes et par les patients. La mission a donc fait le choix méthodologique d'écarter ces éléments périphériques afin d'éviter de perturber l'analyse par des controverses qui ne contribueraient ni à l'objectivation des constats ni à l'identification de solutions opérationnelles. Cette approche vise à concentrer l'examen de la situation sur les faits pertinents pour l'analyse de la gouvernance de la Fondation, la prise en compte des risques psychosociaux, la sécurité des soins, la qualité des prises en charge et plus globalement le fonctionnement des institutions concernées.

[4] Ce travail Intervient dans un calendrier marqué par plusieurs contentieux en cours entre la Fondation Lenval et le CHU de Nice ainsi que par le déclenchement d'une instruction judicaire à la suite d'une lettre collective de signalement déposée au titre de l'article 40 du code de procédure pénale et signée par 89 professionnels de santé de la Fondation mettant en cause le mode de management de la gouvernance de l'établissement.

[5] A l'examen des pièces consultées et des entretiens réalisés, des fragilités structurelles, managériales et organisationnelles au sein de la Fondation Lenval ont été identifiées, malgré l'engagement de ses professionnels. **Elle souligne toutefois que ces fragilités se sont développées dans un environnement partenarial lui-même instable, où les responsabilités sont partagées. Les tensions anciennes entre la Fondation et le CHU de Nice, les divergences d'orientations**

stratégiques et l'absence de vision commune ont contribué à l'affaiblissement progressif du partenariat. Elle rappelle également que la Fondation occupe une place importante mais non dominante dans l'offre pédiatrique des Alpes-Maritimes, avec une activité davantage généraliste qu'hospitalo-universitaire, positionnement qui éclaire la portée des vulnérabilités constatées.

[6] L'ensemble des documents examinés et des auditions conduites montre une institution éprouvée par une crise de gouvernance profonde dont les effets se diffusent simultanément sur le climat interne, la coopération avec le CHU de Nice, la dynamique médicale et la trajectoire financière de l'établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC), dénommé hôpital pédiatrique universitaire par la Fondation.

[7] L'analyse des pratiques managériales des dernières années (2022-2025) fait ressortir un système de pilotage, caractérisé par une communication essentiellement descendante, une faible transparence stratégique et une tendance à la polarisation des positions au sein du personnel médical. Le diagnostic psychosocial réalisés par le cabinet AlterNego à la demande du CSE de la Fondation ainsi que l'enquête SOLEN menée par la mission, convergent pour décrire un corps professionnel éprouvé. Il peut être établi une perte de confiance durable, une anxiété souvent exprimée par les professionnels, un affaiblissement des espaces de dialogue et une montée des situations de risques psychosociaux. **Ces éléments se développent dans un contexte où le pilotage de la qualité et de la sécurité des soins rencontre des difficultés principalement par la défiance existant entre corps médical et direction de la Fondation et par le défaut de coordination entre la direction du CHU et la direction de la Fondation.** Cette défiance n'est pas de nature à favoriser une culture positive de l'erreur ni un management par la qualité capable de fédérer les différents métiers devant œuvrer ensemble. Des éléments convergents permettent de considérer que cette dégradation sociale ne résulte pas d'un désengagement des équipes mais d'un mode d'exercice de l'autorité ayant accentué les divisions internes au lieu de les atténuer. Les professionnels, malgré les tensions, ont continué d'assurer leurs missions auprès des enfants, souvent au prix d'efforts de mise à distance des sujets de conflits.

[8] Cette dynamique interne fragilisée s'est trouvée amplifiée par une coopération hospitalo-universitaire devenue instable. Le partenariat entre la Fondation et le CHU de Nice, déjà complexe par nature, s'est progressivement crispé autour de visions divergentes du devenir de la pédiatrie niçoise. Le GCS dénommé Hôpitaux pédiatriques de Nice CHU Lenval (HPNCL), conçu comme un outil de coordination et de sécurisation des parcours, a cessé progressivement de jouer son rôle pour devenir un espace de confrontation institutionnelle sur les sujets budgétaires et de facturation comme de pilotage**. Cette évolution s'inscrit dans une histoire longue de tensions marquée par une fusion d'activités mal préparée en 2008-2010, un projet commun resté inachevé, et, entre 2017 et 2021, un reflux progressif de la coopération, autant d'épisodes ayant laissé des traces durables.** Les désaccords stratégiques de ces toutes dernières années – regroupement pédiatrique sur le site de l'Archet pour le CHU, consolidation sur le site de Lenval pour la Fondation – ont paralysé toute dynamique commune notamment au plan médical. Cette incapacité à formaliser un projet médical partagé a entretenu l'hétérogénéité des pratiques, la fragmentation des filières, l'absence de protocoles consolidés et, de manière plus préoccupante, des vulnérabilités persistantes pour les enfants nécessitant des parcours complexes, notamment en oncohématologie, en néphrologie pédiatrique ou en chirurgie néonatale. La mission observe que les travaux engagés en 2021-2022 sous l'égide de l'ARS n'ont pas produit d'effets durables et que la coopération s'est progressivement amoindrie, malgré la reconnaissance partagée de son caractère nécessaire et urgent.

[9] À ces tensions s'est ajoutée une détérioration financière dont les causes réelles ont été insuffisamment partagées et débattues. L'étude Mazars, initialement commandée par la gouvernance de la Fondation pour objectiver l'impact économique du protocole de 2013 sur les flux financiers entre Lenval, le GCS et le CHU, met en évidence des facteurs internes déterminants. Les traits majeurs sont une hausse très significative des charges d'exploitation, portée principalement par la masse salariale, la création d'un volume important de postes sans trajectoire de financement documentée et l'alourdissement continu des charges d'amortissement, de provisions et de frais financiers[1]. Surtout, cette étude, bien qu'achevée en juillet 2024, n'a jamais fait l'objet d'une présentation au conseil d'administration (CA). Cette absence de restitution complète constitue un écart significatif avec les principes de collégialité et de transparence requis pour la gouvernance d'une fondation reconnue d'utilité publique. Le CA n'a ainsi pu exercer pleinement ni son droit d'information ni son droit de suite sur les causes de la dégradation financière, alors même que des éléments du rapport invalidaient partiellement le récit institutionnel selon lequel la responsabilité principale de la dégradation budgétaire incomberait au CHU de Nice.

[10] L'ensemble de ces constats met en évidence un affaiblissement du rôle des organes décisionnels de la Fondation. Le conseil d'administration apparaît fragilisé dans sa capacité de pilotage stratégique. Le directoire, pourtant instance essentielle de l'articulation médico-administrative, ne s'est plus réuni depuis avril 2025. La commission médicale d'établissement (CME), traversée par des clivages internes, voit son rôle réduit et peine à exercer pleinement ses prérogatives. Les relations sociales au sein du comité social et économique (CSE) ont également été durablement altérées par des débats institutionnels qui ont largement dépassé leur périmètre habituel. **La mission observe enfin que le recours répété à des démarches précontentieuses, signalé par de nombreux professionnels et instances, a contribué à tendre les relations internes au détriment de la construction de solutions concertées et partagées.**

[11] Si la mission n'a pas pu établir un lien direct entre crise managériale et sécurité des soins, elle relève toutefois la fragilité des dispositifs de gestion des risques dans ce contexte, la faiblesse de la culture déclarative et l'insuffisance de coordination entre la Fondation et le CHU pour les filières critiques. L'analyse conduite par la mission montre que le traitement des évènements indésirables graves associés aux soins (EIGS) est devenu un facteur de tension entre la direction générale et certains responsables médicaux, non en raison du contenu clinique des dossiers mais du cadre institutionnel dans lequel ces événements étaient examinés. L'ARS a signalé à plusieurs reprises des retards de déclaration ou des divergences d'interprétation concernant le périmètre des événements relevant d'une analyse systémique approfondie. Ces constats sont renforcés par l'absence d'un véritable pilotage commun de la qualité et de la sécurité avec le CHU, indispensable au regard de l'interdépendance des filières critiques notamment s'agissant de parcours complexes, de la disponibilité des lits ou de la coordination des moyens d'imagerie et de soins critiques. La coexistence de systèmes d'information distincts quoique issus du même éditeur informatique, l'absence d'analyse systémique partagée des EIGS et la difficulté à instaurer une cellule qualité-sécurité commune limitent la capacité collective à prévenir les risques, en particulier pour les enfants dont les parcours sont les plus complexes.

[1] Malgré des demandes répétées, la direction de l'ESPIC n'a pas apporté les éclairages nécessaires à la compréhension de cette augmentation.

[12] Si la responsabilité du pilotage opérationnel de la qualité et de la sécurité incombe à la direction générale de la Fondation, le conseil d'administration, en tant qu'organe stratégique de la fondation, conserve une responsabilité de surveillance et d'anticipation. Les constats de la mission montrent que cette dimension du pilotage n'a pas été suffisamment prise en compte notamment pour ce qui relève de l'analyse croisée des risques sociaux, organisationnels, médicaux et budgétaires. Dans un contexte où les risques sont systémiques et imbriqués, une approche en silo réduit la capacité à prévenir les incidents graves, voire les tensions managériales. **La mission relève également que l'inachèvement du projet médical interne contribue à la persistance de zones de risques et à l'absence de priorisation claire sur les filières critiques.**

[13] Dans ce contexte, les départs du directeur général et de la directrice des ressources humaines, intervenus en octobre 2025, ne constituent pas en eux-mêmes une réponse suffisante pour l'ESPIC. Ils ont certes permis d'atténuer certaines tensions interpersonnelles mais n'ont pas rétabli les conditions d'un pilotage stabilisé. Parallèlement, **la désignation d'un administrateur judiciaire pour le GCS, véhicule de coopération entre l'ESPIC et le CHU, intervenue en novembre 2025, témoigne de la profondeur de la crise de coopération.** L'ESPIC reste autonome dans sa gouvernance mais l'absence de dispositif formalisé de transition interne, dépourvu de lettre de mission explicite et de calendrier de reprise des instances, accentue le risque d'un enlisement à un moment où la restauration de la confiance demeure une priorité absolue.

[14] La mission considère que la sortie de crise exige une politique globale, fondée sur un accord de méthode engageant la Fondation, le CHU, l'ARS et le Préfet, ce dernier siégeant au conseil d'administration de la Fondation en qualité de commissaire du gouvernement. Une telle démarche doit permettre de restaurer la confiance, de clarifier les responsabilités, de sécuriser immédiatement les parcours pédiatriques les plus critiques, de refonder la coopération hospitalo-universitaire et d'objectiver la trajectoire financière de l'ESPIC. Elle doit également rétablir un pilotage de la qualité et de la sécurité conforme aux objectifs et au cadre juridique d'une institution chargée de missions d'intérêt général. La reconstruction d'une gouvernance robuste au sein de l'ESPIC suppose une **méthode explicite garantissant la continuité des décisions, le renforcement du dialogue interne et la prévention des risques psychosociaux.** Elle doit s'accompagner d'un management de transition clair et co-piloté ainsi que du recrutement d'une direction générale stabilisée, dotée d'un mandat précis.

[15] Enfin, la mission souligne que la Fondation Lenval ne pourra retrouver pleinement sa capacité d'action sans l'élaboration d'une stratégie institutionnelle intégrée, planifiée pour la période 2026-2030. Celle-ci devra aligner projet médical, politique RH, trajectoire financière, transformation numérique et amélioration continue de la qualité, tout en s'appuyant sur un dispositif d'évaluation régulier et public. Cette démarche quinquennale doit permettre à la Fondation de s'appuyer sur les principes qui fondent son utilité publique à savoir transparence, intérêt collectif et responsabilité partagée. Elle constitue la condition essentielle pour garantir **un environnement de soins pédiatriques sûr, continu et performant, conforme aux standards de qualité et de sécurité légitimement attendus par la population.**

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

N°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
1	Instaurer sans délai un management de transition formalisé et co-piloté pour sécuriser le pilotage de l'ESPIC.	1	Président du CA de la Fondation Lenval	Janvier 2026
2	Réactiver et structurer les espaces internes de dialogue et de concertation au sein de l'ESPIC.	1	Directrice générale par intérim	Janvier 2026
3	Mettre en œuvre un plan de prévention des risques psychosociaux afin de renforcer le bien-être des équipes.	1	Directrice générale par intérim	Janvier 2026
4	Rendre effectif l'exercice du rôle de commissaire du gouvernement par le Préfet qui ne doit pas être membre de collège mais utiliser son contrôle et son droit d'alerte, afin de garantir la bonne application du droit, la lisibilité des responsabilités et l'équilibre de la gouvernance.	1	Président du CA de la Fondation Lenval Préfet de département	Janvier 2026
5	Ajuster le maintien du GCS et les modalités de coopération entre le CHU et la Fondation en fonction des conclusions de l'administrateur judiciaire.	2	Directeur général de l'ARS, Président du CA de la Fondation Lenval, Directeur général du CHU de Nice	Juillet 2026
6	Engager, sous l'égide de l'ARS et du Préfet de département et dans le cadre d'un accord de méthode, une révision de la composition du Conseil d'administration de la Fondation et de ses statuts visant à clarifier les responsabilités institutionnelles et à prévenir les situations de conflit d'intérêts structurel.	2	Directeur général de l'ARS, Préfet, Président du CA de la Fondation Lenval, Directeur général du CHU de Nice	Juillet 2026

N°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
7	Doter le conseil d'administration d'un dispositif intégré de pilotage des risques, comprenant une cartographie actualisée, des indicateurs consolidés, une revue trimestrielle formalisée et la documentation systématique des décisions prises au regard des risques identifiés.	1	Président du CA et directeur général de la Fondation Lenval	Février 2026
8	Sécuriser l'engagement effectif du CHU dans l'accord de méthode en instituant, sous l'égide de l'ARS, un suivi partagé comprenant un calendrier impératif, un reporting mensuel conjoint et une revue trimestrielle contradictoire, permettant d'activer des mesures correctives en cas de retard.	2	Directeur général du CHU de Nice Directeur général de l'ARS PACA	Juillet 2026
9	Créer une cellule qualité-sécurité commune CHU–Lenval devant partager une cartographie des risques des parcours complexes, un plan d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité et une évaluation au moins annuelle de son impact.	1	Directeur général du CHU de Nice Directrice générale par intérim de la Fondation Lenval	Janvier 2026
10	Déployer dans un délai de six mois les mesures transitoires de sécurisation clinique identifiées en 2022 et opérer sous l'égide de l'ARS une inspection approfondie des dispositifs de qualité et de sécurité des soins au troisième trimestre 2026 dont les résultats devront être communiqués à l'IGAS en vue d'une commission des suites.	1	Directeur général du CHU de Nice Directrice générale par intérim de la Fondation Lenval Présidents de CME des deux ES Directeur général de l'ARS	1er semestre 2026 2ème semestre 2026
11	Mandater un audit indépendant passant en revue la situation financière et organisationnelle de la Fondation, en passant par une saisine de la chambre régionale des comptes par le directeur général de l'ARS et le Préfet de département.	1	Directeur Général de l'ARS Préfet de département	Janvier 2026

N°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
12	Mettre en place un dialogue de gestion mensuel entre l'ARS et impliquant la direction générale, le président de la commission audit-finances, un représentant de la CME et un représentant du CSE de la Fondation Lenval afin d'assurer un partage des données médico-économiques, des actions de redressement budgétaire et financier et des mesures de prévention des risques psycho-sociaux.	1	Directeur général de l'ARS Président du CA et directeur général de la Fondation Lenval	Février 2026
13	Clarifier les rôles, délégations et périmètres de responsabilité de toutes les instances décisionnelles de l'ESPIC.	1	Président du CA et directrice générale par intérim de la Fondation Lenval	1er trimestre 2026
14	Mettre en conformité les pratiques de gouvernance avec les standards de bonne gouvernance en cohérence avec le statut de fondation reconnue d'utilité publique.	2	Président du CA et directrice générale par intérim de la Fondation Lenval	1er semestre 2026
15	Recruter une direction générale disposant d'un mandat clair et de capacités reconnues, afin d'assurer progressivement un pilotage stable et efficace de l'ESPIC et de la Fondation.	1	Président du CA de la Fondation Lenval	1er trimestre 2026
16	Élaborer une stratégie institutionnelle 2026–2030 alignant projet médical, politique RH, finances, transformation numérique et modernisation du management.	1	Président du CA et direction générale de la Fondation Lenval	2ème semestre 2026

SOMMAIRE

SYNTHESE 2

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION 6

RAPPORT 12

1 UNE FONDATION D'UTILITE PUBLIQUE STRUCTURELLEMENT EXPOSEE AUX CRISES DE GOUVERNANCE ET DE COOPERATION 14

1.1 Un acteur de la prise en charge de l'enfant de proximité important dans le département sans être prépondérant 14

1.1.1 Des missions diversifiées au sein de la Fondation Lenval avec une part hospitalière prédominante dans ses œuvres 14

1.1.2 Un acteur majeur de l'offre pédiatrique niçoise et des Alpes-Maritimes sans position dominante 15

1.1.3 Une activité pédiatrique généraliste plus qu'hospitalo-universitaire 17

1.2 Une gouvernance juridiquement centralisée 20

1.2.1 Un cadre historique et des obligations réglementaires structurantes 20

1.2.2 Une gouvernance centralisée peu ouverte à la participation médicale et confrontée à une dégradation de la situation budgétaire et financière 21

1.2.3 Le conseil d'administration n'assure pas pleinement le pilotage intégré de la gestion des risques 26

1.3 Des crises récurrentes révélatrices des limites du modèle de coopération avec le CHU de Nice et des fragilités internes 28

1.3.1 Une fusion mal préparée et mal conduite en 2007–2010 28

1.3.2 Les difficultés d'un projet commun et des tensions croissantes de 2011 à 2014 30

1.3.3 Une coopération et une gouvernance sans dynamique forte (2015–2021) 32

2 UNE CRISE MAJEURE DE GOUVERNANCE EN 2025 REVELANT L'AFFAIBLISSEMENT DES INSTANCES DE LA FONDATION ET DES TENSIONS DANS LES RELATIONS AVEC LE CHU 35

2.1 Des organes décisionnels fragilisés 35

2.1.1 Un conseil d'administration devenu le lieu d'expression des tensions internes et externes 35

2.1.2 Une direction générale exposée 37

2.1.3 Un directoire rendu inopérant dans la chaîne de concertation et de décision 39

2.2 Des espaces de concertation affaiblis et clivés 40

2.2.1 La commission médicale d'établissement ; entre divergence stratégique et défiance institutionnelle 40

2.2.2 Le comité social et économique est traversé par les divisions internes et les conséquences du débat stratégique avec le CHU 43

2.2.3 Le glissement de la divergence institutionnelle à la confrontation publique 45

2.3 Une crise de gouvernance du GCS Lenval–CHU génératrice de conflits persistants et d'incertitudes sur la pérennité de la coopération 47

2.3.1 Une architecture de décision installée en 2013 présentant des fragilités majeures 47

2.3.2 Une coopération paralysée par les enjeux budgétaires 49

2.3.3 Un GCS transformé en espace de conflits ayant nécessité la désignation récente d'un administrateur provisoire 51

3 UNE POLITIQUE GENERALE D'ETABLISSEMENT CARACTERISEE PAR L'ABSENCE DE VISION PARTAGEE ET DE REPERES COLLECTIFS 53

3.1 Une absence de méthode managériale renforçant l'incertitude sur le devenir de l'institution et de son corps social 54

3.1.1 Un management fondé sur un narratif mal étayé et ne tirant pas les conclusions d'un audit extérieur 54

3.1.2 Une rupture imposée sans adhésion du corps social, générant une perte de confiance 58

3.1.3 De l'action fondée sur le contrôle à l'action précontentieuse, signaux de l'absence de méthode managériale 60

3.2 Un pilotage institutionnel des risques insuffisamment structuré limitant la sécurisation de l'exercice des professionnels 62

3.2.1 Qualité et sécurité des soins : un pilotage fragile et faiblement coordonné, un point de défiance entre direction générale de la Fondation et CME de l'ESPIC 62

3.2.2 Un projet médical inabouti, source de retard dans la résolution des enjeux de qualité et de sécurité des soins 66

4 DES LEVIERS DE SORTIE DE CRISE A MOBILISER NECESSITANT UNE METHODE ET UN CALENDRIER CONCERTES 68

4.1 Sécuriser le pilotage et le management de transition 68

4.1.1 **Clarifier le cadre de gouvernance de la Fondation** 69

4.1.2 **Adopter un accord de méthode pour structurer la démarche de transformation de la gouvernance de la Fondation** 70

4.2 Structurer la relance opérationnelle de la coopération 72

4.2.1 Redéfinir les relations CHU-Fondation dans un cadre contractuel structuré 72

4.2.2 Sécuriser les parcours pédiatriques critiques 72

4.3 Transformer la gouvernance et le projet institutionnel 73

4.3.1 Renforcer la transparence et la lisibilité institutionnelle 73

4.3.2 Faire évoluer les pratiques de gouvernance 74

4.3.3 Stabiliser le management et définir un cap stratégique commun 74

LISTE DES ANNEXES 75

ANNEXE 1 : CARTOGRAPHIE DES ACTIVITES DE LA FONDATION DANS LES DOMAINES SANITAIRE ET MEDICO-SOCIAL 76

ANNEXE 2 : PORTRAIT CHIFFRE DE L'ESPIC « HOPITAUX PRIVES CHU-LENVAL DE NICE » . 78

ANNEXE 3 : CARTE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE PUBLICS DU GHT 06 ET PRIVES DES ALPES- MARITIMES 84

ANNEXE 4 : SYNTHESE DU CONSTAT DE DEUX ETUDES SUR LE CLIMAT PROFESSIONNEL, LES RISQUES PSYCHOSOCIAUX 85

ANNEXE 5 : GOUVERNANCE DES PRINCIPALES FONDATIONS HOSPITALIERES PRIVEES EN FRANCE 89

ANNEXE 6 : LE CONCEPT DE GOUVERNANCE, APPORTS DES NORMES INTERNATIONALES ET INTERET D'UNE TRANSPOSITION POUR UNE FONDATION HOSPITALIERE PRIVEE 93

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES 95

SIGLES UTILISES 98

LETTRE DE MISSION **99**

OBSERVATIONS DE LA FONDATION LENVAL **102**

OBSERVATIONS DU CENTRE HOSPITALIER DE NICE **120**

REPONSES DE LA MISSION AUX OBSERVATIONS TRANSMISES LORS DE LA PHASE CONTRADICTOIRE **123**

REPONSE DE LA MISSION AUX OBSERVATIONS DE LA FONDATION LENVAL (NICE) **124**

RÉPONSE DE LA MISSION AUX OBSERVATIONS DU CHU DE NICE **128**

RAPPORT

Introduction

Contexte et cadre de la mission

[16] Par lettre du 6 mai 2025, le ministre de la Santé et de l'Accès aux Soins a saisi l'Inspection générale des affaires sociales afin de conduire une mission comportant d'une part, un volet portant sur le contrôle de la Fondation Lenval « *centré sur la gouvernance de l'établissement et les risques induits sur la prise en charge des enfants, avec un focus sur les risques psycho-sociaux des professionnels exerçant dans l'établissement* » et d'autre part, un volet relatif à l'« *expertise devant aborder le parcours de soins des enfants entre les deux établissements (CHU de Nice et Fondation Lenval) et les modalités de coordination entre ces structures* ». Le chef de l'IGAS a confié cette mission, composé de deux volets distincts mais étroitement liés, à Mustapha Khennouf et Thomas Le Ludec, membres de l'IGAS.

[17] Ce premier rapport traite ainsi du volet contrôle de la gouvernance interne de la Fondation Lenval avec un centrage organisationnel sur le volet sanitaire reposant sur l'établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC) dit hôpital pédiatrique Nice CHU Lenval (HPNCL) et un éclairage relatif à l'impact des conditions de coopération avec le CHU de Nice dont dépend une partie des ressources de cet ESPIC.

[18] Le second volet sera traité dans un second document visant à proposer « l'organisation la mieux à même d'organiser la prise en charge des enfants » dans le département des Alpes Maritimes afin de proposer « les pistes susceptibles de faciliter l'action de l'ARS pour procéder ensuite à la structuration de la filière de pédiatrie sur le territoire, dans un souci de qualité, d'accès et de sécurité des prises en charge, au service des patients et dans le respect des professionnels ».

[19] Cette mission s'inscrit dans un contexte de crise majeure marquée par :

- des tensions persistantes au sein de la Fondation, révélant des déséquilibres internes de gouvernance, des fragilités managériales et une qualité de dialogue social affaiblie ;
- un partenariat hospitalo-universitaire qui s'était apaisé depuis 2013 mais qui s'est dégradé du fait des divergences stratégiques apparues en 2023-2024 et cristallisées dans le fonctionnement conflictuel du groupement de coopération sanitaire (GCS) de moyens dont le rôle est de servir de support à la mise à dispositions de personnels et de services entre les deux structures par une facturation croisée des prestations et rémunérations ;

- une forme de judiciarisation inédite des relations professionnelles au printemps 2025, illustrée par une sommation interpellative, un signalement collectif de professionnels de la Fondation Lenval, cela au titre de l'article 40 du Code de procédure pénale[2] avec pour conséquence l'ouverture d'une instruction préliminaire par le parquet de Nice.

[20] Le périmètre examiné par la mission a couvert l'organisation de la gouvernance au sens strict (conseil d'administration et direction générale) telle que définie par ses statuts et l'organisation de la concertation interne. Elle a pris en considération les éléments d'interaction avec le CHU tels qu'ils se sont exprimés au sein du GCS ou dans les tentatives de démarches communes.

Périmètre examiné par la mission

la gouvernance statutaire (conseil d'administration, directoire, direction générale) ;

la contribution médicale à la gouvernance (CME, chefs de service, relations avec l'université) ;

le dialogue social (CSE et CSSCT, négociations collectives) ;

la gestion des risques psychosociaux ;

la qualité et la sécurité des soins, notamment au regard des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) signalés à l'ARS ;

Les interactions avec le CHU de Nice (GCS, démarches de projet)

[21] La méthode s'est fondée sur une importante consultation documentaire avec l'analyse des documents internes (PV CA, directoire, CME, CSE, notes statutaires, règlements, lettres et courriels), l'exploitation de diagnostics externes (Rapport Mazars, Rapport de la médiation interrégionale, étude du cabinet AlterNego intervenu à la demande du CSE), l'examen de rapports de l'ARS et données EIGS. Par ailleurs, des entretiens ciblés auprès de membres du conseil d'administration responsables administratifs, médicaux ou paramédicaux de la Fondation Lenval et de certains responsables exerçant au CHU de Nice ont été conduits. Compte tenu du nombre importants de demande de rencontres, la mission a élaboré un questionnaire et pris en compte les réponses au questionnaire de personnels exerçant au sein de l'ESPIC (enquête SOLEN réalisée par la mission).

[22] La notion de gouvernance de la Fondation doit être précisée afin de bien délimiter le champ du contrôle s'agissant d'un organisme de droit privé exerçant des missions de service public. Cette gouvernance repose sur la structure juridique fixée par les statuts approuvés par décret en Conseil d'État. Elle s'incarne principalement dans les organes de gouvernance à savoir le conseil d'administration, garant de l'objet et de l'équilibre de la fondation; le bureau, qui en assure la continuité ; le Président, qui la représente ; le Directeur général, qui en assure la direction opérationnelle ; le commissaire du gouvernement qui représente la tutelle administrative.

[2] Les signataires dénoncent une dégradation grave du climat institutionnel entre la Fondation Lenval et le CHU, qui se traduirait depuis 2022 par des pressions, intimidations et risques psychosociaux affectant plusieurs médecins. L'événement déclencheur est l'intervention d'un huissier pour remettre dans son service au vice-président de la CME une sommation interpellative jugée violente et maltraitante. Ils estiment que ces méthodes mettent en danger la sérénité des équipes et la sécurité des patients. Ils sollicitent le procureur pour faire cesser ces violences psychologiques et prévenir tout risque pour les soins.

Les organes de gouvernance sont définis par les statuts

de la fondation reconnue d'utilité publique

Un conseil d'administration, composé de 3 collèges, qui oriente la stratégie qui surveille l'adéquation entre vocation, mission de la Fondation et bon emploi des ressources et qui valide le recrutement du directeur général

- Un président du CA, élu parmi le collège représentant le fondateur, qui anime le bureau du CA (4 membres), ordonne les dépenses et délègue des fonctions encadrées au directeur général.
- Un poste de directeur général inscrit dans les statuts de la FRUP, chargé de la bonne administration des œuvres de la Fondation.
- Un ESPIC HPNCL sans personnalité juridique propre, exploité directement par la Fondation Lenval

[23] Ce système de décision s'exerce, sous le contrôle de l'État et dans le respect du cadre d'intérêt général. Le conseil d'administration assure la direction des orientations stratégiques, la supervision et le contrôle des comptes de l'ensemble de ses activités, afin d'assurer la conformité de ses décisions à sa mission fondatrice, à ses valeurs et, en l'espèce aux exigences du service public hospitalier pour ses activités sanitaires.

[24] Le rapport s'attache à décrire dans un premier temps la place de l'œuvre sanitaire de la Fondation Lenval avec l'ESPIC HPNCL, les modalités juridiques et pratiques de sa gouvernance qui sont prescrites par des statuts approuvés par le ministère de l'Intérieur, l'ancienneté des facteurs de crise internes et externes.

[25] Dans une seconde étape, il s'agit de comprendre les spécificités de la crise de gouvernance révélée en 2025 mais s'étant installée progressivement depuis 2022.

[26] Afin de compléter ces constats, le rapport se prononce sur les défaillances de la politique générale de l'établissement du fait d'un management non fédérateur avant de présenter des recommandations visant à corriger une trajectoire présentant encore de nombreuses incertitudes en cette fin d'année 2025.

1 Une fondation d'utilité publique structurellement exposée aux crises de gouvernance et de coopération

1.1 Un acteur de la prise en charge de l'enfant de proximité important dans le département sans être prépondérant

1.1.1 Des missions diversifiées au sein de la Fondation Lenval avec une part hospitalière prédominante dans ses œuvres

[27] La Fondation Lenval, reconnue d'utilité publique depuis 1893, incarne à Nice une mission en faveur du bien commun : accueillir, protéger et soigner les enfants sans distinction d'origine ni de

ressources. Elle constitue une entité aux œuvres multiples, regroupant sous sa gouvernance un établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC) – les Hôpitaux Pédiatriques CHU-Lenval (HPCLN) – et un ensemble d'établissements et services médico-sociaux couvrant la protection de l'enfance, le handicap, la pédopsychiatrie et l'accompagnement éducatif.

[28] Cet ensemble comprend notamment des maisons d'enfants à caractère social (MECS), des instituts médico-éducatifs (IME), des services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), des crèches et structures de prévention, formant un réseau territorial intégré de santé et de solidarité pour l'enfance[3].

[29] La gouvernance de la Fondation doit ainsi concilier plusieurs registres : le respect de sa mission fondatrice et de son statut de fondation reconnue d'utilité publique (FRUP), la gestion d'un ESPIC pleinement intégré au service public hospitalier et universitaire ainsi que celle d'un secteur médico-social et social soumis aux régulations de l'agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (ARS PACA) et du Conseil Départemental des Alpes-Maritimes (CD 06).

[30] Cette architecture exige des relations précises avec les tutelles concernées : le ministère de l'Intérieur, via le préfet de département, au titre du statut de fondation reconnue d'utilité publique ; le ministère de la Santé, via l'ARS, pour les activités sanitaires et médico-sociales en lien avec le département, pour les dispositifs médico-sociaux ou sociaux.

[31] Dans le cadre de ses relations institutionnelles à fort enjeu, l'Université Nice Côte d'Azur, dans le cadre de la vocation hospitalo-universitaire de l'ESPIC est également une partie prenante. En effet, en coopération étroite avec le CHU de Nice et l'Université Côte d'Azur, la Fondation Lenval, en particulier son ESPIC, porte une vocation hospitalo-universitaire, participant à la recherche, à l'enseignement et à la formation des professionnels de santé.

[32] La coopération hospitalière entre l'ESPIC et le CHU est structurée par un Groupement de coopération sanitaire (GCS) « établissement », initialement créé à titre expérimental puis devenu un GCS de moyens dont l'activité repose aujourd'hui principalement sur des mécanismes de refacturation et de compensation financière liés aux ressources humaines, notamment les rémunérations mises en commun.

1.1.2 Un acteur majeur de l'offre pédiatrique niçoise et des Alpes-Maritimes sans position dominante

[33] L'Hôpital pédiatrique CHU-Lenval de Nice (HPCLN), établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC), constitue le cœur de son activité. Intégré au service public hospitalier, cet hôpital assure une grande partie de la continuité et de la permanence des soins pédiatriques sur le territoire niçois et au-delà pour les Alpes-Maritimes et une partie du Var. Par son statut, il garantit l'égalité d'accès, la qualité des soins et le caractère non lucratif de ses activités, tout en répondant aux obligations de service public.

[34] Partenaire du CHU, l'HPNCL a vocation à contribuer à l'organisation de la référence hospitalo-universitaire pour la pédiatrie dans les Alpes-Maritimes, assurant une prise en charge globale de l'enfant et de l'adolescent, de la naissance à 18 ans. Son principal succès réside dans la

[3] Cf. Annexe 1 : Cartographie succincte des activités de la Fondation dans les domaines sanitaire et médico-social.

qualité de la formation coordonnée et assurée par les personnels hospitalo-universitaires avec le concours de praticiens relevant du statut de la FEHAP comme de celui de la fonction publique hospitalière (FPH). En revanche, le partenariat entre le CHU et la Fondation n'a pas cependant atteint un niveau massif en termes de recherche et d'innovation[4].

[35] Il occupe une position stratégique au sein du réseau pédiatrique niçois, qui comprend des établissements publics, des établissements privés à but non lucratif et des cliniques privées à but lucratif[5]. L'analyse longitudinale des données PMSI[6] met en évidence la position forte et la dynamique soutenue du pôle pédiatrique du CHU-Lenval dans le département des Alpes-Maritimes sur la période 2014-2024. En 2024, l'HPNCL totalise 16 361 séjours[7] MCO, soit une hausse de 14,4 % par rapport à 2014 (14296 séjours). Sa part de marché départementale atteint 37,6 % en 2024, devant le CHU de Nice (16,87 %), qui se positionne comme le second acteur du territoire mais en considérant le fait qu'il couvre le périmètre de la pédiatrie néonatale. L'ESPIC est encore plus fortement positionné si l'on exclue la pédiatrie néonatale.[8]

[36] Ces deux établissements niçois concentrent ainsi plus de la moitié soit 55 % de l'activité pédiatrique hospitalière du département. Les autres établissements enregistrent des volumes d'activité significativement moindres mais assurent pour certains des fonctions de proximité dans des agglomérations importantes (Antibes, Cannes, Grasse) et s'agissant de la Clinique Saint-Georges, une très forte activité chirurgicale qui s'est développée au détriment de l'ESPIC ces dernières années.

[37] Si l'HPCLN représente un point d'appui essentiel pour la prise en charge spécialisée, la coordination avec les autres acteurs demeure un enjeu, en raison de différences d'organisation, de priorités ou de ressources entre structures. Les collaborations formelles existent, notamment via le GHT et certaines conventions entre l'ESPIC et les CH, mais elles ne garantissent pas toujours une continuité totale des parcours, principalement concernant les plus complexes. De nombreuses questions sur la fluidité et l'articulation des soins pédiatriques nécessitent donc un examen approfondi, qui sera traité dans le second volet du rapport consacré aux filières pédiatriques.

[4] La consultation de la base de données bibliographique PubMed avec une recherche d'affiliation donne pour le terme « Lenval » 603 articles depuis 1987, dont 444 fois depuis 10 ans. Lorsque l'on restreint aux articles rapportant des essais cliniques, il n'y a que 26 articles depuis 10 ans : participations à des études multicentriques nationales ou internationales dans différents domaines (neuro, pneumo, endocrinologie-diabétologie…). Ses résultats aux appels d'offres du programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) sont faibles. Lenval n'a obtenu qu'un seul PHRCI en 2018 pour une somme modeste.

[5] Cf. Annexe 3 : Carte des établissements de santé publics du GHT 06 et privés des Alpes- Maritimes

[6] Source : DIAMANT, Cube PMSI, novembre 2025.

[7] Les groupes homogènes de séjours prennent en compte les activités de pédiatrie néonatale, la pédiatrie médicale dont les séjours post urgences, la pédiatrie chirurgicale. Si l'on ne considérait pas les activités de pédiatrie néonatale, la part de marché de l'ESPIC apparaîtrait prévalente.

[8] Les données de part de marchés seront présentées et détaillées dans le second volet de la mission.

Cartographie des établissements de santé de la prise en charge des enfants

- Établissements publics (membres du GHT, établissement support : CHU)
- **CHU de Nice (Hôpital de l'Archet, Pasteur, Cimiez)** : Bien que principalement orienté vers les adultes, le CHU de Nice dispose de services pédiatriques spécialisés, notamment en néonatologie, chirurgie pédiatrique, réanimation et urgences pédiatriques.
- **Hôpital de Cannes (CH Cannes Simone Veil)** : Propose une prise en charge pédiatrique incluant la néonatologie, la pédiatrie générale, la chirurgie pédiatrique et la pédopsychiatrie.
- **Hôpital d'Antibes (CH Antibes Juan-les-Pins)** : Offre des services de pédiatrie générale, de néonatologie, d'urgences pédiatriques et de soins ambulatoires.
- **Hôpital de Grasse (CH Grasse)** : Dispose d'un service de pédiatrie générale et de néonatologie de niveau 2B, assurant des soins aux nourrissons et enfants.
- **Hôpital de Menton (CH Menton)** : Bien que principalement axé sur les soins aux adultes, il propose également des services pédiatriques de base.
- Établissements privés
- **Fondation Lenval** – Hôpital Pédiatrique Nice Lenval CHU (ESPIC, non lucratif) : Centre de référence pédiatrique assurant une prise en charge globale de l'enfant et de l'adolescent, de la naissance à 18 ans, avec médecine, chirurgie, réanimation, psychiatrie, urgences, IRM et scanner.
- **Centre Antoine Lacassagne** (Nice, secteur non lucratif) : Spécialisé dans le traitement du cancer, il offre une prise en charge des cancers pédiatriques, des adolescents et des jeunes adultes, avec des traitements innovants en radiothérapie.
- **Clinique Saint-Georges** (Nice) : Propose un service d'urgences pédiatriques (SOS Pédiatrie) pour les enfants de 0 à 15 ans, assurant la prise en charge des urgences traumatologiques et viscérales.
- **Clinique Arnaud Tzanck** (Mougins) : Bien que principalement spécialisée en médecine et chirurgie, elle offre également des services de pédiatrie générale et de soins ambulatoires.
- **Polyclinique Santa Maria** (Nice) : Dispose d'une maternité avec une unité de soins néonatologies pouvant accueillir les bébés à partir de 35 semaines d'aménorrhée, en collaboration avec le CHU de l'Archet pour les soins spécialisés.
- **Clinique Saint François** (Nice) : Réalise une activité chirurgicale avec un service d'hospitalisation complète et un service de chirurgie ambulatoire, offrant des soins de pédiatrie générale.
- **Cliniques Médicales Lacroix** (Nice) : Proposent des services de pédiatrie générale en consultation externe et assurent la prise en charge des enfants pour des soins non programmés et des suivis réguliers.

1.1.3 Une activité pédiatrique généraliste plus qu'hospitalo-universitaire

[38] Après avoir cessé ses activités de maternité en 2014 dans le cadre du respect des accords avec le CHU, en cédant son autorisation à un opérateur privé[9] qui a continué à l'exploiter dans les locaux de la Fondation, l'HPNCL exerce depuis lors dans le champ exclusif de la pédiatrie. Son profil est adossé à une reconnaissance régionale relative car s'exerçant principalement auprès de la population et des

[9] Cet opérateur était représenté par l'ancien directeur général de la Fondation qui l'a secondairement cédé au groupe privé d'hospitalisation Kantys sans qu'aujourd'hui cette maternité n'ait pu être installée sur un autre site qui doit être, en principe, celui de la clinique Saint-Georges à Nice.

correspondants des Alpes-Maritimes, sans pour autant concentrer toute l'activité[10]. Il est notable que les activités chirurgicales sont réparties entre plusieurs établissements. Ce profil d'activité est dépendant d'un partenariat complexe avec le CHU de Nice car l'ESPIC fonctionne avec des titulaires du CHU mais aussi avec les internes du CHU relevant des cursus de spécialité pédiatrique (diplômes d'études spécialisées (DES)) et de médecine générale.

[39] L'analyse des trajectoires d'activité et des indicateurs disponibles suggère une performance organisationnelle moyenne, en dépit d'un positionnement stratégique constant dans la pédiatrie départementale. La progression du volume de séjours de 24 % en dix ans masque une productivité modeste lorsque l'on tient compte de la densité de personnel et du niveau de financement public. Les ratios d'activité par ETP soignant ne se trouvent pas dans les déciles supérieurs de l'échantillon présenté dans la plateforme HOSPIDIAG. Pour un établissement spécialisé, il n'est pas constaté d'effet d'échelle notable. Les taux d'occupation ne sont pas optimaux.

[40] La densité de lits est globalement cohérente avec l'activité observée soit environ 100 séjours par lit complet et 270 séjours par place ambulatoire. Les ressources médicales apparaissent relativement élevées au regard de l'activité déclarées dans la statistique annuelle des établissements (SAE) et reprise dans HOSPIDIAG. En 2023, les ETP médicaux s'élèvent à 44,6 en hausse de 26 % depuis 2020 (35,5 ETP). Le ratio d'activité ressort à environ 320 RSA par ETP médical, contre 400-450 dans d'autres établissements. Ce différentiel traduit une productivité médicale relativement modérée.

Le nombre de lits installés

-Médecine : 73 lits (dont 5 de réanimation et 6 de surveillance continue),

-Chirurgie : 23 lits

-Ambulatoire : 24 places (10 en médecine, 14 en chirurgie), 26 en places en 2024.

[41] L'analyse des disciplines médico-tarifaires révèle une activité médicale prépondérante et une accentuation de la part des séjours ambulatoires, En 2023, l'établissement totalise 5 427 résumés de sortie anonymisés (RSA) de médecine en hospitalisation complète et 2 282 RSA de chirurgie complète, soit près de 7 700 séjours complets[11]. À ces volumes s'ajoutent 4 198 RSA de médecine ambulatoire et 2 436 de chirurgie ambulatoire, soit 6 634 séjours de jour. L'activité totale atteignait ainsi environ 14 300 RSA en 2023, en légère progression sur quatre ans soit 6 % par rapport à 2020. La montée en charge du mode ambulatoire est nette : la médecine de jour progresse de 40 % (2 998 → 4 198) et la chirurgie de jour de 46 % (1 669 → 2 436) entre 2020 et 2023, traduisant une adaptation aux standards actuels de prise en charge. Inversement, les hospitalisations complètes de médecine augmentent plus modestement (+12 %), et celles de chirurgie restent assez stables (2 053 → 2 282).

[42] Les activités pédiatriques sont diversifiées mais avec une prédominance d'une pédiatrie généraliste de proximité. Les pathologies dominantes confirment une orientation pédiatrique généraliste à savoir : bronchiolites et asthmes (1100 séjours en 2023), gastroentérites (669 séjours), infections ORL (506 séjours), signes et symptômes non spécifiques (625 séjours).

[10] Cf. Annexe 2 : Portrait « Portrait chiffré de l'ESPIC, HPCLN », op.cit.
[11] Source : site Hospidiag, consulté en novembre 2025.

[43] En chirurgie, les amygdalectomies et drains trans-tympaniques constituent l'acte le plus fréquent (544 en 2023, +57 % depuis 2020), suivies des appendicectomies (282), des hernies infantiles (220) et des arthroscopies du genou (60). Ce profil témoigne d'un ancrage dans la pédiatrie de recours départemental et de proximité, plutôt que dans la chirurgie hyperspécialisée de type régional.

[44] L'analyse de la structure des admissions montre une très forte dépendance du recrutement en hospitalisation complète aux entrées issues des urgences. Selon les données de la base Hospidiag, plus de 70 % des hospitalisations complètes en 2023 proviennent directement du service des urgences. Ce ratio, nettement supérieur à la moyenne observée dans les établissements de santé, traduit une faible diversification des modes d'entrée. Elle met en évidence un déséquilibre entre gestion des flux aigus et construction de parcours pédiatriques coordonnés. C'est aussi un indicateur d'alerte en termes de pertinence des hospitalisations.

[45] En croisant la très forte proportion d'admissions issues des urgences (> 70 %) et la faible représentation des séjours à sévérité élevée (stades 3 et 4) dans les données PMSI, ces deux constats interrogent sur le modèle d'activité de l'établissement en regard de sa structure d'emplois médicaux et non médicaux. La distribution des séjours selon la sévérité traduit une activité concentrée sur des cas de gravité faible à moyenne, peu représentatifs de la prise en charge de référence ou de recours.

[46] Ce profil d'activité suggère une organisation centrée sur la réponse immédiate à la demande non programmée au détriment d'une logique de filière et de pilotage de l'activité.

[47] Il traduit davantage une fonction de service de proximité que celle d'un établissement de recours pédiatrique à forte technicité. Ce déséquilibre se double d'une faible part d'activités de spécialité ou de recours. Le volume d'actes de chirurgie hautement spécialisée (neurochirurgie, viscérale complexe, orthopédie lourde) est limité[12]. Les unités techniques sont essentiellement constituées par la réanimation et la surveillance continue pédiatrique. Les cinq salles d'intervention chirurgicale recensées et l'absence d'équipements lourds supplémentaires (pas de TEP-scan, pas de radiologie interventionnelle) confirment cette orientation vers la pédiatrie générale et la chirurgie courante.

[48] Ce positionnement expose l'établissement à une variabilité saisonnière élevée des flux hospitaliers, un risque de sous-pertinence clinique des hospitalisations complètes et une mobilisation de ressources médicales supérieures à celles qu'impliquerait un profil de sévérité comparable.

[12] Les données d'activités détaillées relèvent du volet 2 de la mission relative à l'expertise des filières pédiatriques des Alpes-Maritimes.

1.2 Une gouvernance juridiquement centralisée

1.2.1 Un cadre historique et des obligations réglementaires structurantes

[49] La Fondation Lenval, créée le 18 avril 1884 par le baron Léon Ladislas de Lenval et reconnue d'utilité publique par décret du 8 mai 1893, a vu ses statuts actualisés par arrêté du 15 avril 2016. Elle est régie par le Code civil, la loi de 1987 sur le mécénat, le décret du 16 août 1901 et ses statuts actualisés. Pour les établissements qu'elle gère directement, elle est également soumise au code de la santé publique pour l'ESPIC, et au code de l'action sociale et de la famille pour les établissements médico-sociaux et sociaux. Ces textes définissent le cadre juridique de l'ensemble des activités de la Fondation, couvrant les aspects sanitaires, médico-sociaux et éducatifs, ainsi que l'ensemble des obligations de transparence et de contrôle imposées par l'État.

[50] Selon l'**article 1er** des statuts, la Fondation a pour objet de proposer, directement ou indirectement, des prestations médicales, sociales ou éducatives principalement destinées aux enfants et adolescents. Elle peut également mener des actions de prévention, d'enseignement et de recherche, et doit garantir l'égal accès aux soins sans discrimination. L'**article 2** précise les moyens d'action : exploitation d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, consultations et services à domicile, participation à des groupements publics ou privés, sans remise en cause du caractère non lucratif. Ces dispositions traduisent une mission large, à la fois opérationnelle et stratégique, qui impose une articulation constante entre l'action directe sur le terrain et la coordination institutionnelle.

[51] Le conseil d'administration (CA) est composé de 15 membres répartis en trois collèges : fondateurs, partenaires institutionnels et personnalités qualifiées. Il est assisté d'un commissaire du Gouvernement avec voix consultative, désigné par le ministère de l'Intérieur après avis du ministère de la Santé. La présence de ce représentant de l'État, en l'espèce le préfet de département, garantit que la stratégie et la gestion respectent les principes de la FRUP et de l'intérêt général. Les décisions relatives à la modification des statuts et à la dissolution ne sont valables qu'après **approbation expresse du Gouvernement** (articles 14 à 16).

[52] Le **règlement intérieur** élaboré par le CA précise les modalités d'application des statuts et doit être approuvé par le ministère de l'Intérieur pour entrer en vigueur (**article 18**). Ce document encadre le fonctionnement quotidien de la Fondation, des délégations de pouvoirs à l'organisation des services, et sert de référence pour la conformité aux obligations légales et réglementaires.

[53] Les obligations annuelles de contrôle et de transparence incluent la transmission des budgets, des comptes certifiés et des rapports d'activité aux ministères et au préfet. Les autorités de tutelle peuvent diligenter inspections et visites afin de vérifier le respect des missions d'intérêt général, l'usage des ressources et les conditions d'emploi et de sécurité du personnel. Ces dispositifs illustrent la forte prééminence de l'État dans le contrôle stratégique des activités de la Fondation.

[54] L'examen des comptes rendus des séances du conseil d'administration démontre que ces attendus sont partiellement respectés. Si la fréquence des réunions, leur convocation sur ordre du jour, la rédaction des comptes rendus apparaissent satisfaisants, la mission constate que la qualité des délibérations, leur indexation et le suivi de leur exécution ne sont pas optimales. Il est,

par exemple, surprenant que certaines missions de conseil puissent être décidées par le bureau ou par le Président sans qu'elles ne soient formellement présentées en termes d'opportunité, de méthode et de portée pour la Fondation et ses partenaires. Au-delà de l'exemple de l'étude confiée au cabinet Mazars présenté plus loin, il apparait que les missions confiées à des cabinets d'avocat ou de conseils ne soient pas entièrement encadrées par une délibération ou, à défaut d'une information formelle et tracée.

[55] Par ailleurs, sur le plan de la capacité du conseil d'administration (CA) à exercer sa fonction de surveillance, la mission relève que les comptes rendus des séances du bureau du CA et du directoire de l'ESPIC ne sont pas portés à la connaissance des membres du CA. Les processus d'analyse des performances de la Fondation sont minimaux en reposant principalement sur l'examen des projets de budgets ou des comptes financiers.

[56] Au-delà des états comptables ou financiers fournis par le commissaire aux comptes (CAC), l'analyse du conseil d'administration devrait porter sur certains tableaux d'indicateurs pour évaluer la trajectoire de la Fondation en termes de satisfaction des patients et usagers, satisfaction au travail comme productivité des personnels, gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, dialogue social. Ces éléments d'analyse et de pilotage font défaut.

1.2.2 Une gouvernance centralisée peu ouverte à la participation médicale et confrontée à une dégradation de la situation budgétaire et financière

[57] La fondation est l'unique personne morale. Les établissements qu'elle exploite, sanitaire ou médico-sociaux, disposent d'une autonomie fonctionnelle mais non juridique. La fondation demeure responsable de l'ensemble des engagements, autorisations et risques, et organise la délégation de gestion, de gouvernance et de contrôle interne pour assurer la cohérence de l'action et le respect du cadre réglementaire. Sur le plan de son fonctionnement, la gouvernance apparait centralisée, peu ouverte à la participation interne et peu apte à appréhender ce que doit être une structuration médicale partagée.

[58] Le conseil d'administration règle les « affaires » de la Fondation et arrête le projet institutionnel, le programme d'action, le budget, les projets d'investissement et la nomination du Directeur général. Certaines décisions sensibles nécessitent une **majorité qualifiée des deux tiers**, notamment la modification des missions de service public, la fusion ou le regroupement, les investissements supérieurs à 5 M€, la nomination du Directeur général et toute décision ayant des conséquences dans le domaine de la pédiatrie (**article 5.2.2**).

[59] Le Président du CA représente la Fondation, ordonnance les dépenses et engage sa responsabilité morale et juridique (**article 7**). Il nomme le Directeur général avec avis conforme du CA. Le Directeur général assure la gestion opérationnelle sur délégation du Président (**article 8.2**), incluant l'organisation des services, la supervision des équipes, et la mise en œuvre des orientations définies par le conseil. Le bureau (Président, vice-président, trésorier, secrétaire, le directeur de l'UFR de médecine depuis juillet 2025[13]) est élu pour un an et révocable pour « juste motif », garantissant un suivi régulier de l'exécution des décisions.

[13] Le directeur général du CHU de Nice a cédé sa place au directeur de l'UFR de médecine (le Doyen le Pr. Jean DELLAMONICA) en juillet 2025.

[60] Cette architecture permet en théorie d'assurer un équilibre entre **contrôle institutionnel et délégation opérationnelle**, tout en maintenant une visibilité claire sur les responsabilités de chacun et sur les décisions stratégiques affectant l'ensemble des activités de la Fondation.

[61] Ce cadre peut être rassurant dès lors que certains principes de transparence de la gouvernance sont établis et pratiqués, notamment en ce qui concerne la séparation des fonctions d'orientations stratégiques et de contrôle du CA et des fonctions exécutives. Par exemple, l'intervention d'un membre du CA pour soutenir le recrutement ou le niveau de rémunération d'un salarié de la Fondation devrait être proscrite explicitement dans une charte de déontologie avec possibilité de saisine d'un comité de déontologie en cas de doute aussi bien par le président du CA que par le DG. Autre exemple, tous les membres du CA doivent pouvoir avoir accès au grand livre des comptes comme à tout document permettant d'évaluer d'une part, le sérieux du contrôle budgétaire et de gestion des œuvres de la Fondation et d'autre part, les résultats analytiques des centres de responsabilité. Enfin, dernier exemple, le référencement (indexation) des délibérations du CA comme le compte rendu des réunions de bureau devraient être mis à la disposition des membres du CA et accessible sur simple demande.

[62] Les documents consultés n'attestent pas de la présence de toutes ces garanties. En leur absence durable, le Président du CA comme le DG de la Fondation s'exposeraient à la critique de membres du CA ou de certaines parties prenantes internes de la Fondation.

[63] La gouvernance de la Fondation Lenval est fortement hiérarchisée et centralisée. Le Directeur général n'a pas d'autonomie juridique propre et agit par délégation du Président (**article 8.2**). D'une manière générale, la mission note que la fonction de DG de la Fondation est susceptible d'être interprétée selon les équilibres du moment au sein du CA alors qu'elle nécessiterait une certaine stabilité dans la définition de sa raison d'être et de ses objectifs et la plus grande clarté quant à son mandat. A défaut, cette architecture de décisions centralisées avec une forte prévalence du bureau est de nature à ne pas réunir toutes les conditions d'un examen sinon contradictoire au moins discuté des orientations et des données de gestion. S'il existe un profil de poste du DG, un manque de formalisme persiste quant aux mandats sur les projets que celui-ci doit conduire à la demande du CA.

[64] Ainsi, le cadrage stratégique des négociations annuelles obligatoires (NAO) devrait au minimum être écrit et validé par le président du CA sur la base d'orientations plus générales du conseil concernant les facteurs de performance globale de la Fondation. Il n'a pas été trouvé trace de ce mandat pour les NAO 2023 qui ont été à l'origine d'un malaise social important attesté par l'audit de la société ALTERNEGO (voir plus bas).

[65] Les fonctions consultatives prévues dans les statuts telles que le conseil scientifique (**article 10**), n'ont pu exister en raison de l'ambiguïté de positionnement entre CA de la Fondation, directoire et CME de l'ESPIC censés apporter les éclairages des expertises médicales. Quand la gouvernance a souhaité le créer, une très forte opposition s'est manifestée au sein même du CA dans sa séance du 11 janvier 2024.

[66] Cet épisode est caractéristique de la juxtaposition des visions qui risquent d'être irréconciliables si une vision commune n'émergeait pas. Le bureau et une partie du CA ont une vision d'une chaîne de commandement descendante au nom de sa responsabilité et de son engagement sur la pérennité de la Fondation. Le profil professionnel de ses membres les conduit à ne pas toujours appréhender la dynamique d'une organisation médicale dont la stratégie

comme l'agencement peuvent évoluer selon des références professionnelles fortes, avec des garanties constitutionnelles pour les professeurs des universités. Pour un ancien responsable bancaire ou pour un ancien ingénieur conseil ou un avocat ayant exercé dans des organisations à la ligne hiérarchique claire, le principe de subordination du corps médical doit s'imposer. Ces divergences de vision sont à l'origine de tensions relationnelles au sein même du CA et dans la vie institutionnelle.

[67] Ainsi, le projet d'un conseil scientifique adossé au CA a été perçu par la présidente de CME comme une action de nature à mettre en cause la représentativité et les missions de la CME, cela intervenant dans un contexte de défiance majeure avec le directeur général. Elle a été soutenue dans sa position par les représentants du CHU de Nice qui intègrent un fait sociologique décrit internationalement depuis plusieurs décennies[14] à savoir l'existence de centres opérationnels (services) en contact direct avec les usagers et les prescripteurs, les technologies et les industries biomédicales. Cette différence notable avec l'industrie ou les services bancaires n'est pas suffisamment prise en compte dans la conception de l'exercice de la gouvernance au sein de la Fondation Lenval et s'éloigne d'autres fonctionnements plus médicalisés constatés dans d'autres fondations[15]. Il est ainsi remarquable que le bureau du CA ait pu prendre l'initiative de lancer un projet d'innovation dans le champ biomédical sans concertation avec la CME, sans consultation du comité de recherche biomédical et de santé publique (CRBSP)[16] local, se fondant sur ses propres éléments d'appréciation[17].

[68] Cette divergence de vision est à l'origine de nombreuses difficultés pour le management de l'ESPIC. S'il a été constaté des arguments opposés au sein du CA, il n'a pas été organisé de débats sur les causes profondes de ces différences d'appréciation quant à la conduite de l'institution. Au sein du bureau du CA, voire parmi certains administrateurs, un amalgame est souvent fait entre nature privée de la Fondation et le fait qu'elle ait la capacité de se comporter comme une entreprise privée en en ayant les atouts pour atteindre un équilibre voire une rentabilité économique. Il est utile de rappeler que dans le secteur privé commercial, dont était issu le directeur général recruté en 2022, la recherche de concorde entre gouvernance et corps médical repose sur une structuration médicale partagée et sur des intérêts économiques convergents conciliant l'assurance d'un revenu libéral et le retour sur investissement pour la clinique. A titre illustratif, il est enfin intéressant de noter que la fédération hospitalière privée (FHP), à ne pas confondre avec la fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non

[14] Cf. des auteurs comme Eliot Freidson « La Profession médicale », Payot, 1984, Henry Mintzberg « Structure et dynamique des organisations, Editions d'organisation 2003., Michel Crémadez « Le management stratégique hospitalier », Interéditions, 1992.

[15] Cf. Annexe 5 : Gouvernance des principales fondations hospitalières privées en France.

[16] Le Comité de la Recherche en matière Biomédicale et de Santé Publique (CRBSP) est une instance de réflexion stratégique et de coordination sur la recherche en santé. Il vise à harmoniser les politiques de recherche sur le territoire, et à ce titre, il associe des représentants des différents acteurs de la recherche. Il est prévu par le Code de la santé publique dans son article L. 6142-13.

[17] Selon les documents publics de la Fondation Foch, un « Conseil scientifique de l'Hôpital » est mentionné comme intervenant dans le processus de validation des projets hospitaliers avant transmission au conseil d'administration de la Fondation.

lucratifs (FEHAP), a récemment conclu un accord valant charte de bon fonctionnement entre la conférence des présidents de CME de cliniques et ladite fédération[18].

[69] S'il relève de la responsabilité du conseil d'administration d'exercer un contrôle étroit sur les décisions budgétaires, immobilières, les nominations du directeur général et des chefs de services, ce contrôle gagnerait à s'accompagner d'une réelle prise en compte des avis d'experts issus du corps médical en s'appuyant en premier lieu sur la représentation de la CME. Les désaccords ou incompréhensions qui peuvent en découler pourraient utilement être dépassées par le recours conjoint du CA et de la CME à des contre-expertises médicales, scientifiques ou organisationnelles extérieures.

[70] Cette situation procède certainement d'une culture très ancienne propre à l'histoire de la Fondation mais aussi aux modalités de fonctionnement des FRUP. Les acteurs de la gouvernance en sont en partie conscients mais la transition vers une approche managériale renouvelée reste à initier. La soumission au contrôle de l'État et la nécessité de respecter scrupuleusement les statuts et le règlement intérieur (**articles 17 et 18**) structurent l'organisation et limitent l'émergence d'initiatives managériales internes autonomes. L'ensemble traduit une culture de gouvernance tutélaire, où la légitimité découle de la conformité à ce cadre statutaire organisant la distribution du pouvoir stratégique et non de la performance collective ou de la participation interne.

[71] Une approche différente ne pourrait advenir qu'après une analyse approfondie des facteurs de non-performance de la Fondation Lenval.

[72] En effet, si l'examen du compte financier et de l'EPRD est présenté comme une alerte du directeur général au conseil d'administration dès l'automne 2022, les causes du déficit sont recherchées dans la non-réalisation des accords de coopération par le CHU de Nice depuis 2014 et dans les pratiques de facturation de cet établissement concernant notamment les rémunérations de ses collaborateurs mis à disposition auprès de l'ESPIC HPNCL.

[73] Par ailleurs, même si la dégradation budgétaire est significative dès cette époque, ce sujet n'est pas abordé dans un calendrier d'examen approfondi et partagé des causes avec les instances de concertation. Les initiatives pour sa résorption apparaissent sans stratégie de conduite de changement et sans véritable hiérarchisation de priorités jouant soit sur la recherche de diversification dans la recherche-développement, soit sur le développement de coopérations avec des acteurs privés, soit sur la politique et la gestion du temps de travail, soit encore sur les facteurs de productivité du temps médical.

[74] La mission a constaté que tant les membres du conseil d'administration rencontrés que les acteurs des services se fondaient, dans leurs analyses de la situation budgétaire, sur deux convictions sans qu'elles ne soient solidement étayées à savoir la sous valorisation des activités pédiatriques MCO par la tarification et la non-réalisation des transferts d'activités du CHU qui représenteraient un manque à gagner.

[75] En revanche, les éléments issus du contrôle de gestion interne ne sont pas présents dans l'esprit des parties prenantes de la Fondation en dehors du cercle rapproché de la direction générale. Or, les comptes de résultats par activité montrent que l'ESPIC présente des activités

[18] Charte CME/Etablissements de santé signée le 16 octobre 2025 par le président de la fédération hospitalière privée et le Président de la conférence médicale de l'hospitalisation privée. Voir dépêche Hospimedia du 27 octobre 2025.

dégageant des marges positives et des activités déficitaires. Parmi ces dernières, il est constaté que le compte de résultat analytique hospitalier (CREAH) de l'imagerie est déficitaire d'1,6 million d'euros, celui de la pharmacie d'1,2 million d'euros ou encore celui de la réanimation pédiatrique déficitaire de plus de 3 millions d'euros.

[76] Ces simples constats auraient dû conduire à une démarche de mobilisation plus forte des professionnels au travers de leurs instances (CME, CSE) dès le premier trimestre 2023 en partant d'un examen analytique des résultats du contrôle de gestion interne et en ouvrant méthodiquement et de manière transparente avec le CHU la question de l'adéquation entre le projet médical de l'ESPIC, les ressources mises en œuvre et l'efficience médico-économique des activités. La mission n'a pas trouvé trace d'un débat en conseil d'administration sur la soutenabilité de la politique des effectifs médicaux et non médicaux, qui paraît avoir été fondée sur des recrutements importants, ni sur celle de la soutenabilité de la politique des investissements.

[77] Malgré les mesures affichées, la dégradation budgétaire s'est poursuivie entre 2022 et 2024 engendrant une fragilisation importante de la Fondation Lenval. Les données reproduites dans le tableau présenté en annexe 2[19] montre non seulement la persistance d'un déficit à un niveau élevé mais également une dégradation des indicateurs financiers. De fait, l'ESPIC est en insuffisance d'autofinancement, sa trésorerie se dégrade ainsi que son fonds de roulement.

[78] La mission n'a pas pu faire un examen approfondi à partir de certains éléments que la direction générale de la Fondation lui a transmis tardivement, et de manière partielle et sans analyse réelle de sa part.

[79] Or, cette situation est préoccupante car la Fondation Lenval est exposée au risque de devoir régler des factures impayées au CHU de Nice depuis fin 2023 pour plusieurs millions d'euros. Si le CHU doit également honorer des factures émises par la Fondation pour un montant moindre, la différence est de nature à fragiliser les résultats d'exploitation futurs et le fonds de roulement déjà fortement dégradé. La mission n'a pas pu chiffrer l'ampleur de ce risque, les évaluations de la Fondation comme celles du CHU de Nice étant contestées par les parties dans le cadre du GCS et devant le tribunal administratif. La récente nomination d'un administrateur provisoire à la tête du GCS par le tribunal judiciaire de Nice (voir 2.3.3) devrait permettre d'établir une méthode d'évaluation partagée par les parties.

[80] Compte tenu des interrogations sur la soutenabilité budgétaire et financière de la Fondation et des incertitudes sur l'exactitude des données fournies par la direction générale de la Fondation, la mission souligne que cette situation appelle une vigilance particulière et étroite de l'ARS PACA et du préfet du département des Alpes-Maritimes en raison des risques pour la poursuite des missions de l'ESPIC et de la Fondation Lenval[20]. Cette vigilance doit s'exercer de manière urgente et rigoureuse dès les premières semaines de l'année 2026 au moment de l'examen de l'EPRD 2026 et du PGFP en mobilisant toutes les expertises spécialisées dans le domaine comptable, budgétaire et financier.

[19] Cf. Annexe 2 : op.cit.
[20] Sous réserves d'une analyse approfondie.

1.2.3 Le conseil d'administration n'assure pas pleinement le pilotage intégré de la gestion des risques

[81] Le conseil d'administration de la Fondation Lenval n'assure pas suffisamment l'exercice d'un pilotage intégré des risques, alors même que l'institution est exposée à des risques psychosociaux du fait de la nature même des activités sanitaires, à des risques récurrents concernant des filières pédiatriques partagées entre l'ESPIC et le CHU, à des risques budgétaires et financiers documentés. L'examen des procès-verbaux, des signaux adressés par l'ARS met en évidence une faiblesse majeure de la gouvernance consistant à traiter les risques de manière isolée, segmentée et sans une perspective systémique incluant leurs interactions et leurs effets cumulés.

[82] La mission constate que les risques psychosociaux n'ont pas été appréhendés comme un risque stratégique de premier niveau et il faut souligner que malgré ses questionnements, le bureau du CA n'a pas été informé de manière suffisamment documentée par la DRH. Les études AlterNego et SOLEN ont révélé une anxiété élevée, un effritement du sentiment d'appartenance, ainsi qu'un niveau important de défiance à l'égard de la gouvernance. Elles ont également souligné que les tensions avec le CHU, l'existence d'EIGS non traités structurellement et l'incertitude institutionnelle accentuaient la fragilisation du corps social. Aucun débat de fond n'a été retracé au sein du CA quant à l'impact organisationnel des RPS, ni aucune démarche visant à relier ces atteintes à la qualité du climat interne avec les risques potentiels de sécurité des soins.

[83] Par ailleurs, la dégradation du fonds de roulement du fait des cumuls d'exercices déficitaires depuis 2017, les incertitudes sur les créances croisées avec le CHU, l'absence de diffusion du rapport Mazars et la trajectoire déficitaire croissante n'ont pas été rapprochées des risques portant sur la pérennité des activités sanitaires et médico-sociales. L'analyse de ces risques est demeurée confinée au cercle réduit du bureau du CA, sans être mise en relation avec les impacts potentiels sur la sécurité des soins, les ressources humaines ou la soutenabilité budgétaire de filières déjà fragiles. Ce cloisonnement des approches a empêché la construction d'une vision globale permettant de relier les choix financiers aux enjeux médicaux et sociaux.

[84] La Fondation Lenval, en tant que gestionnaire d'un ESPIC, est tenue aux mêmes obligations de qualité et de sécurité que tous les établissements de santé. La responsabilité directe du CA sur le pilotage opérationnel de ce champ de compétences n'est pas explicitement prévue dans les statuts, mais les articles **5.2.2, 7 et 8.2** combinés entre eux confèrent une responsabilité stratégique ayant une implication de fait dans ce domaine.

[85] Cette responsabilité s'affirme d'une part par la désignation des chefs de service dans la mesure où ceux-ci sont à la fois dans la position d'organiser les activités de soins avec l'encadrement de proximité, de veiller à la sécurité, d'alerter sur les difficultés rencontrées et de proposer les transformations nécessaires, d'autre part, par l'approbation des projets hospitalo-universitaires et enfin par les décisions affectant l'organisation générale. Si le pilotage opérationnel est exercé par le directeur général, le conseil s'administration conserve une responsabilité stratégique sur les conditions d'organisation, les ressources humaines et la sécurité des patients et du personnel. Cette organisation est différente de celle d'un établissement public

de santé où la nomination des chefs de service reste au niveau du chef d'établissement et du président de CME[21].

[86] L'examen des comptes rendus des séances du CA et du bureau de CA démontre qu'il n'y a pas eu de revue systématique ni même une à deux fois par an du plan d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) ou des différents indicateurs. Il n'y a pas de présentation du rapport annuel des représentants des usagers en séance du CA. Si ce ne sont pas des obligations statutaires ou réglementaires, la bonne gouvernance eu égard à la mission de la Fondation inciterait à accorder une place importante à ce sujet.

[87] Ainsi, les risques psychosociaux n'ont pas été rapprochés des risques sanitaires ; les risques budgétaires n'ont pas été mis en regard des risques de continuité des activités ; les risques organisationnels liés à la coopération avec le CHU n'ont pas été reliés aux risques de sécurité des prises en charge. Cette approche en silo entre les différents domaines constitue en elle-même un facteur de risque supplémentaire, dans la mesure où elle empêche l'établissement de priorités cohérentes, l'allocation de ressources fondée sur la criticité et l'anticipation des tensions susceptibles de faire basculer l'organisation dans la crise.

[88] La commission des usagers, bien que régulièrement réunie et produisant son rapport annuel, n'est pas associée à un pilotage intégré des risques au niveau de la gouvernance institutionnelle. Elle agit comme instance « technique » de concertation et d'analyse auprès de la direction générale et de la CME. Cette approche conforme au cadre légal et réglementaire demeure en retrait des attendus du manuel de certification de la HAS, auquel est soumis l'ESPIC, promouvant une démarche plus intégrée jusqu'à la prise en compte de l'expérience patient par rapport à son parcours de soins.

[89] Dans le cas de la Fondation Lenval, un pilotage intégré aurait conduit le CA à mettre en relation la dégradation du climat social, les difficultés de coopération hospitalo-universitaire, les événements indésirables graves récurrents et la dégradation financière, afin de comprendre que l'institution était exposée à un effet de cumul plutôt qu'à des crises isolées.

Le pilotage intégré des risques : une responsabilité stratégique

Ce type de pilotage implique une capacité à considérer les risques significatifs au niveau institutionnel, à savoir les risques cliniques, sociaux, opérationnels, financiers et risques de réputation. Il permet d'identifier les interactions, les amplifications entre risques et les facteurs communs aux vulnérabilités.

Un pilotage intégré exige un cadre de délibération structuré sous la forme d'un dispositif formel – comité des risques sanitaires ou comité d'audit élargi – chargé de produire une cartographie des risques, de suivre les indicateurs critiques, de proposer des mesures d'atténuation et de rendre compte au CA. Cette fonction ne vise pas à se substituer à la direction générale, mais à garantir que le CA exerce pleinement son rôle de garant stratégique de la sécurité et de la continuité des missions d'intérêt général. Comme le souligne la norme internationale ISO 37000 citée dans l'annexe 6, la gestion des risques constitue l'un des leviers essentiels de la gouvernance, permettant d'anticiper, de prévenir les effets.

Il suppose un dialogue institutionnel afin de prévenir également des divergences d'interprétation susceptibles de se transformer en facteurs bloquants.

[21] Cette observation rejoint plus largement le constat d'une prise en compte encore incomplète de la qualité et de la sécurité des soins au sein de la gouvernance (cf. infra, partie 3.2).

[90] En l'état, le CA de la Fondation Lenval n'a pas exercé ce pilotage intégré. La mission estime que cette carence a contribué de manière déterminante à l'installation d'une crise systémique, où les risques sanitaires, sociaux, organisationnels et financiers se sont renforcés mutuellement sans être identifiés comme les composantes d'un même phénomène. La construction d'un tel pilotage constitue aujourd'hui un préalable indispensable à toute stratégie de redressement durable.

1.3 Des crises récurrentes révélatrices des limites du modèle de coopération avec le CHU de Nice et des fragilités internes

[91] Si le projet de rapprochement a été porté par l'ARH PACA puis l'ARS PACA, par les acteurs eux-mêmes (CHU et Fondation), les conditions de réalisation n'ont pas été portées par un réel processus de pilotage et de gestion de projet. Chacun a cru pouvoir conserver son pré-carré, ses modes d'actions en ne tirant pas toutes les conséquences d'un choix stratégique visant à concevoir et réaliser une œuvre commune. Cette absence d'affectio societatis sincère et organisé a préparé le terrain d'une instabilité récurrente s'étant développée dès le début pour atteindre son acmé en 2025.

1.3.1 Une fusion mal préparée et mal conduite en 2007–2010

[92] La fusion des activités pédiatriques du CHU de Nice et de la Fondation Lenval a été décidée entre 2007 et 2009, puis formalisée en août 2010 par la création du Groupement de coopération sanitaire (GCS) Hôpitaux pédiatriques de Nice[22].

[93] L'ambition initiale était de créer un pôle hospitalo-universitaire de référence en pédiatrie par le regroupement des activités pédiatriques dans le contexte de la réorganisation hospitalière niçoise et de la préparation du plan Hôpital 2012[23]. Le CHU de Nice assurait jusqu'alors la pédiatrie hospitalo-universitaire sur le site de l'Archet, tandis que la Fondation Lenval via son ESPIC gérait la pédiatrie médico-chirurgicale et les urgences pédiatriques sur son site. L'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH PACA) et les deux établissements ont alors envisagé un regroupement géographique et fonctionnel, destiné à rationaliser les activités et préfigurer un futur pôle Mère-Enfant unique. Les leviers de cette coopération consistaient en la mutualisation des moyens médicaux et logistiques, la reconnaissance universitaire des activités pédiatriques, la construction à terme d'un nouveau bâtiment Mère-Enfant sur le site Lenval, destiné à accueillir aussi la gynéco-obstétrique du CHU (objectif fixé à 2015-2016).

[94] En 2009, la décision de créer un groupement de coopération sanitaire (GCS) est arrêtée conjointement par le directeur général du CHU de Nice, le président et le directeur général de la Fondation Lenval, avec le soutien de l'ARH PACA en conservant la propriété des bâtiments à la Fondation. La convention constitutive du GCS "Hôpitaux pédiatriques de Nice" est signée le 12

[22] Cf. Rapport IGAS RM2011-155P, rapport de mission concernant l'évolution du GCS « hôpitaux pédiatriques de Nice CHU- Lenval, octobre 2011.

[23] Le Plan Hôpital 2012 est un programme national français lancé en 2008 visant à moderniser les hôpitaux, améliorer la qualité et la sécurité des soins, restructurer l'offre hospitalière et renforcer la gouvernance et la gestion financière des établissements de santé.

août 2010, après approbation par arrêté de l'ARH. Le GCS expérimental est alors juridiquement de type "établissement", c'est-à-dire doté de la personnalité morale et d'un budget propre.

[95] Outre la dimension juridique d'unification, le projet de regroupement présentait également une dimension géographique, visant à rassembler sur un site principal la plupart des activités de pédiatrie hospitalo-universitaire de Nice. Le transfert progressif des équipes du CHU vers le site Lenval a débuté en août 2010, sans préparation suffisante des personnels ni clarification préalable des responsabilités fonctionnelles et hiérarchiques.

[96] L'encadré ci-après présente les activités transférées du CHU vers le site Lenval en 2010, à l'exception de la néonatalogie et de la maternité, ainsi que de l'oncologie-hématologie pédiatrique et de la néphrologie pédiatrique. Ces transferts témoignent d'une redistribution partielle des services, laissant certaines spécialités importantes ou de recours au CHU.

Activités transférées du CHU vers le site Lenval en 2010

Activités médicales : services de médecine pédiatrique du CHU (infectiologie, pneumologie, gastro-entérologie, endocrinologie, …). Consultations spécialisées pédiatriques assurées auparavant à l'Archet. Hospitalisation complète et de jour pour les pathologies médicales de l'enfant.

Activités chirurgicales pédiatriques : Chirurgie infantile et chirurgie orthopédique pédiatrique du CHU. Ces unités ont rejoint la plateforme opératoire de Lenval, où la Fondation disposait déjà d'un bloc chirurgical pédiatrique.

Activités d'urgence : regroupées à Lenval, elles étaient déjà gérées par la Fondation, mais désormais le CHU y participait avec mise à disposition de praticiens hospitaliers et internes.

Activités d'imagerie pédiatrique : le service de radiologie pédiatrique du CHU a été transféré et intégré au plateau technique de Lenval. Cela visait à mutualiser les moyens lourds et à éviter la duplication des examens sur plusieurs sites.

Activités d'enseignement et de recherche : Les enseignants-chercheurs de la faculté de médecine (professeurs et MCU-PH) ont été installés sur le site Lenval pour poursuivre les missions universitaires et d'encadrement des internes.

[97] La crise du GCS Hôpitaux pédiatriques de Nice (CHU – Fondation Lenval), telle qu'analysée par le rapport IGAS[24], s'explique par un ensemble de dysfonctionnements structurels, managériaux et culturels apparus dès la première année de sa mise en œuvre. La mission IGAS de 2011 décrit une opération à marche forcée, dans un contexte de rivalités institutionnelles non résolues et sans dispositif d'accompagnement du changement. Les statuts du GCS, rédigés avant la loi HPST[25] étaient dès 2011 inadaptés au nouveau cadre juridique national survenu en 2009.

[24] Rapport n°RM2011-155P, op. cit.

[25] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 relative à l'hôpital, aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST) avec pour vocation de réformer la gouvernance hospitalière, renforcer la coordination territoriale des soins et moderniser le fonctionnement des établissements de santé.

1.3.2 Les difficultés d'un projet commun et des tensions croissantes de 2011 à 2014

[98] Le regroupement, lancé en août 2010, a été précipité, sans accompagnement suffisant du changement ni expertise externe. Le climat de travail s'est rapidement dégradé avec les marqueurs suivants : clivages entre personnels Lenval et CHU, défiance mutuelle, difficultés de communication, démotivation et tensions sociales. La convention constitutive du GCS, devenue obsolète depuis la loi HPST[26], prévoyait une gouvernance insuffisamment médicalisée et marquée par la confusion des rôles. Le management centralisé et peu participatif a aggravé la fracture culturelle : manque de communication, absence de concertation, perception d'un autoritarisme « caporaliste », lenteur des décisions techniques et absence de projet fédérateur pour les équipes.

[99] Les instances prévues (comité médical, comité social, conseil de gestion) ne se réunissaient pas ou mal. Les médecins des deux entités restaient divisés, sans leader commun ni projet hospitalo-universitaire partagé. Les médecins du CHU se sentaient exclus des décisions, tandis que ceux de Lenval défendaient leur autonomie historique. Le personnel soignant subissait un stress important, lié à l'absence de repères clairs. Les cadres exprimaient leur épuisement et l'absence de lisibilité dans la chaîne de commandement.

[100] Dès 2010, le déficit atteignait 1,9 millions d'euros, soit 8,2 % des produits d'exploitation. En 2011, le déficit prévisionnel s'élevait à 5 millions d'euros. L'absence d'outils de pilotage et de plan de redressement accentuait la dérive. La mission IGAS de 2011 conclut que le projet médical proposé est pertinent et nécessaire, mais que son succès dépend d'une refondation profonde de la gouvernance et d'un pilotage ferme de l'agence régionale de santé[27] sur la base des 10 recommandations retracées ci-après.

Dix recommandations de l'IGAS en 2011

- Confirmer le caractère irréversible du projet de centre hospitalo-universitaire Femme-Mère-Enfant, sur le site Lenval, avec construction d'un nouveau bâtiment.
- Fixer un calendrier précis de réalisation et d'intégration de la gynéco-obstétrique avant 2016.
- Lancer des expertises juridiques et financières indépendantes sous pilotage de l'ARS PACA pour sécuriser le projet, notamment sur la situation de la clinique Santa Maria.
- Recruter un directeur du GCS indépendant, n'appartenant ni au CHU ni à la Fondation, doté d'une expérience hospitalo-universitaire.
- Réviser le règlement intérieur pour renforcer la médicalisation et clarifier les lignes hiérarchiques.

[26] Les statuts du GCS de 2010 ont été rendus caducs en raison de l'entrée en vigueur de la loi HPST, qui a entièrement refondu le régime juridique des GCS. Cette loi a créé deux formes nouvelles de GCS, redéfini leurs instances de gouvernance, transformé leurs règles budgétaires et comptables et imposé une mise en conformité des statuts existants. Les statuts antérieurs se sont donc trouvés en contradiction avec le nouveau cadre d'ordre public, devenant inapplicables faute de correspondre aux exigences légales.

[27] La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, HPST, op cit, crée, entre autres, les agences régionales de santé (ARS), pour piloter de manière intégrée la santé au niveau régional en regroupant les anciennes structures (DDASS, URCAM, DRASS, etc.) et en coordonnant les politiques de santé publique, l'organisation des soins et le contrôle des établissements.

- Mettre fin au paritarisme paralysant et instaurer un décideur unique, compétent et concertant.
- Renforcer la participation médicale dans les instances et développer un projet médical commun.
- Élaborer un plan de retour à l'équilibre financier contractualisé avec l'ARS, combinant assainissement des charges, optimisation des recettes et amélioration de l'activité.
- Développer une politique de gestion du changement et une communication claire et réactive pour rétablir la confiance du personnel et des usagers.
- Stabiliser les équipes et simplifier les hiérarchies, notamment dans les encadrements soignants.

Source : Rapport IGAS RM2011-155P, 2011.

Deux documents sont élaborés à la suite de ce rapport : le Protocole d'accord du 3 mai 2013 et la Convention-cadre de coopération du 10 avril 2014.

[101] Le protocole du 3 mai 2013 acte la transformation du GCS Hôpitaux Pédiatriques de Nice en GCS de moyens, limité à des fonctions de facturation et logistiques et non plus gestionnaires. Les activités de soins sont désormais intégrées dans un ESPIC géré par la Fondation Lenval, dénommé "Hôpitaux pédiatriques de Nice CHU-Lenval", à compter du 1er mai 2013. La convention-cadre de 2014 consolide ce changement en précisant les flux, les systèmes d'information, les archives, les ressources humaines et les modalités financières.

[102] Par ailleurs, le protocole 2013 crée une gouvernance renforçant la composante universitaire qui dispose de 4 sièges sur 15 au conseil d'administration de la Fondation Lenval et obtient un vice-président au bureau. La direction opérationnelle de l'ESPIC est confiée à un directeur délégué distinct du directeur général de la Fondation, nommé avec accord conjoint des collèges CHU et Lenval. Le CHU s'interdit toute prise de contrôle capitalistique sur Lenval.

[103] Le protocole réaffirme et précise la création du Centre Femme-Mère-Enfant-Adolescent (CFMEA) sur le site Lenval, avec le transfert de la gynéco-obstétrique et de la néonatologie du CHU avant le 31 décembre 2017. Il prévoit la signature d'une convention hospitalo-universitaire tripartite (CHU–Lenval–Université) dans l'année suivant sa signature.

[104] La convention-cadre 2014 consacre un volet complet sur l'enseignement et la recherche : création d'un projet hospitalo-universitaire pédiatrique, intégration de Lenval dans les instances de recherche du CHU (DRCI[28], CRBSP, comité scientifique), plan commun de recherche clinique et innovation.

[28] Une Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation (DRCI) a pour mission : l'aide à la préparation des projets de recherche (aide méthodologique, montage financier, recherche de financement); -la promotion des essais; la gestion financière des projets et développement de partenariats.

La gestion des ressources humaines et le souci d'un climat social apaisé sont inscrits dans les préoccupations

[105] Le GCS devenant de moyens, les personnels restent employés par leur établissement d'origine, mais mis à disposition fonctionnelle selon des règles précises (statuts, rémunération, formation, discipline, sécurité). La convention 2014 détaille les dispositifs pour maintenir les avantages statutaires de chaque corps (FPE / FEHAP), organiser la coordination des CHSCT, la prévention des risques, la formation continue, assurer une équité de traitement (repas, stationnement, crèches, etc.). La clarification des responsabilités dans le domaine des ressources humaines et la formalisation d'un cadre social commun répondent aux constats de la mission Igas conduite en 2011.

Rééquilibrage financier et transparence

[106] Le protocole 2013 prévoit un partage par moitié des déficits de la pédiatrie entre le CHU et Lenval pendant quatre exercices (2013–2016), jusqu'au retour à l'équilibre[29]. La convention 2014 encadre les remboursements croisés entre établissements (salaires, prestations, biologie, actes) avec des délais précis et transparence comptable.

[107] Ces deux textes traduisent une volonté de sortir de façon ordonnée du GCS en crise, une refondation juridique autour d'un ESPIC hospitalo-universitaire, et la mise en place d'un partenariat équilibré, transparent et encadré par l'État.

1.3.3 Une coopération et une gouvernance sans dynamique forte (2015–2021)

[108] Alors que la composante hospitalo-universitaire est intégrée au conseil d'administration de la Fondation, le CHU ne va pas investir stratégiquement la coopération jusqu'en 2021. Le changement de directeur général du CHU en 2016 correspond à un recentrage de sa gestion vers les actions de redressement face au constat de dégradation rapide des comptes d'exploitation du CHU de Nice. En 2016, l'obligation de constituer entre établissements publics de santé un groupement hospitalier de territoire contribue également à étendre les domaines de coopération en direction des centres hospitaliers des Alpes-Maritimes. Ces changements de priorité ont pu contribuer à l'atténuation de la dynamique enclenchée par les accords de 2013 et 2014 avec une plus grande attention portée par l'ARS aux GHT qu'au suivi précis d'autres accords de coopération.

[109] Mais surtout de manière plus structurelle, le CHU a vu ses marges de manœuvre se réduire en raison de sa situation budgétaire et financière. Deux types de décisions ont entraîné des conséquences jusqu'à aujourd'hui sur l'esprit et la lettre de la coopération avec la Fondation Lenval. Le premier type porte sur le cœur de l'accord de 2013 avec le renoncement définitif en 2016 du CHU à transférer ses activités de maternité et de réanimation néonatale sur un site acquis par la Fondation Lenval où le CHU devait construire un bâtiment d'accueil de ces activités. Cette décision est la conséquence de l'avis négatif du COPERMO sur la pertinence de cette opération d'investissement telle que présentée par le CHU au regard des impératifs de redressement budgétaire et financier s'imposant à lui. Le deuxième type de décision porte sur les ressources

[29] Dans l'esprit, cette période de trois ans de partage du déficit correspond à la phase transitoire précédant le retour à l'équilibre, escompté à partir de 2017, date d'entrée en exploitation du nouveau bâtiment CFMEA.

d'exploitation de l'ESPIC dans la mesure où la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences des personnels mis à disposition par le CHU -titulaires ou temporaires- est conditionnée par un encadrement plus strict des équivalents temps plein préconisés par le COPERMO et l'ARS pouvant s'effectuer en défaveur des projets pédiatriques. L'absence de distinction entre les effectifs HU affectés spécifiquement à l'ESPIC et ceux relevant du CHU conduit à une évaluation inexacte des moyens disponibles. Ce choix méthodologique, fondé sur une approche unifiée des ressources, contribue à inscrire l'ensemble des personnels dans une même logique de redressement financier, au détriment de la lisibilité des responsabilités et des besoins propres à la pédiatrie.

[110] La dynamique de coopération de 2013-2014 est donc entravée sans pour autant induire une actualisation des accords. La mission T0 de 2016[30] avait déjà mis en évidence le flou engendré par cette situation, qui portait en elle-même les prémices de la crise survenue à partir de 2023. Elle avait notamment formulé plusieurs critiques précises concernant les accords conclus en 2013-2014 entre le CHU de Nice et la Fondation Lenval ainsi que des recommandations qui n'ont pas été mises en œuvre.

Gouvernance et confusion des rôles

[111] « *Le directeur du GCS, devenu également directeur de la Fondation, assure actuellement les fonctions de directeur délégué de l'ESPIC. Ce point mérite d'être évalué à l'aune des recommandations des rapports IGAS précités […] afin d'éviter une confusion des genres*. »[31] La mission T0 du CHU de 2016 constate que la recommandation formulée est restée lettre morte. La gouvernance mise en place après 2013 n'a pas pleinement corrigé les défauts dénoncés en 2011 avec le cumul des fonctions de direction entre la Fondation, le GCS et l'ESPIC ; l'absence de séparation nette entre les intérêts de Lenval et ceux du CHU ; le risque de conflit d'intérêts structurel.

Réduction de la coopération à un simple prêt de personnel

[112] « *En réalité, la coopération se réduit désormais à un simple échange de personnel. Ainsi, en principe, le CHU n'est pas concerné par le résultat des activités de l'ESPIC et de la fondation, pas plus que cette dernière n'est concernée par le résultat des activités au sein des services du CHU*. »[32] Les accords ont vidé la coopération de sa substance car le partenariat n'a plus de contenu médical ou stratégique fort. La coopération se limite à des mises à disposition croisées certes conséquentes budgétairement de l'ordre de 12 M€ de masse salariale prêtée. Il n'existe plus de pilotage intégré ni de gestion commune des soins.

Clauses financières déséquilibrées, peu justifiées et absence de vision d'ensemble des charges et des produits

[113] « *Il avait été prévu, au motif que le CHU reprenait le seul service excédentaire (néonatalogie), qu'il serait tenu à 50 % des déficits de l'ESPIC jusqu'en 2016 inclus. Cette clause n'était pas symétrique […]. De plus, le motif affiché n'explique pas le montant retenu […] exactement la moitié*

[30] Cf. Rapport 2016-119R, Mission d'appui à l'ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur portant sur l'évaluation du centre hospitalier universitaire de Nice (T0), Avril 2017.
[31] Idem
[32] idem

des déficits. »[33] Le partage forfaitaire à 50 % des déficits entre le CHU et Lenval était jugé arbitraire et économiquement infondé. Aucune analyse financière préalable ne justifie cette répartition. « *La convention-cadre reste complexe, parfois confuse, et fait peser des charges importantes et injustifiées sur le CHU*. »[34] L'IGAS relève une clause de facturation figée[35] signe d'une rigidité peu compatible avec une gestion publique équilibrée. Le partenariat est émietté entre divers contrats (laboratoires, restauration, locaux, prestations sans base juridique). Il n'existe ni tableau de bord financier, ni suivi consolidé des flux. L'IGAS souligne ainsi la déconnexion financière entre les deux partenaires : absence de compte d'exploitation consolidé, déséquilibre des risques, absence de solidarité réelle dans la gestion du déficit ou de la performance.

[114] Et de conclure, « *La mission estime nécessaire la mise à plat de l'ensemble de cette coopération dans les meilleurs délais. Ce préalable constitue un prérequis pour tracer d'éventuelles perspectives communes fondées sur des relations rénovées et équilibrées.* » Dans ses conclusions, le rapport T0 du CHU de Nice de l'IGAS de 2016 considère que les accords de 2013-2014 ont corrigé certains excès du GCS, mais sans résoudre les déséquilibres fondamentaux : gouvernance ambiguë, asymétrie financière, absence de vision d'ensemble, complexité juridique. Elle demande donc une refondation complète et transparente de la coopération, avec un pilotage unifié, une clarification des flux et un contrôle accru de l'ARS PACA.

[115] Au vu des événements intervenus depuis 2023, ces constats n'ont pas eu l'effet escompté sur l'action que se devaient de conduire la direction générale du CHU, la gouvernance de la Fondation Lenval et l'ARS PACA. Les seules avancées perceptibles que la présente mission IGAS 2025 de contrôle de la Fondation peut formuler se limitent à la recherche coûteuse en temps managérial d'un consensus interne à l'ESPIC pour que la mixité des statuts de personnels initialement mal admise ne soit plus un élément de conflit interne. Il pourrait être évoqué deux éléments ayant pu détourner l'attention des gouvernances à savoir la crise sanitaire qui a mobilisé les équipes médicales et de direction vers des objectifs différents ou la crise de l'attractivité des postes dans les blocs opératoires aussi bien à la Fondation (2019 en chirurgie) qu'au CHU (2020-2021 en anesthésie).

[116] Pour autant, les années 2017-2018 auraient pu être mises à profit pour une actualisation profonde des modalités de coopération entre les deux établissements. Ce n'est qu'en fin de période que sous l'impulsion de l'ARS qu'est lancée une démarche de réflexion en commun des équipes médicales et de direction avec l'appui de la société OPUS LINE. Cette reprise des échanges sous une forme structurée pouvait laisser augurer une nouvelle étape de la coopération en pédiatrie à Nice. Des contributions ont bien été produites avec deux séminaires de synthèse (mars 2022) puis de mobilisation (juin 2022) mais force est de constater que cette dynamique s'est arrêtée avec le changement des responsables à la tête du CHU comme de la Fondation.

[33] idem
[34] Idem
[35] Dans la convention du 10 avril 2014, « le B est fixé à 0,17 € de façon immuable », p. 13.

2 Une crise majeure de gouvernance en 2025 révélant l'affaiblissement des instances de la Fondation et des tensions dans les relations avec le CHU

[117] La crise de gouvernance et managériale telle qu'elle s'est révélée au printemps 2025 a agi comme révélateur de faiblesses des mécanismes décisionnels mais aussi des limites du diagnostic social et de la situation médico-économique de l'ESPIC de la Fondation. La mission a identifié trois caractéristiques de fragilité :

- **Un affaiblissement des organes de gouvernance.** Le conseil d'administration ne joue pas pleinement son rôle de pilotage, notamment en matière de qualité et de gestion des risques. Le directoire ne s'est plus réuni depuis avril 2025 ; la CME est marginalisée et le CSE semble instrumentalisé.
- **Un climat social dégradé.** Les diagnostics menés par AlterNego et l'enquête SOLEN attestent d'une anxiété généralisée, d'une perte de confiance institutionnelle et d'une polarisation interne marquée.
- **Une coopération hospitalière en impasse.** Le GCS CHU–Lenval, censé structurer la coopération hospitalo-universitaire, s'est transformé en un espace de contentieux inter-institutionnels, incapable de réguler les différends entre partenaires.

[118] L'ensemble contribue à une **crise systémique** affectant à la fois la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, la cohésion des collectifs et la lisibilité stratégique. Les principales instances (CME, CA, CSE) manquent d'efficacité, sont parfois instrumentalisées, nourrissant la frustration des équipes et accentuant le sentiment d'absence de stratégie partagée.

2.1 Des organes décisionnels fragilisés

[119] Les organes décisionnels peinent à exercer pleinement leur rôle et l'articulation entre vision stratégique et pilotage opérationnel reste défaillante.

2.1.1 Un conseil d'administration devenu le lieu d'expression des tensions internes et externes

[120] Le fonctionnement du conseil d'administration de la Fondation Lenval demeure régulier sur la forme, quelle que soit la présidence ou la direction générale en place. Sur le fond, en revanche, il est affecté par des tensions persistantes et croissantes depuis 2023 liées au partenariat hospitalo-universitaire avec le CHU de Nice.

[121] Rappelons que le CA de la Fondation est composé de **quinze membres répartis en trois collèges** : représentants du fondateur, partenaires institutionnels et personnalités qualifiées[36]. Parmi ces membres siègent notamment le directeur général du CHU de Nice, le président de la CME du CHU, le président de l'Université Côte d'Azur et le doyen de la faculté de médecine.

[36] Arrêté du 15 avril 2016 approuvant les statuts de la Fondation Lenval, fondation reconnue d'utilité publique.

[122] Jusqu'en 2022, cette participation du CHU était restée mesurée et sans mise en cause ouverte. À partir de 2023, les échanges se tendent autour de deux points majeurs : le **non-respect des accords de 2013** relatifs au regroupement de la pédiatrie sur le site Lenval et la **détérioration des équilibres budgétaires**. Les procès-verbaux révèlent que, dès 2023, les réunions du **bureau du CA** sont de plus en plus focalisées sur ces sujets, dans un climat de confrontation stratégique entre la Fondation et le CHU.

[123] Le bureau du CA, composé de quatre membres (dont trois issus du collège des fondateurs), fonctionne comme un cercle d'arbitrage interne. Il n'inclut pas de représentant médical de la Fondation. Le directeur général du CHU est régulièrement absent, souvent sans excuse formelle, et les procès-verbaux ne lui sont pas transmis. Les décisions du bureau, parfois traduites en orientations stratégiques, sont ensuite présentées au CA avec des nuances ou interprétations variables. Cette configuration a favorisé une **confusion entre pilotage institutionnel et gestion du partenariat**.

[124] Le CA a par ailleurs recentré ses débats sur les **questions budgétaires et financières**, évoquant à plusieurs reprises la responsabilité du CHU dans la dégradation des comptes. En janvier 2024, un audit externe[37] a été commandé à l'initiative du bureau et du président du comité d'audit et financier, sans consultation préalable du CHU, afin d'analyser la répartition des charges. La mission, formulée de manière orientée, visait notamment à évaluer l'impact financier du non-respect des engagements du CHU sur la situation budgétaire et financière de l'ESPIC. Ce choix de réaliser l'audit a été contesté par le directeur général du CHU lors de sa découverte en séance.

[125] Alors que plusieurs **événements indésirables graves associés aux soins (EIGS)** ont été signalés dans la période 2020-2024, aucun débat ni délibération spécifique ne sont retrouvés dans les procès-verbaux. Le conseil d'administration de la Fondation ne dispose pas d'un comité spécifiquement chargé du suivi des risques sanitaires et socio-organisationnels. Si une telle instance n'est pas imposée par les statuts ni par les textes applicables, son absence constitue une limite dans la capacité du CA à exercer sa fonction de maîtrise des risques, au regard des exigences de gouvernance responsable et des attendus de la certification HAS. La mission estime qu'un comité des risques sanitaires et socio-organisationnels – éventuellement intégré au comité d'audit ou créé de façon *ad hoc* – devrait être institué par simple délibération, avant d'être consolidé dans une réforme statutaire ultérieure.

[126] Enfin, la communication dégradée entre d'une part, la présidence du conseil d'administration, la direction générale et d'autre part la présidence de CME prive le CA d'une partie de sa capacité d'analyse et de contrôle. Le déséquilibre entre les priorités financières et les enjeux liés à l'organisation et au fonctionnement des activités médicales compromet la cohérence stratégique de la gouvernance et génère un sentiment de perte de sens parmi les acteurs hospitaliers.

[37] Mission d'expertise financière confiée au Cabinet Mazars visant à (i) Evaluer l'impact économique depuis 2013 pour la Fondation Lenval des conséquences de la cession de la Clinique Santa Maria et de la non-exécution par le CHU de Nice de ces engagements (pertes subies et gains manqués, perte de recettes, charges nouvelles non financées) et à (ii) expertiser les flux financiers (contenus, justificatifs…) qui transitent entre l'ESPIC de la Fondation Lenval et le CHU de Nice via le GCS de moyens « Hôpitaux Pédiatriques de Nice-CHU Lenval » créé en 2013 et le fonctionnement des processus et organes de contrôle et de bonne gouvernance du GCS au regard des dispositions statutaires opposables.

2.1.2 Une direction générale exposée

[127] Dès 2022, la nouvelle direction générale de la Fondation a souhaité d'une part, accélérer la prise de conscience des instances sur les conséquences de la dégradation continue des résultats budgétaires et d'autre part, écarter toute option de changement de métier principal vers le secteur médicosocial, option qui figurait parmi celles étudiées par l'étude Opus Line (voir *infra*, 3.2.2.). Cette prise de position s'est faite avec l'assentiment du bureau du CA avant d'être présentée lors des séances du conseil d'administration du 24 octobre et du 22 novembre 2022. C'est un programme se présentant comme une « feuille de route » et qui fait peu de référence aux travaux précédemment conduits et pourtant très récents à l'époque.

[128] Si la question de l'imputabilité d'une partie importante de la dégradation budgétaire au non-respect des accords de 2013 par le CHU ne figure pas dans cette feuille de route, il est perceptible dans ces PV et ceux du bureau que le volontarisme exprimé quant au redressement budgétaire est porteur de remises en causes d'un certain mode de fonctionnement avec le CHU et de recherche d'autres alliances, notamment en direction de l'offre libérale (cliniques et spécialistes de ville).

[129] La méthode adoptée est celle de la réécriture d'un projet d'établissement (Horizon 2025) dont le cadre participatif n'apparait pas. Le corps médical n'est pas consulté de manière structurée au travers de sa CME au 1er semestre 2023, seules des informations ponctuelles sont réalisées par le directeur général. Ce projet « Horizon 2025 » agit comme un levier pour signifier la reprise d'une stratégie de plus grande autonomie vis-à-vis du CHU.

[130] En procédant de la sorte, le directeur général exprime une rupture avec la période « d'accommodements raisonnables » entre la Fondation et une direction générale du CHU qui, dans la période 2017-2022, n'a montré qu'un intérêt tardif à l'approfondissement de la coopération puisqu'elle abandonne le transfert de la néonatalogie en 2017 et ne participe que fin 2021 à une relance de la réflexion sur le projet commun.

[131] Le nouveau directeur général de la Fondation recruté au printemps 2022 a été choisi sur la base d'une sélection proposée par un cabinet spécialisé, une audition par le bureau du CA et d'une validation unanime du CA. Venant du secteur sanitaire privé commercial, son profil diversifié réunissait la capacité à comprendre le fonctionnement d'un ESPIC comme celui d'un CHU ou d'une clinique. Ce choix tranchait avec celui qui avait présidé 8 ans auparavant à savoir la venue d'un cadre de direction du CHU de Nice, ancien directeur des affaires financières, devant apporter fluidité du fonctionnement avec le CHU et apaisement après les crises de 2010-2012.

[132] Certes confronté à une situation budgétaire difficile, le nouveau DG a fait le choix de reconfigurer totalement son équipe, nécessairement réduite dans ce type d'établissement, dans un délai court, entraînant des changements quant au style de management en revendiquant une posture plus hiérarchique à l'égard de toutes les catégories de salariés. De ces changements, plusieurs interlocuteurs rencontrés ont exprimé des regrets sur certains départs de cadres. Ils y ont vu la marque d'un management au minimum maladroit. Les plus critiques se fondent sur cette succession de départs pour la présenter comme une œuvre de déstabilisation. En revanche, certains points de vue sont plus mesurés et considèrent qu'une modernisation des modes de fonctionnement s'imposait.

[133] Dans ce contexte, le directeur général s'est inscrit dans un schéma où il fallait imposer un cadre à des acteurs devant s'inscrire dans un nouveau projet et dans un lien de subordination plus clairement affiché (le terme est employé au moins en CA). Quand cette rupture a été annoncée et assumée à l'automne 2023 par le président du CA et le directeur général d'abord au CA (septembre) puis en CME (novembre), le DG était de ce fait mis dans la position d'affronter une communauté médicale dont une partie fût surprise dans un premier temps puis s'étant placée pour une partie dans le rôle d'opposante à certains aspects du projet.

[134] Compte tenu des éléments d'appréciation dont disposait le DG, son analyse peut expliquer sa lecture et sa posture. Les premières explications relèvent du secteur privé commercial où les rapports de force avec les CME sont principalement régulés par un intérêt à agir commun de maximisation de l'activité et de la marge d'exploitation. Les secondes proviennent d'une démarche que la précédente direction générale avait consacrée à analyser et adapter la posture du corps médical de l'ESPIC face aux contraintes de fonctionnement, notamment budgétaire[38].

[135] Face à la vigueur des réactions de la CME et de sa présidente fin 2023-début 2024, chaque sujet portant sur la remise en cause de certaines conditions d'exercice des médecins a été perçu par certains médecins comme une agression de la part du directeur général. Les comptes rendus de plusieurs réunions de CME comme certains courriers attestent d'une forme de violence réciproque, soit lorsque le phénomène d'assemblée de deux CME amplifie l'impression de désaccords et de contestation des personnes dont celle du DG, soit lorsque certains courriers laissent transparaître plus que de l'agacement de la part du DG à l'égard de la présidente de la CME.

[136] Face à cette montée des conflits, l'ARS a dû mandater une mission de médiation au premier semestre 2024. Le Président du CA et le directeur général ont décidé de recruter une directrice déléguée de l'ESPIC pour réaliser une intermédiation relationnelle entre certains médecins, la présidente de CME et le DG.

[137] La démarche visant à mettre en cause le mode de fonctionnement du CHU concernant les flux de facturation via le GCS à partir de juin 2024 a contribué, mais elle n'est pas la seule, à radicaliser l'opposition d'une partie du corps médical, transformant l'enjeu majeur du projet en enjeu pro-Lenval-anti-CHU contre pro CHU. En effet, sur la base d'un projet de budget non concerté présenté par le nouvel administrateur, à savoir le DG de la Fondation, avec une réfaction de 34% des ressources pesant principalement sur le remboursement des rémunérations des personnels mis à disposition, notamment des internes, cette action a envoyé un signal très négatif et a encouragé la construction d'un contre-discours.

[138] Cette situation a mis le DG de la Fondation dans la position de point focal des tensions internes et externes, lui-même faisant de la présidente de CME et du vice-président de la CME le point focal d'un problème managérial s'exprimant en termes de loyauté/déloyauté. La production d'un projet médical du CHU sans concertation avec la gouvernance de la Fondation en décembre 2024 et présenté au DG d'ARS a renforcé une double rupture de confiance : celle entre la

[38] La proposition de l'école Kedge à la direction générale de la Fondation de l'année 2021 devait répondre à un déficit de formation managériale chez les chefs de service ayant une posture parfois trop centrée sur la compétence médicale, pas assez sur le leadership et la coopération, des difficultés à répondre aux attentes modernes des équipes (sens, reconnaissance, bien-être) et présentant un risque de blocage dans la conduite du changement.

direction générale et les représentants de la CME, celle entre le CHU et la gouvernance de la Fondation.

[139] Ainsi étaient créées les conditions d'un conflit non pas social mais institutionnel sur la position de chaque employeur principal, le CHU entendant défendre les personnels mis à disposition pouvant s'estimer mis en cause (des protections fonctionnelles ont été accordées) et la Fondation Lenval entendant ne pas être victime d'actions contraires aux devoirs de certains de ses salariés. Ce dernier argument a conduit la gouvernance à décider l'envoi d'une sommation interpellative sur le fondement de l'approche de conseils juridiques[39]. Certaines personnes rencontrées par la mission ont témoigné de leur regret quant à cette démarche employée par la gouvernance tout en évoquant ce qu'ils considéraient être comme des agissements déloyaux à l'égard de la gouvernance de la fondation.

[140] Ces éléments doivent être pris en compte pour comprendre l'enchaînement des faits ayant conduit à la crise, à la rupture de confiance entre gouvernance et une partie importante du corps social de l'ESPIC. Le DG a ainsi été exposé à un contexte difficile sans partager une méthode de concertation et une méthode d'action adaptée (voir partie 3), ni certaines données-clés de compréhension des causes intrinsèques de la situation budgétaire.

2.1.3 Un directoire rendu inopérant dans la chaîne de concertation et de décision

[141] Le **directoire de l'ESPIC**, créé à la suite des accords de 2013-2014, constituait initialement une innovation institutionnelle. Il associait la direction générale, la présidence de la CME, les praticiens et les représentants médicaux, dans le but d'assurer une participation effective à la gouvernance des activités de soins et à la stratégie médico-universitaire. Ce dispositif, s'il n'était pas directement applicable à l'ESPIC, traduisait néanmoins une tendance générale à renforcer l'implication médicale dans les instances de décision.

[142] Cependant, à partir de 2022-2023, la nouvelle direction générale et la présidence du conseil d'administration ont réduit le rôle du directoire sur le suivi de l'exécution des orientations, sans prévoir d'espace de concertation. Les ordres du jour sont fixés unilatéralement par la direction, les documents préparatoires ne sont pas partagés, et les comptes rendus ne sont plus diffusés. La direction s'est éloignée de l'esprit initial du dispositif, qui visait à instaurer un espace de dialogue et de partage d'informations entre la direction et le directoire.

[143] À compter de janvier 2024, les échanges avec la présidente de la CME se tendent, tandis que le directoire cesse de remplir sa fonction de régulation, une séance de février 2024 ayant été très mal vécue par la présidente de CME et certains de ses collègues. La mission note que les comptes-rendus de séance ne sont pas produits, seul un format excel de suivi de décisions ou de points ayant été transmis par la direction générale à la mission. En avril 2024, une directrice déléguée de l'ESPIC est nommée pour rétablir le dialogue entre les médecins et la direction

[39] La sommation interpellative adressée par la Fondation Lenval au Dr. Barthélémy est un acte procédural lourd de sens révélant une approche défensive et verticale de la gestion médicale, fondée sur la menace juridique plutôt que sur la régulation par le dialogue ou la gouvernance partagée. Elle constitue un marqueur fort de déséquilibre managérial, de fragilité du climat social et de potentiel manquement à l'obligation de prévention des RPS.

générale, dans un climat institutionnel dégradé ayant nécessité l'intervention de la médiation interrégionale de l'ARS.

[144] Malgré ces ajustements, la crise de confiance culmine en mai 2025 car les représentants médicaux décident de **ne plus siéger** au directoire, le rendant inopérant. Ce retrait entraîne plusieurs effets délétères pour l'institution à savoir une perte de capacité d'anticipation sur les décisions à fort impact clinique ou organisationnel, une marginalisation de la communauté médicale, désormais informée a posteriori. La réduction du dialogue médico-administratif à des échanges bilatéraux a conduit à une rupture du lien de confiance entre plusieurs responsables médicaux et administrative.

[145] La situation traduit un **déséquilibre entre pilotage institutionnel et expertise médicale**.

2.2 Des espaces de concertation affaiblis et clivés

[146] Les instances de concertation (commission médicale d'établissement, comité social d'entreprise) de la Fondation connaissent une fragilisation profonde, marquée par une **érosion de la confiance institutionnelle** et une **instrumentalisation croissante des espaces de dialogue**. Ces deux instances ont été progressivement prises dans les logiques de confrontation qui traversent la gouvernance et le partenariat avec le CHU de Nice. Elles ne remplissent alors plus pleinement leur rôle essentiel de concertation, de représentation et de veille, contribuant ainsi à la bonne gouvernance de l'institution. La CME est affaiblie par un **conflit ouvert entre gouvernance et communauté médicale**, le CSE est **capté par des dynamiques de clivage social et institutionnel.**

2.2.1 La commission médicale d'établissement ; entre divergence stratégique et défiance institutionnelle

[147] La CME de la Fondation Lenval est présidée par une professeure des universités–praticienne hospitalière (PUPH) mise à disposition par le CHU de Nice, cheffe de service. Le vice-président est un praticien salarié de la Fondation[40] relevant de la convention collective FEHAP. Cette configuration incarne le double ancrage médico-universitaire et pédiatrique de l'établissement.

[148] Jusqu'en 2023, les procès-verbaux attestent d'un fonctionnement régulier et d'échanges centrés sur les enjeux de prise en charge et de qualité des soins. La mission relève une **inflexion nette à l'automne 2023** : deux séances marquent l'entrée dans une période de tension ouverte entre la CME et la gouvernance. Le président du conseil d'administration intervient personnellement lors d'une séance, à la suite d'une lettre d'interpellation signée par plusieurs médecins. Le mois suivant, le directeur général est directement mis en cause par la CME dans un format peu propice à un dialogue durable.

[40] Le Dr Barthélémy a annoncé son départ de l'ESPIC et de la Fondation dans un mail à la mission fin octobre 2025.

[149] Un conflit ouvert oppose les deux parties sur plusieurs sujets :

- les temps de travail effectif et les cumuls d'activités ;
- les modalités d'exercice libéral au sein de l'ESPIC, question particulièrement sensible au regard du cadre juridique applicable ;
- l'implication dans l'activité et le projet institutionnel des praticiens mis à disposition par le CHU de Nice ;
- la participation des représentants médicaux à la définition des orientations de la Fondation.

[150] La gouvernance a rappelé à plusieurs reprises aux praticiens leur devoir de loyauté, notamment à la suite de **prises de position publiques conjointes** des présidents de CME du CHU et de la Fondation en faveur d'un projet hospitalier métropolitain (« Plaine du Var »).

[151] Ce rappel des obligations a été vécu par une partie du corps médical comme un encadrement contraignant voire d'ingérence dans l'expertise médicale sur l'organisation des soins, d'autant que la direction n'avait pas communiqué en amont sur son propre changement d'orientation stratégique.

[152] À partir de décembre 2023, la tension prend un aspect plus personnalisé. Le directeur général adresse un courrier rappelant l'interdiction des dépassements d'honoraires dans les établissements privés d'intérêt collectif[41]. Ce rappel, conforme au droit applicable dans les ESPIC, a cependant été formulé dans des termes jugés inquiétants voire disqualifiants par les intéressés, accentuant la rupture de confiance notamment avec la présidente de la CME. Ce sujet était censé avoir été « couvert » par les textes constitutifs du GCS, il aurait dû faire l'objet d'une concertation tripartite avec le CHU co-employeur des personnels mis à disposition pratiquant un secteur d'activité libérale dans le cadre de leur statut de praticien hospitalier public.

[153] Par ailleurs, le compte rendu de la séance de la CME de février 2024 a fait l'objet d'un litige rédactionnel important : sur demande du président du CA, plusieurs passages ont été supprimés, avant que la présidente de CME ne soit **exclue de la séance du CA de mai 2024 puis d'y être réadmise en juin 2024, une fois ce compte rendu de CME largement modifié sous la pression du président du CA et après un débat très vif en CA entre certains de ses membres**.

[154] Ce climat conflictuel conduit à une **altération du fonctionnement de la CME** : perte de collégialité pour certains médecins ne voulant pas prendre parti ou ne partageant pas l'action de la majorité de son bureau, défiance généralisée, désengagement d'une partie des praticiens pour se sécuriser sur le plan relationnel.

[155] La mission relève que la CME, sans qu'elle en soit totalement responsable, n'a plus exercé pleinement son rôle de coanimation de la politique qualité-gestion des risques, prévu au Code de la santé publique[42]. L'ARS, dans une lettre de mission de juin 2024, a tenté de repositionner la

[41] Conformément à l'article L.6112-2 du Code de la santé publique, les établissements de santé assurant le service public hospitalier – dont les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) – sont tenus au principe de neutralité tarifaire, impliquant l'absence de facturation de dépassements d'honoraires. Ce principe est précisé par le décret n° 2016-1505 du 8 novembre 2016 (art. R.6112-4 CSP).

[42] Code de la santé publique, art. L.6144-1 et R.6144-2 : rôle de la CME dans la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

CME dans un cadre de coopération rénové entre les deux établissements. Cette initiative s'est heurtée à la persistance d'un triple **conflit de légitimité** entre le CHU et la Fondation sur la gouvernance du groupement de coopération sanitaire (GCS), de légitimité à conduire un projet médical partagé entre les PCME du CHU et de l'ESPIC, de légitimité entre la PCME de l'ESPIC et la direction de l'ESPIC.

[156] L'annonce par une partie du corps médical, au cours du premier trimestre 2025, d'un projet de transfert de la pédiatrie sur le site de l'hôpital de l'Archet a servi de catalyseur. L'intervention du président de la CME du CHU lors d'un bureau de CME de la Fondation, en fin du 1er trimestre 2025, a été perçue comme une ingérence. D'autres éléments ont conduit à alimenter un climat de grande méfiance réciproque, entraînant au niveau du président du CA et de la direction générale de la Fondation la décision de recourir à la procédure d'une **sommation interpellative** adressée au vice-président de CME de l'ESPIC par la gouvernance.

La sommation interpellative au cœur des tensions

Le 22 avril 2025, un acte de sommation interpellative a été signifié par huissier au Dr Barthélémy, praticien en poste à la Fondation Lenval depuis janvier 2018, en vertu d'un contrat de travail à durée indéterminée conclu le 29 septembre 2017. Cet acte, diligenté à la demande de la direction générale de la Fondation, a été remis sur son lieu de travail, sans procédure contradictoire préalable.

La sommation s'appuie sur des informations selon lesquelles le praticien aurait participé, en mars 2025, à des réunions informelles impliquant des médecins de la Fondation Lenval et du CHU de Nice, au cours desquelles aurait été évoqué un projet de pôle pédiatrique unique sur le site de l'Archet, sous gouvernance du CHU. Au total, 19 questions lui sont posées, visant à établir son rôle exact dans l'organisation de ces réunions, la teneur de ses propos à l'égard de la stratégie médicale de la Fondation, sa position vis-à-vis de l'avenir institutionnel de la Fondation, son implication directe ou indirecte dans des démarches individuelles ou collectives de transfert de praticiens vers le CHU de Nice, la transmission supposée de coordonnées RH du CHU à des collègues, ses intentions personnelles quant à son avenir professionnel au sein de la Fondation.

Ces questions sont assorties d'un développement juridique rappelant à l'intéressé ses obligations de loyauté contractuelle et évoquant, en cas de manquements, la possibilité de sanctions disciplinaires, actions civiles, voire poursuites pénales pour déstabilisation d'un service public de santé et débauchage massif de personnel.

En réponse manuscrite immédiate sur l'acte, le Dr Barthélémy se déclare « extrêmement surpris et consterné », qualifie l'acte de « vexatoire, dangereux et malveillant », et s'interroge sur sa capacité à exercer sereinement sous l'autorité de cette direction.

[157] Cet acte marque une rupture dans la gestion des relations internes, substituant à l'encadrement managérial une logique pré-judiciaire, éloignées des pratiques de collégialité promue en milieu médical, de prévention des risques psychosociaux, et de qualité du dialogue médico-institutionnel.

[158] Cette démarche a provoqué une réaction collective de **89 soignants** sous la forme d'un signalement au titre de l'article 40 du *Code de procédure pénale*[43], marquant une rupture totale de confiance.

Eléments de synthèse du contenu de la lettre de signalement (28 avril 2025)

Les médecins des Hôpitaux Pédiatriques CHU-Lenval alertent le procureur sur une dégradation du climat institutionnel depuis 2022, marquée par des tensions entre la Fondation Lenval et le CHU qui se répercutent directement sur les équipes médicales. Ils rapportent des pressions et intimidations ayant déjà conduit à des arrêts de travail et dénoncent l'inefficacité de la médiation conduite par l'ARS en 2024. La situation se serait aggravée début 2025, avec une rupture de dialogue entre les directions et des procédures judiciaires croisées. L'événement déclencheur du signalement est la remise, par un huissier, d'une sommation interpellative au vice-président de la CME dans son service, acte jugé disproportionné et potentiellement dangereux pour les patients. Les signataires estiment être devenus les otages d'un conflit qui n'est pas le leur et affirment que la sécurité des soins est désormais menacée. Ils demandent l'intervention du procureur afin que cessent les violences psychologiques et que soient protégés les patients comme les équipes.

[159] En juin 2025, le bureau de la CME a proposé un projet de charte de bienveillance pour tenter de rétablir le dialogue, le posant comme condition préalable à toute participation aux échanges, sans produire de résultats tangibles.

[160] Un climat de crainte est exprimé quant à la confidentialité des échanges numériques ou à la possibilité même d'en avoir avec des groupes extérieurs puisque les envois groupés sont limités à partir du mois de juin 2025 sur décision du directeur général. Ainsi, l'audit psychosocial réalisé par AlterNego à l'été 2025 révèle une **participation très faible du corps médical** justifiée possiblement par la crainte d'un usage défavorable de leurs réponses par la direction **(*cf. infra*)**.

[161] Cette période est symptomatique de la **crise systémique de gouvernance globale qui s'est installée.** Une triple contestation réciproque se manifeste ainsi par la contestation par le CA et la direction de la place des médecins dans la stratégie de la Fondation puis la contestation, par la CME, de la marginalisation de l'expertise médicale et scientifique et par ailleurs, la contestation par le CA des modalités de coopération avec le CHU.

[162] La personnalisation des échanges, la judiciarisation de certains différends inter-institutionnels et la disparition de méthodes de concertation traduisent un **décrochage entre gouvernance administrative et gouvernance médicale**.

2.2.2 Le comité social et économique est traversé par les divisions internes et les conséquences du débat stratégique avec le CHU

[163] Le comité social et économique (**CSE)** de la Fondation Lenval se réunit régulièrement depuis 2019, avec des ordres du jour conformes aux obligations légales et un rythme de réunions soutenu. Toutefois, à partir de 2022, son fonctionnement évolue. Les débats deviennent **le miroir des**

[43] Code de procédure pénale, art. 40 : obligation pour tout fonctionnaire ou agent public de signaler au procureur de la République les faits susceptibles de constituer une infraction.

tensions internes et reflètent la polarisation institutionnelle sur les questions de coopération avec le CHU.

[164] Les changements successifs de direction des ressources humaines n'ont pas permis de stabiliser la relation avec les organisations représentatives du personnel. L'arrivée, fin 2023, d'une nouvelle directrice des ressources humaines, chargée de professionnaliser la gestion du personnel, s'accompagne de **négociations annuelles obligatoires (NAO)** conduites dans des délais contraints, sans véritable concertation préalable.

[165] L'accord signé fin décembre 2023, applicable dès le 1er janvier 2024, porte sur une **réorganisation du temps de travail avec notamment un impact sur les heures supplémentaires** et la **généralisation de la badgeuse**, à l'exception des personnels médicaux. Ce changement, intervenu sans concertation approfondie, a déstabilisé les cadres et accentué les tensions sociales.

[166] L'audit AlterNego de 2025, synthétisé en annexe 4[44], montre que la **dégradation du climat social** trouve principalement son origine dans cette réforme, davantage que dans le partenariat avec le CHU. Or, le CSE n'a pas su jouer son rôle d'alerte et de prévention des risques psychosociaux, notamment par la **commission santé, sécurité et conditions de travail (CSSCT)**[45]. Les demandes d'expertise déposées par une organisation syndicale minoritaire ont été rejetées à plusieurs reprises par la direction et l'organisation majoritaire.

[167] Ce n'est qu'en juin 2025, à la suite de l'annonce d'une mission IGAS et d'un courrier officiel du directeur général de l'ARS rappelant la nécessité d'une actualisation du document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP), que la Fondation accepte un audit RPS confié à la société AlterNego. Bien que non agréée au sens des articles L.2315-94 et R.2315-51 du Code du travail[46], cette société a mené une enquête interne méthodologiquement recevable. Les résultats et recommandations de l'audit confirment la perception d'un dialogue social verrouillé et polarisé. Par ailleurs, les organisations syndicales minoritaires au sein du CSE demeurent critiques sur le fait qu'une enquête RPS n'a pas été réalisée en considérant que l'audit psycho-social ne saurait la remplacer et que les suites qui pourraient y être données seront faibles au regard des attentes d'une partie du personnel.

[168] La lecture des comptes rendus de 2024-2025 montre que le CSE a souvent servi de **chambre d'écho** à la stratégie de la direction générale sur la question du CHU. Les débats ont largement porté sur les risques supposés pour l'emploi liés à stratégie du CHU qui menacerait jusqu'à 150 postes à la Fondation, occultant d'autres sujets de fond tels que la gestion budgétaire, les conditions de travail ou la prévention des risques professionnels. Les tracts syndicaux et interventions publiques ont renforcé cette polarisation, certaines organisations accusant des membres du CSE de « déloyauté » pour leur proximité avec le CHU.

[169] Ainsi, le CSE apparaît **accaparé par la dynamique conflictuelle de la gouvernance**, avec plusieurs éléments caractéristiques de l'altération du dialogue interne. Des éléments convergents permettent de souligner d'une part, que le pluralisme est affaibli et la participation syndicale

[44] Cf. Annexe 4 : Synthèse du constat de deux études sur le climat professionnel, la gouvernance et les risques psychosociaux à la Fondation Lenval, mission IGAS, novembre 2025.

[45] *Code du travail*, art. L.2315-36 et suivants : missions de la CSSCT dans les établissements de plus de 300 salariés.

[46] *Code du travail*, art. R.2315-51 : conditions d'agrément des organismes habilités à conduire des expertises pour les CSE.

inégale et d'autre part, des phénomènes d'auto-censure de certains élus ou de faible mobilisation sont à l'œuvre. Enfin, l'usage des séances extraordinaires comme tribune institutionnelle devient très fréquent dans la période 2024-2025.

2.2.3 Le glissement de la divergence institutionnelle à la confrontation publique

[170] La crise de gouvernance interne et la détérioration de la coopération avec le CHU se sont progressivement déplacées du champ institutionnel vers celui de la communication publique. L'examen des communiqués du printemps 2025 et de leurs antécédents de novembre 2023 met en évidence une escalade. Des divergences de gouvernance se sont transformées en affrontement médiatique, chaque partie cherchant à légitimer sa position auprès de l'opinion et à mobiliser ses soutiens.

[171] La sommation interpellative du 22 avril 2025 remise sur son lieu de travail au chef de service de réanimation pédiatrique et vice-président de la CME membre du CSE engendre une réaction forte de la part de la communauté médicale de Lenval avec le signalement au procureur de la République le 28 avril 2025 au titre de l'article 40 du code de procédure pénale.

[172] Cette situation entraîne le 24 mai 2025 la parution d'un tract de l'organisation FO du CHU qui dénonce la « *brutalité managériale* » de Lenval, appelle à manifester et revendique la défense d'une « *pédiatrie humaine* », s'appuyant sur l'évocation de la souffrance au travail et sur la dénonciation d'une direction autoritaire. Le 2 juin 2025, un communiqué du président de la CME du CHU exprime par un texte long, relayé par les médias nationaux, un point de vue concernant la Fondation Lenval qu'il présente comme un établissement en crise interne, évoquant « *brutalité managériale* », « *risques psychosociaux* » et « *désinformation* ». L'intention perceptible est d'alerter l'opinion et les pouvoirs publics en positionnant le CHU comme protecteur des soignants et garant de la qualité des soins.

[173] La réaction de la Fondation Lenval du 5 juin 2025 prend la forme d'un communiqué de presse accusant le CHU d'une « *tentative de prise de contrôle hostile* » et dénonçant une « *campagne d'attaques publiques* ». Le texte s'appuie sur des chiffres d'activité, des arguments juridiques et de la légitimité historique pour contrer la narration du CHU. Il renverse l'accusation en affirmant que le CHU cherche à masquer ses propres difficultés financières et managériales.

[174] Ce type d'affrontement par voie de communiqués avait connu un précédent en novembre-décembre 2023. Les présidents de CME et vice-présidents de CME du CHU et de l'ESPIC Lenval avaient publié un communiqué commun favorable aux annonces par voie de presse du Maire de Nice promouvant la création d'un campus hospitalier dans la plaine du Var devant réunir certaines activités du CHU et celles de l'ESPIC comme du centre de lutte contre le cancer Antoine Lacassagne. Puis les communiqués conjoints des gouvernances de la Fondation Lenval et du CLCC Lacassagne réagissaient à ces annonces avec une position rappelant leur autonomie stratégique.

[175] Cette première séquence de l'automne 2023 révèle un usage du canal médiatique pour reprendre la main sur le récit et préserver l'autonomie de gouvernance. Cet épisode a marqué la montée des premières divergences de fond et de forme entre la présidente de CME, le vice-président de l'ESPIC et la gouvernance de la Fondation Lenval qui a estimé que le communiqué commun des représentants médicaux excédait leurs prérogatives au regard des responsabilités du CA et des nécessités de consultations préalables notamment celles du CSE.

[176] Cette « mise en abyme » médiatique a eu des répercussions sur la vie institutionnelle de la Fondation Lenval car les communiqués du CHU et de FO ont occupé l'espace public de notions telles que les « *risques psycho-sociaux* », les « *enfants en danger* » qui ont engendré une forte charge émotionnelle et réactive auprès de beaucoup de salariés de la Fondation qui se sont sentis injustement mis en cause. La gouvernance de Lenval réplique en s'appropriant le registre de la défense d'un service public et de la probité financière (« *règles de bonne gestion des deniers publics* », « *fondation d'utilité publique* »), les organisations syndicales majoritaires au sein du CSE réagissent en organisant une contre-manifestation en juin 2025 visant à démontrer l'attachement et la fierté professionnelle des salariés.

[177] Cette exploitation du canal médiatique comme substitut au dialogue institutionnel ou interinstitutionnel est le signe d'une crise stratégique et de fonctionnement. Elle s'invite dans la vie des instances et « écrase » tous les sujets internes voire entravant le règlement des dossiers. Plusieurs accélérateurs de divergences ont été à l'œuvre : une CME découvrant et percevant à l'automne 2023 une inflexion stratégique de la gouvernance de la fondation Lenval prenant ses distances avec le CHU, un projet « Plaine du Var » venant mettre au jour l'ampleur de l'écart de vision entre CME et gouvernance, un projet du CHU présenté à l'ARS en décembre 2024 prenant de court la gouvernance de la Fondation. Ces éléments ont mis en mouvement tous les registres stratégiques (autonomie ESPIC FEHAP versus universitarisation par le CHU), moraux (loyauté versus trahison), de fonctionnement de groupe (les pro ou les anti) et syndicaux.

[178] L'examen des comptes rendus du CSE montre que les sujets habituels de ce type d'instance prennent moins de place à partir de 2024 au profit de la cristallisation d'une position de lutte contre des intentions stratégiques prêtées au CHU. La direction comme l'organisation syndicale majoritaire ont œuvré pour privilégier les débats de défenses stratégiques, au détriment de la mission première de l'instance : **prévenir les tensions sociales et garantir la santé et la sécurité au travail**[47]. Ce fonctionnement n'a pas permis de lancer en temps utiles des travaux sur les RPS malgré plusieurs alertes de syndicats minoritaires.

[179] Dans cette période, cette fracture « entre pro et anti » met en difficulté les salariés ayant un point de vue plus nuancé que certains représentants disposant de canaux d'expression médiatiques ou institutionnels. Ainsi, parmi les salariés rencontrés par la mission, les analyses sont souvent plus équilibrées et moins sur le registre de la dénonciation. Certains retracent des relations constructives avec le DG tout en reconnaissant des maladresses de la gouvernance qui ont pu accentuer l'hostilité de certaines personnes. Ils évoquent également une souffrance face à la manière dont certains représentants notamment médicaux ont pu, selon eux, mettre à mal le fonctionnement institutionnel. Ils replacent l'affrontement dans un cadre différent d'analyse qui est celui de *l'affectio societatis* ou du sentiment d'appartenance à une institution dont ils défendent ce qu'ils considèrent être des atouts, à savoir son caractère spécialisé et à bonne échelle humaine pour décider et agir au mieux.

[180] Ces personnels plus nuancés se tiennent à l'écart du conflit de peur d'être confrontés à des « *représailles* » de la part de certains de leurs collègues. Cette dérive fragilise durablement le climat social et accentue la défiance non seulement envers la gouvernance mais aussi envers le CSE comme la CME dont sa présidente.

[47] Code du travail, art. L.2312-8 : Missions générales du CSE en matière de santé, sécurité et conditions de travail.

[181] Ces tensions internes se doublent de la médiatisation de la crise de gouvernance du GCS Lenval–CHU engendrant des conflits persistants interrogeant la pérennité de la coopération

2.3 Une crise de gouvernance du GCS Lenval–CHU génératrice de conflits persistants et d'incertitudes sur la pérennité de la coopération

[182] La relation entre la Fondation Lenval et le CHU de Nice se caractérise par une dynamique fragilisée depuis plusieurs années. La coopération hospitalo-universitaire, engagée en 2013, a été entravée par des tensions persistantes. Le GCS de moyens, créé pour organiser le pilotage en commun et faciliter les reversements financiers, est perçu et pratiqué comme un espace de confrontation et a fait l'objet de deux recours judiciaires croisés depuis fin 2024 qui ont connu un premier dénouement le 10 novembre 2025 par une ordonnance confiant la direction du GCS à un administrateur provisoire pour une durée de 8 mois renouvelable.

[183] Le GCS de moyens doit reposer sur les principes de transparence, de loyauté et de continuité de service, qui impliquent un contrôle responsable et bienveillant. Ces trois principes n'ont, objectivement, pas été respectés.

2.3.1 Une architecture de décision installée en 2013 présentant des fragilités majeures

[184] En comparant le règlement intérieur de 2010 et l'avenant à la convention constitutive de 2013, on constate que le cadre juridique et institutionnel de la coopération LENVAL–CHU de Nice a changé de nature et de périmètre, ce qui modifie profondément la solidité de l'architecture de gouvernance.

[185] Le règlement intérieur de 2010, adossé à la convention constitutive initiale de 2008, traduisait un GCS expérimental à fort contenu opérationnel et médical. Il détaillait l'organisation médicale (pôle, secteurs, instances médicales mixtes, comité social, procédures de mutualisation du personnel), les circuits du patient (parcours, système d'information commun, protocoles assurantiels), la gestion logistique et médico-technique, la facturation, ainsi que des procédures de suivi et d'évaluation de l'expérimentation. Ce corpus précis visait à encadrer finement les interactions quotidiennes, à garantir la parité et la co-décision, et à maintenir une forte intégration fonctionnelle entre les deux entités.

[186] En 2013, un nouveau GCS de droit privé est constitué à parts égales entre le centre hospitalier universitaire de Nice et la Fondation Lenval, dans le but de répondre aux besoins de santé pédiatrique sur le territoire PACA-Est / Haute-Corse / Monaco, à travers un partenariat hospitalier renforcé et structuré.

[187] L'objet principal du GCS est d'assurer, sur le site du futur Centre Femme-Mère-Enfant-Adolescent (CFMEA), la mise en commun des moyens humains et matériels, ainsi que l'organisation des mises à disposition fonctionnelles du personnel et la gestion de la logistique générale et médico-technique. Il constitue un outil de mise à disposition et de facturation des fonctions supports. Il ne recrute pas de personnel mais organise des mises à disposition croisées, autant que de besoin.

[188] Organe souverain du GCS, l'assemblée générale détient l'ensemble des pouvoirs de décision, notamment stratégiques, financiers et institutionnels. Sa composition est paritaire

comprenant pour chacun, le président du conseil de surveillance ou d'administration, le représentant légal (DG ou président selon l'établissement), le président de la CME ou son suppléant, un représentant du personnel désigné par le CTE ou CE.

[189] Les décisions sont prises à l'unanimité des votants présents ou représentés. L'ARS peut prononcer la dissolution du GCS si l'assemblée générale ne s'est pas réunie ni n'a délibéré pendant un an, malgré une mise en demeure préalable.

Principales compétences de l'assemblée générale (article 13.3)

- La définition de la politique générale du GCS ;
- Le budget annuel, la valorisation et les modalités de remboursement des moyens mis à disposition ;
- L'approbation des comptes et l'affectation des résultats ;
- La nomination et la révocation de l'administrateur ;
- Le choix du commissaire aux comptes et du contrôleur de gestion ;
- La modification du capital, des statuts, ou du règlement intérieur ;
- L'adhésion ou le retrait d'un membre (même si en pratique le GCS n'a pas vocation à s'élargir) ;
- La décision de dissolution, de liquidation ou de transformation ;
- La participation à des actions de coopération ou à un réseau de santé ;
- Le recours à l'emprunt ou l'octroi de délégations à l'administrateur.

[190] Plusieurs limites structurelles du GCS de moyens Hôpitaux Pédiatriques de Nice CHU–Lenval apparaissent dans son fonctionnement, compromettant la régulation interne et la qualité du dialogue entre partenaires.

[191] En effet, aucun bureau n'est institué dans la convention constitutive. En cas de désaccords ou de divergences de fond, leur expression se fait directement en assemblée générale, avec pour chambre d'écho dans la période 2023-2025 le conseil d'administration ou le bureau de la Fondation Lenval, dans le cadre de l'architecture de gouvernance mise en place en 2013 et toujours en vigueur en 2025.

[192] La place accordée à l'administrateur du GCS, désigné alternativement par le CHU ou la Fondation Lenval et élu pour trois ans par l'assemblée générale (article 14), devient centrale dans cette architecture décisionnelle. Elle constitue, en cas de désaccord, un enjeu de tension entre les deux partenaires. Or, l'administrateur, même assisté d'un contrôleur de gestion issu de l'établissement partenaire, ne saurait à lui seul tenir le rôle régulateur et organisateur d'un véritable bureau.

[193] Ce défaut de conception de l'architecture de décision est perceptible avant 2022. Il est étonnant que l'on ne trouve pas trace d'une gestion de projet structurée attestée par des documents. La compréhension des statuts du GCS est rendue difficile car elle repose sur un enchevêtrement de documents, incluant le texte de 2010. Dans ces conditions, ni le GCS ni l'ESPIC

ni le CHU et la Fondation n'ont pu s'organiser pour suivre la traçabilité claire des engagements et pour statuer sur la nécessité de leur actualisation.

[194] Un article sur la conciliation figure à l'article 15 de l'avenant à la convention constitutive de 2013. Il prévoit une procédure amiable en cas de litige entre les deux membres du GCS, ou entre l'un d'eux et le groupement, concernant la convention ou son application. Toutefois, cette disposition n'impose pas de passer par une conciliation. Le mécanisme repose sur la désignation paritaire de conciliateurs - chaque partie nommant son propre représentant - qui disposent d'un délai maximum de trois mois à compter de la notification du premier conciliateur pour rechercher une solution amiable. La solution trouvée est présentée à l'ARS pour avis, puis transmise à l'assemblée générale du GCS pour décision. En l'absence d'accord dans le délai imparti, la juridiction compétente peut être saisie par la partie la plus diligente. En pratique, ce dispositif n'a pas permis d'apaiser les relations entre les partenaires. Même lorsque des désaccords existent, la procédure de conciliation reste largement théorique et son usage effectif n'a jamais été imposé, laissant les tensions persister.

[195] Enfin, il est à souligner que dans l'objet même de l'avenant de 2013 est mentionné que « *l'organisation mise en place prend en compte, chaque fois que nécessaire, les mesures de protection du personnel*. » Cette mention aurait nécessité d'être mieux précisée en fonction des problèmes rencontrés par des avenants d'actualisation de la convention. Cette formulation à la fois large et floue a pour conséquence de créer une possible zone d'intervention partagée dans la vie même de l'ESPIC en ce qui concerne les personnels mis à disposition par le CHU de Nice.

[196] Ce sont précisément ces fragilités de l'architecture décisionnelle qui sont mises en évidence dans la crise récente dans un contexte de déséquilibre budgétaire de l'ESPIC que la Fondation entend résorber en réduisant ses charges inhérentes à la coopération avec le CHU.

2.3.2 Une coopération paralysée par les enjeux budgétaires

[197] De 2015 au printemps 2022, le fonctionnement du GCS est marqué par une gestion des mises à disposition sans mise en cause de leur principe, de leur impact budgétaire et de leurs modalités d'application statutaire. Parmi les explications de cette situation figure la ligne adoptée par le président du conseil d'administration de la Fondation pendant cette période, ainsi que l'axe managérial du directeur général, qui avait fait de la réussite de l'amalgame entre des professionnels de statuts différents une priorité. D'ailleurs, le choix d'un directeur général issu de l'équipe de direction du CHU de Nice procédait de cette volonté de fédérer les acteurs autour du projet de l'ESPIC devant être l'œuvre commune des deux partenaires.

[198] De même, l'élaboration d'un nouveau projet médical commun assisté par la société Opus Line à partir de la fin de l'année 2021 témoignait d'une volonté de surmonter les échecs rencontrés qu'il s'agisse de l'abandon du transfert des activités de maternité et de réanimation néonatale sur un site acquis par la Fondation ou de l'absence de départ de la maternité Santa Maria du site principal de la Fondation. L'ARS avait souhaité engager cette démarche et avait d'ailleurs assisté à une phase de restitution en juin 2022. Celle-ci avait vocation à se poursuivre au second semestre 2022, à condition que l'ARS en valide le principe, la méthode et les conclusions. Cette validation supposait que les instances délibérantes du CHU et de la Fondation se prononcent favorablement sur le projet, ce qui n'a pas été le cas, aucune motivation n'ayant été fournie pour expliquer ce renoncement resté tacite

[199] Or, à partir du second semestre 2022 et du premier semestre 2023, un tournant est pris avec l'arrivée de nouveaux dirigeants dans chacune des structures. En mai 2023, le nouveau directeur général du CHU informe ses interlocuteurs qu'il prend acte, selon son expression, de la « caducité » de plusieurs éléments des accords de 2013-2014 et indique que sa feuille de route consiste à mettre en œuvre un nouveau projet, dans la continuité de celui élaboré au premier semestre 2022 avec la société Opus Line. Face à cette orientation, la gouvernance de la Fondation (président, bureau et directeur général) prend l'initiative, à l'été 2023, de proposer au DG du CHU un cadre méthodologique pour revoir les éléments constitutifs du GCS, avec un calendrier ambitieux et une approche différente de celle recherchée par le projet Opus Line.

[200] C'est lors du conseil d'administration de la Fondation, tenu en septembre 2023 et non lors d'une assemblée générale, que les premières divergences de fond apparaissent, portant notamment sur la responsabilité du CHU dans la non-réalisation du projet de CFMEA de 2013 et sur la pertinence des modalités des mises à disposition. Le mode de négociation n'est plus fondé sur la recherche d'un projet commun, mais sur la poursuite, par chaque partie, de ses propres objectifs. Ce virage marque un retour en arrière caractérisé par l'absence de projet médical partagé.

[201] Cette situation va entraîner la prise de conscience par plusieurs acteurs de la pédiatrie que les problèmes de prises en charge révélés par plusieurs événements indésirables graves associés aux soins connus depuis plusieurs années (risques structurels dans les filières critiques) ne seraient pas résolus comme ils l'espéraient, les questions budgétaires et de facturation devenant des problématiques de premier ordre dans le pilotage tant de la Fondation que du GCS.

[202] Dès lors, s'ouvre une période marquée par un axe stratégique de communication et de négociation voulu par la gouvernance de la Fondation, visant à objectiver l'imputabilité d'une grande partie de son déficit à l'inaction du CHU concernant le transfert des activités prévues par l'accord de 2013, à son mode de facturation des charges de personnels mis à disposition, ainsi qu'à l'effectivité des prestations, notamment le temps médical effectivement réalisé au sein de l'ESPIC.

[203] Cette posture se traduit par l'annonce lors du CA de la Fondation d'un audit confié au cabinet Mazars puis d'un audit confié à la société Grant Thornton sur la matérialité des facturations de personnels médicaux émises par le CHU. Il se prolonge en juin 2024 au changement d'administrateur du GCS par la présentation en AG d'un budget du GCS non concerté avec le CHU prévoyant une baisse des charges de 34%. Au cours de cette séance, le DG du CHU mais aussi les deux présidents de CME expriment leur désaccord marqué tant sur la méthode que sur le fond. Ces éléments démontrent l'impact négatif de l'absence d'un bureau de GCS et les défauts de l'architecture de décision entre la Fondation et le CHU.

[204] Ce désaccord budgétaire est confirmé au cours de plusieurs échanges soit lors d'assemblée générale, soit dans les actes de gestion eux-mêmes puisque les factures ne sont plus honorées en premier lieu par la Fondation qui assume la plus grande charge liée à la masse salariale de tous les personnels mis à disposition. Les charges dues font l'objet de déclarations de chacune des parties sans qu'une méthodologie d'inventaire comptable et de contrôle de gestion n'ait été mise en place. La mission ne dispose donc pas d'éléments étayés pour se prononcer sur l'exactitude des montants annoncés qui sont considérables. Le directeur général de la Fondation a également pris

appui sur son EPRD 2024 de l'ESPIC approuvé par l'ARS le 23 avril 2024[48], en considérant que cette approbation valait approbation du mode d'obtention d'une économie de 2,5 millions d'euros par réduction des charges de personnels procédant de la coopération avec le CHU.

[205] La traduction opérationnelle de cette réduction consiste notamment à ne plus rembourser les dépenses associées aux salaires des internes en médecine. Si cette position peut s'entendre dans la mesure où le CHU reçoit chaque année une dotation pour les rémunérations des internes de la subdivision, le symbole renvoyé à la communauté médicale hospitalo-universitaire est au minimum problématique. Elle a pu être interprétée de manière négative par les universitaires, dans un contexte où d'autres communications internes ont eu un effet négatif (voir *infra*), comme un manque de considération pour la mission voire leur travail.

[206] Depuis le second semestre 2024, les orientations stratégiques des deux établissements se sont éloignées. Le CHU a engagé une réflexion de ses activités pédiatriques au-delà de l'hématologie, de la néphrologie et de la périnatalité, tandis que la Fondation Lenval revendique toujours la totalité de la filière pédiatrique après avoir envisagé un temps de se désengager de certaines activités coûteuses.

2.3.3 Un GCS transformé en espace de conflits ayant nécessité la désignation récente d'un administrateur provisoire

[207] L'architecture décisionnelle mise en place en 2013 a contribué à créer cette impasse. La règle d'unanimité s'avère paralysante dans ce contexte. Toute décision structurante requiert l'accord des deux parties et, à défaut d'unanimité, des blocages répétés surviennent. Les compétences du GCS se limitant au fonctionnement comptable et budgétaire, les sujets stratégiques sont renvoyés aux organes propres de chaque établissement. Les procédures internes et externes de médiation n'ont jamais abouti. Plus gravement, la dégradation de la coopération se traduit par des contentieux récurrents portant sur la répartition budgétaire et la gouvernance.

[208] Ainsi, en décembre 2024, la Fondation Lenval, en tant que partie du GCS et représentée par son conseil, a saisi le tribunal administratif de Nice pour contester 14 titres de recettes émis par le CHU de Nice entre avril et septembre 2024, pour un montant total de 7 168 112 €. Ces titres correspondent à la refacturation du personnel médical et non médical mis à disposition de la Fondation. L'administrateur du GCS en fonction de juin 2024 au 17 octobre 2025 soutient qu'ils sont illégaux, car émis sans signature régulière, sans indication des bases de liquidation, et surtout sans budget 2024 adopté, en violation de la convention constitutive du 13 mai 2013 et du règlement intérieur de 2009, qui imposent un vote budgétaire annuel avant le 1er décembre. Selon la Fondation Lenval, le CHU a refusé[49] en décembre 2023 d'élaborer et de soumettre le budget

[48] Si dans le courrier d'approbation de 2024 cette disposition était mentionnée comme proposition de l'établissement sans mention particulière de la part de l'ARS, elle s'intégrait pour autant dans un cadre de nombreuses observations questionnant la situation budgétaire et financière de l'ESPIC sur la base de tendances constituant un ensemble de motifs qui auraient pu conduire au rejet de l'EPRD de l'ESPIC. La mission constate que ces motifs de rejet sont toujours présents dans le courrier d'approbation du 12 mars 2025 et considère qu'un rejet aurait dû être prononcé au vu du caractère incertain des mesures de redressement.

[49] En décembre 2023, le CHU a refusé d'élaborer et de soumettre le budget 2024 du GCS car il estimait que le GCS avait fonctionné sans budget prévisionnel jusqu'alors.

2024 à l'assemblée générale, puis a procédé unilatéralement aux facturations, mettant ainsi en péril la viabilité financière du groupement[50].

[209] Le CHU de Nice a engagé une procédure, le 11 mars 2025, en assignant la Fondation Lenval devant le tribunal judiciaire de Nice, demandant la désignation d'un administrateur provisoire et la fin de la conciliation. Le CHU fait alors valoir que, depuis juin 2024, la gouvernance est bloquée dans la mesure où les règlements dus par Lenval pour les mises à disposition de personnels ne sont plus honorés, les assemblées générales sont paralysées et la gestion quotidienne du GCS compromise. Le CHU dénonce une instrumentalisation du GCS au profit de la Fondation, estimant que cette situation met en péril la continuité et la qualité des soins pédiatriques.

[210] Ainsi, le CHU justifie son action par la nécessité de sauvegarder le service public pédiatrique et de rétablir une gouvernance neutre, tandis que le GCS/Fondation Lenval cherche à faire reconnaître ce qu'elle considère comme une violation des règles statutaires et budgétaires et à protéger son autonomie financière. Ces deux procédures parallèles - la requête de décembre 2024 et l'assignation de mars 2025 - illustrent un profond conflit de gouvernance et de légitimité portant sur le pilotage, les finances et le devenir de la coopération hospitalo-universitaire niçoise.

Conséquences opérationnelles

- **Absence de projet médical commun** : les filières pédiatriques critiques fonctionnent désormais en silos, avec des doublons et des interfaces mal définies (examens complémentaires).
- **Risques cliniques accrus** : la coordination défaillante entre urgences, réanimation et néonatologie engendre retards et pertes d'information, aggravées par l'absence de système d'information partagé.
- **Perte de lisibilité pour l'ARS** : les injonctions régionales n'ont plus de relais opérationnels identifiés.
- **Climat de défiance** : les professionnels oscillent entre loyauté institutionnelle et pragmatisme clinique, générant un inconfort éthique durable.

[211] La coopération hospitalo-universitaire constitue un pilier identitaire de l'ESPIC. Or, le GCS, censé en être l'instrument, est aujourd'hui neutralisé par sa propre architecture. Seule une révision statutaire intégrant un mécanisme d'arbitrage indépendant, une représentation équilibrée et un cadre de pilotage médical rénové permettrait de restaurer l'efficacité et la cohérence du partenariat.

[212] L'examen des procès-verbaux des dernières assemblées générale d'octobre et novembre 2025 permet de mesurer la paralysie totale de la gouvernance du GCS. L'ordonnance du tribunal judiciaire du 10 novembre 2025, en désignant un administrateur provisoire, confirme juridiquement le diagnostic de blocage du groupement.

[50] Les comptes du GCS feront prochainement l'objet d'une expertise approfondie ; à ce stade, la mission ne dispose pas d'éléments permettant d'attester que l'ensemble des montants contestés a été provisionné, ce qui appelle à la plus grande vigilance.

Le mandat de l'administrateur provisoire du GCS

Par ordonnance du 10 novembre 2025, le président du Tribunal judiciaire de Nice a désigné un administrateur provisoire afin de mettre fin à la paralysie du GCS. Cette décision repose sur le constat d'un blocage institutionnel, mettant en péril les intérêts du groupement et empêchant toute prise de décision par ses membres. L'administrateur provisoire est investi d'un mandat large exerçant les prérogatives normalement dévolues à l'administrateur statutaire, incluant la capacité d'engager le GCS, de le représenter dans tous les actes de gestion et d'assurer la continuité de l'autorité exécutive.

Le juge lui confie la mission d'identifier les causes du blocage, de reconstituer les flux financiers, d'évaluer les titres de recettes contestés et d'établir un état précis du passif, y compris les créances en litige. Il lui appartient de rétablir un fonctionnement courant. L'administrateur provisoire doit formuler des recommandations pour rétablir une gouvernance stable, y compris sur la méthode budgétaire, la clarification des responsabilités, l'organisation des relations contractuelles et la sécurisation des flux médico-financiers.

Il doit rendre compte de sa mission, produire des rapports intermédiaires si nécessaire et signaler toute difficulté persistante ou obstacle à la bonne exécution du mandat.

Le mandat de 8 mois couvre la période transitoire nécessaire au rétablissement du fonctionnement normal du GCS et prendra fin lorsque les conditions d'une gouvernance pérenne (désignation d'un administrateur régulier, fonctionnement budgétaire rétabli, chaîne de facturation stabilisée) seront réunies.

[213] En instituant une autorité neutre dotée de pouvoirs renforcés, l'ordonnance vise à rétablir la capacité opérationnelle du GCS, condition indispensable à la continuité des activités qu'il supporte, à la régularité de ses engagements financiers et à la stabilité de la coopération CHU–Fondation.

3 Une politique générale d'établissement caractérisée par l'absence de vision partagée et de repères collectifs

[214] Le système de management au sein de l'ESPIC est perçu comme autoritaire et parfois brutal, avec une intervention limitée de la direction générale dans la régulation des tensions internes. Certains cadres de santé et médecins se sentent exclus des décisions et disqualifiés, tandis que des réorganisations sont imposées sans concertation préalable. Ces pratiques managériales ont nourri des risques psychosociaux significatifs et contribué à une rupture durable de confiance au sein des équipes.

3.1 Une absence de méthode managériale renforçant l'incertitude sur le devenir de l'institution et de son corps social

3.1.1 Un management fondé sur un narratif mal étayé et ne tirant pas les conclusions d'un audit extérieur

[215] La lettre de mission du 11 décembre 2023 confie au cabinet Mazars une mission d'expertise financière visant la préparation d'arguments contre le CHU, explicitement destinée à « objectiver les préjudices subis » par la Fondation du fait de la non-exécution par le CHU de Nice du protocole de 2013. Le cabinet précise en introduction que son travail « a été exclusivement préparé à l'attention de la direction de la Fondation » et ne peut être utilisé pour aucun autre usage.

Un cadrage méthodologique posant de nombreuses questions

[216] Cette finalité crée une asymétrie de perspective. Les données et hypothèses ont été recueillies uniquement auprès de la direction de la Fondation. Le CHU de Nice n'a pas été entendu ni mis en mesure de présenter ses propres données ou contre-expertises. Il est révélateur que le cadre de mission de Mazars ait été structuré autour de deux axes principaux : (i) évaluer l'impact économique depuis 2013 des décisions relatives à la cession de la Clinique Santa Maria et à la non-exécution par le CHU de Nice de ses engagements, en identifiant pertes, gains manqués et charges non financées ; (ii) expertiser les flux financiers entre l'ESPIC de la Fondation Lenval et le CHU via le GCS, ainsi que le fonctionnement des processus et organes de contrôle et de gouvernance au regard des dispositions statutaires. Cette formulation présupposait que les difficultés financières et opérationnelles de l'ESPIC pouvaient être directement attribuées au non-respect des engagements du CHU.

[217] Il est symptomatique que les auteurs du rapport reconnaissent que ses travaux « *ne constituent ni un audit ni une revue limitée* », n'émettent « *aucune opinion d'audit sur les informations présentées* », mentionnent que la direction de la Fondation « *demeure seule responsable de l'exactitude et de l'exhaustivité des informations transmises* »[51].

[218] Si des précautions sont régulièrement mentionnées pour se prémunir des erreurs inhérentes pouvant se glisser dans les données, elles reflètent avant tout la prudence des consultants face aux contraintes d'accès aux données et à l'orientation spécifique de la mission telle que définie par la fondation ayant commandé le rapport, tout en conservant la pertinence et la robustesse globale de l'analyse.

[219] Plusieurs évaluations clés reposent sur des hypothèses sans fondement comptable solide :

- la perte de recettes de 3 à 3,5 M€ liée au non-transfert d'activités CHU (oncologie-hématologie) est présentée « selon une approche imparfaite » et sans chiffrage de la marge associée, faute de comptabilité analytique fiable ;

[51] De nombreuses données utilisées (charges, effectifs, flux, estimations d'activité perdue) proviennent de bases internes ou de déclarations orales, les auteurs précisant que certains documents « n'ont pu être obtenus », et des « analyses permettant de conforter les données » n'ont pas pu être produites. Le cabinet note lui-même que « le risque de non-détection d'une anomalie significative ne peut être éliminé ».

- la perte d'opportunité de 12 M€ sur la cession de la clinique Santa Maria repose sur des « sous-jacents de valorisation faiblement documentés » et sur une « estimation » à valeur 2020 ;
- les pertes d'activité liées aux départs de chirurgiens ou à la sous-traitance laboratoire relèvent d'approximations non vérifiées.

[220] Les auteurs du rapport Mazars admettent ainsi que certaines informations « *proviennent d'autres sources que les données comptables ou ont été obtenues sur des bases déclaratives* ». L'information est dite « *sélective* », présentée « *à la date du 17 juillet 2024* » et « *n'a pas la prétention de rassembler l'ensemble des données nécessaires à la prise de décision* ». En conséquence, les analyses de trajectoire financière (CAF, masse salariale, flux CHU–GCS) ne sont pas consolidées, reposant sur des séries partielles. Les consultants Mazars indiquent que le rapport « *n'a pas pour objet d'évaluer la pertinence des choix de gestion ni de recommander des actions* ». Il s'agit d'un document à usage interne, destiné à servir d'appui argumentaire à la négociation que la Fondation envisage d'engager avec le CHU. Ses estimations (pertes, gains manqués, coûts imputables) ne peuvent donc pas être interprétées comme des conclusions d'audit ni comme une évaluation certifiée.

[221] La mission IGAS considère ce rapport comme un document utile pour appréhender la perception interne de la crise financière de la Fondation, initialement orientée vers les liens avec le CHU. Son analyse est intéressante car elle permet d'établir un diagnostic nuancé sur les causes exactes de la dégradation des comptes, qui ne coïncide pas entièrement avec l'orientation de la Fondation, confiante dans ses positions et dans l'attribution des responsabilités au CHU.

Des causes de dégradation qui n'ont pu faire l'objet d'un droit de suite par le conseil d'administration

[222] Malgré une commande orientée pour démontrer un « *préjudice subi* » par la Fondation Lenval, les constats produits par le cabinet révèlent en réalité des causes internes majeures de dégradation financière, qui ne s'alignent pas complètement avec le récit tenu par la gouvernance.

[223] En effet, le rapport Mazars note une dérive des charges internes beaucoup plus forte que les pertes externes imputées au CHU, mettant en évidence une augmentation globale des charges d'exploitation de +14,8 M€ entre 2019 et 2023, dont +13,7 M€ sur la masse salariale. Ces hausses ne sont pas compensées par les recettes. Le cabinet note que la Fondation a créé environ 130 postes sur la période, sans plan de financement consolidé ni contrôle de la soutenabilité à moyen terme.

[224] La thèse selon laquelle la dégradation résulterait principalement du non-respect du protocole CHU–Lenval est ainsi remise en cause. Les choix internes de gestion RH apparaissent comme une cause structurelle majeure du déficit, complétée par l'alourdissement des charges de structure et des amortissements. Les charges de Titre 4 (amortissements, provisions, frais financiers) ont progressé de –2,1 M€ en 2011 à –13,8 M€ en 2023. Le cabinet note que cet alourdissement provient d'investissements récents (extension des urgences, équipements médicaux), mais aussi de provisions accrues pour risques et contentieux à partir de 2021. Ces charges n'ont pas été intégrées dans une trajectoire financière prévisionnelle. La Fondation a continué à investir sans CAF positive, aggravant mécaniquement ses déficits. Le rapport Mazars mentionne la diminution de l'attractivité médicale avec des départs de chirurgiens vers le privé (Saint-Georges, Saint-Jean, Saint-François), une baisse de la part des praticiens seniors mis à

disposition par le CHU entre 2016 et 2023. Ces phénomènes entraînent une baisse des recettes médicales et une dégradation du case-mix avec une perte estimée à environ1 M€/an, d'abord liée à la dynamique interne (perte de séniorité, gouvernance médicale instable), et non à des décisions du CHU.

[225] Si le rapport Mazars note qu'il n'a pas pu reconstituer précisément les soldes de flux croisés, faute de comptabilité analytique fiable entre le CHU, le GCS et la Fondation, il ne fait pas la démonstration d'une imputabilité de la situation budgétaire de la Fondation au CHU de Nice.

Des limites de gouvernance et de transparence

[226] Alors que la gouvernance de Lenval tendait à attribuer la dégradation budgétaire à l'inexécution du protocole de 2013 par le CHU, le rapport Mazars sans en exclure l'impact défavorable met en lumière des causes internes, structurelles et managériales. la gouvernance n'a pas approfondi son analyse sur toutes les causes de ses difficultés.

[227] Le fait que la saisine du cabinet Mazars ait été annoncée en janvier 2024 mais que le rapport n'ait jamais été présenté formellement au conseil d'administration, malgré sa finalisation en juillet, est de nature à interroger le fonctionnement du CA et le respect de ses attributions statutaires ainsi que le mode de management de la direction générale.

[228] Le procès-verbal du CA de janvier 2024 mentionne la saisine du cabinet Mazars, présentée comme un outil destiné à « *objectiver l'impact économique du protocole de* 2013 » et à « *évaluer les flux avec le CHU* ». Le directeur général du CHU souligne en séance les limites méthodologiques de la démarche sans que la gouvernance de Lenval en tienne compte.

[229] Le rapport a été achevé en juillet 2024 et transmis à la direction. Cependant, aucune séance plénière du CA — y compris celle du novembre 2024— n'a inscrit sa restitution à l'ordre du jour. Seul le bureau du CA et la commission d'audit financier auraient eu connaissance du rapport, sans trace écrite dans un procès-verbal.

[230] Interrogé par la mission sur les modalités de restitution du rapport Mazars, le directeur général de la Fondation a indiqué dans un mail en date du 10 octobre 2025 : *« Le rapport Mazars a été commandé par le Comité Audit Finances et une restitution lui a donc été faite par les auditeurs. Le Conseil d'Administration a été informé, lors de sa séance du 11 janvier 2024, du lancement de cet audit. Ses conclusions n'ont pas été présentées au Conseil d'Administration en raison des graves désaccords avec le CHU de Nice sur les volets juridiques, financiers et de conception du rôle de ses représentants dans les organes de gouvernance de notre Fondation. En effet, ce rapport d'experts ne manquera pas de constituer une pièce majeure de l'évaluation des préjudices subis par notre Fondation dans l'hypothèse d'une future procédure contentieuse. »* Dans un second mail en date du 17 octobre 2025, le directeur général indique : *« Le rapport Mazars a bien été évoqué au Conseil d'Administration, en Bureau du Conseil et au sein de la Commission Audit Finances dont le Président M. Jean-Marcel Giuliani, Administrateur de la Fondation et Expert-Comptable, nous lit en copie et pourra vous apporter toute précision nécessaire le cas échéant. Nous n'avons pas établi d'analyse détaillée des créations de postes sur la période mais les deux activités qui ont fait l'objet des créations les plus importantes via les financements reçus sont la pédopsychiatrie et les Urgences. Pour ce qui concerne les charges d'amortissement et provision que vous identifiez, il s'agit de notre point de vue des écritures comptables relatives aux Fonds dédiés qui permettent de suivre des enveloppes fléchées de financements obtenus par l'ESPIC mais non consommés sur l'exercice. »*

[231] S'il est bien exact que l'intervention du cabinet Mazars a bien été annoncée en CA du 11 janvier 2024 en point d'information, la mission note que ce choix procède d'une décision du directeur général faisant suite aux recommandations du comité Audit Finances et du commissaire aux comptes[52]. Le directeur général ne contredit pas le fait que le rapport n'a pas été inscrit à l'ordre du jour d'un CA plénier ni qu'aucune restitution n'en ait été faite par Mazars. En renvoyant vers la commission Audit-Finances, il déplace la responsabilité de la transparence. Il est étonnant que l'étude du cabinet Mazars puisse être annoncée en janvier 2024 et qu'il soit décidé de ne pas en partager les constats avec tous les membres du CA en raison des désaccords avec le CHU alors même que le rapport final comporte des éléments susceptibles de constituer des alertes sur les causes de la dégradation budgétaire de la Fondation.

[232] La formulation des réponses du directeur général de la Fondation tendrait à démontrer une volonté de minimiser la portée de ce défaut de transparence. Cela met en jeu les principes de gouvernance d'une fondation reconnue d'utilité publique (FRUP). Le CA étant l'organe délibérant, investi du pouvoir de déterminer la politique générale, d'approuver les comptes et de contrôler la gestion, la mission estime que cette étude externe aurait dû être formellement commandée sur mandat du CA avec un vote prévoyant sa restitution. Le directeur général a l'obligation d'information complète et loyale du conseil. Des administrateurs non informés peuvent être mis en difficulté, la collégialité du CA pouvant devenir formelle plus que réelle.

[233] Cette omission traduit une pratique de pilotage restreint, contraire aux principes de transparence et de responsabilité collective propres aux fondations reconnues d'utilité publique.

Des conséquences pour le management interne

[234] Un discours managérial fondé sur la mise en cause des responsables du CHU de Nice induisant un clivage interne peut avoir un effet mobilisateur sur le corps social interne par la désignation d'un « coupable » visible. En revanche, si cet argument est relativisé voire contredit par des analyses différentes, la direction générale de la Fondation prend le risque de reporter les possibilités de traitement au fond de la situation budgétaire et financière tant en termes de stratégie que de gestion.

[235] Cette orientation a présenté l'intérêt d'orienter les discussions « stratégiques » du CSE vers le sujet de la préservation de l'autonomie voire de l'existence de la Fondation. S'il est certain que les interventions extérieures ont joué un rôle de cristallisation des craintes et des positions, il n'en demeure pas moins que le conflit avec le CHU a permis à la direction générale de ne pas aller au-delà du constat de la dégradation budgétaire. Les projets d'EPRD 2024 et 2025 en portent la trace avec l'affichage d'une économie importante sur les charges de personnel procédant

[52] Extrait du PV du CA du 11 janvier 2024 *« Monsieur DUBOIS explique que, conformément aux recommandations du comité Audit Finances et de notre Commissaire aux Comptes, Monsieur Anis NASSIF présent ce jour, la priorité est au rétablissement des grands équilibres économiques de la Fondation LENVAL par la réduction des déficits de l'ESPIC HPNCL qui se sont aggravés ces dernières années. Le plan d'action repose sur le lancement d'un audit par le cabinet MAZARS sur 2 volets : L'estimation des pertes financières subies par la Fondation du fait de la non-réalisation des engagements de l'accord pris en 2013 : activités pédiatriques non transférées, fin du partage du déficit, non construction de la maternité. L'analyse du contenu et les justificatifs des facturations échangées via le GCS de Moyens. Le cabinet MAZARS dispose d'une expertise sur des établissements ESPIC, notamment ceux engagés dans des partenariats comme le nôtre avec des hôpitaux publics. »*

principalement d'une décision de ne plus rembourser certaines rémunérations médicales aux CHU.

[236] L'absence de partage des causes profondes de la dégradation budgétaire et financière de la Fondation, outre qu'elle retarde le moment d'une véritable mise à plat du projet de la Fondation, révèle une fragilité managériale au moins sur le plan de la méthode. Le choix de traiter les sujets du seul point de vue de la direction générale sans faire vivre le directoire ou sans créer les conditions d'un examen interprofessionnel de la situation a conduit à cliver le corps social : entre les « anti » et les « pro-CHU », entre médecins et non médecins, entre statut FEHAP et statuts publics des personnels. Ce choix managérial emportait le risque d'une radicalisation des points de vue, les acteurs les plus engagés dans la confrontation interne ne disposant d'ailleurs pas des éléments d'un diagnostic global sur les facteurs de non-performance de la Fondation et notamment de l'ESPIC.

3.1.2 Une rupture imposée sans adhésion du corps social, générant une perte de confiance

Un discours stratégique brouillé et une gouvernance crispée

[237] Depuis 2023, la direction générale a promu un discours de politique générale annonçant de nouvelles orientations — diversification des activités, partenariats avec des cliniques, ouverture vers la recherche et l'innovation — sans articulation claire avec le projet médical initial. Ce décalage entre ambitions stratégiques et besoins cliniques a généré un flou de positionnement pour les professionnels, nourrissant un sentiment de perte de sens collectif.

[238] Dans le même temps, la gouvernance s'est progressivement structurée selon une logique verticale. Les échanges institutionnels s'inscrivaient davantage dans des rapports de force que dans la co-construction. L'analyse documentaire met en évidence une tendance aux notes et mails descendants, traduisant un exercice de l'autorité plus normatif que participatif.

Deux enquêtes indépendantes, un même diagnostic de crise

[239] Entre juin et septembre 2025, deux démarches distinctes - l'étude AlterNego et l'enquête SOLEN conduite par la mission IGAS - ont analysé la situation sociale et managériale. Bien que différentes dans leur méthodologie, leurs conclusions convergent fortement, attestant d'une crise systémique du management et du climat social[53].

[240] L'étude AlterNego, commanditée par le CSE et validée en septembre 2025, décrit une organisation sous tension :

- 90 % des salariés restent attachés à leur mission auprès des enfants, mais expriment une forte perte de reconnaissance et un sentiment d'insécurité professionnelle ;
- la communication institutionnelle est jugée erratique, descendante et parfois contradictoire ;
- les clivages internes, notamment liés au partenariat avec le CHU, alimentent une culture de méfiance ;

[53] Cf. Annexe 4 : Synthèse du constat de deux études sur le climat professionnel, la gouvernance et les risques psychosociaux à la Fondation Lenval, op. cit.

- la régulation par les instances représentatives (CME, CSE, directoire) est jugée faible, renforçant l'isolement des équipes et la défiance envers la gouvernance.

[241] L'enquête SOLEN conduite sous le pilotage de l'IGAS précise certains constats :

- 70 % des répondants déclarent une anxiété forte au travail, 25 % des arrêts maladie y étant directement liés ;
- 55 % estiment ne pas recevoir de soutien hiérarchique et 25 % craignent une perte d'emploi ;
- plus d'un tiers des participants déclarent avoir subi des comportements stigmatisants (discrimination, dénigrement, agressions verbales) ;
- 90 % disent percevoir des collègues en grande difficulté, mais seulement 2 % mentionnent un soutien institutionnel concret ;
- les scores attribués à la gouvernance sont inférieurs à 3/10 en matière de réactivité, de cohérence décisionnelle et de qualité du dialogue.

[242] Toutes deux convergent vers le constat d'une rupture de confiance durable entre la gouvernance et le corps professionnel.

Facteurs déterminants et effets cumulatifs

[243] Les travaux et les entretiens conduits par le cabinet d'audit et la mission identifient plusieurs causes structurelles parmi lesquelles un climat d'opacité stratégique, nourri par des annonces perçues comme déconnectées du projet médical et des besoins cliniques mais aussi des tensions hiérarchiques persistantes, marquées par des comportements peu amènes et une verticalité du management. En miroir, il ressort de plusieurs documents et auditions un isolement professionnel croissant de certains salariés, accentué par le faible recours à la médecine du travail et la faible visibilité des dispositifs de prévention des risques psychosociaux. Enfin, une fragmentation institutionnelle est liée à la coexistence de statuts multiples (FEHAP, agents publics du CHU, hospitalo-universitaires), vécue comme une source d'inégalités et de cloisonnement fonctionnel.

[244] Ces facteurs conjugués produisent des effets cumulatifs sur le plan social, avec la hausse des arrêts maladie, le repli des collectifs de travail et la polarisation entre partisans et opposants à la coopération avec le CHU. Sur le volet clinique, des médecins en tension avec la direction ou avec une partie de la CME évoquent spontanément des phases d'une anxiété, une surcharge cognitive et une désorganisation du travail. Le fonctionnement institutionnel est également porteur de risques avec un affaiblissement du dialogue interne, une multiplication des contentieux mais aussi une perte de confiance dans la gouvernance.

3.1.3 De l'action fondée sur le contrôle à l'action précontentieuse, signaux de l'absence de méthode managériale

[245] Pour la période 2023-2025, l'action managériale est guidée par la réaction plutôt que la méthode. La gouvernance (présidences successives du CA, direction) a privilégié le contrôle et la surveillance de l'activité des acteurs internes (médecins, cadres, partenaires) notamment sur le sujet du temps de travail effectif au détriment d'une approche d'un pilotage partagé et anticipé.

[246] Les décisions majeures (réorganisations, nominations, audits) apparaissent défensives et ponctuelles, non intégrées à une stratégie de management des ressources et des risques. L'absence de cadre méthodique préalable (plan de management, charte de gouvernance, calendrier de concertation) a conduit à une succession d'initiatives non coordonnées, souvent motivées par des tensions interpersonnelles ou institutionnelles.

[247] Des audits (Mazars, Grant Thornton) ont parfois servi d'outils de validation des positions de la gouvernance, sans qu'une exploitation collective et constructive de leurs enseignements soit assurée. La multiplication des saisines juridiques ou l'invocation publique ou privée de procédures envisagées (délit d'entrave, mise à pied) devant des médecins traduit une tendance à la judiciarisation du management, substituant le contentieux à la médiation ou à la négociation interne.

[248] Le registre disciplinaire ou de contrôle tend à remplacer la régulation managériale ordinaire (évaluation, dialogue, accompagnement). Les alertes formelles (CSE, CME, syndicats, EIGS) ont peiné à donner lieu à des traitements méthodiques et participatifs, voire ont rencontré une forme d'inertie (audit RPS décidé plusieurs mois après les alertes) et engendré des incompréhensions majeures (RMM en présence de la direction puis avec son exclusion brutale à l'initiative d'un médecin, EIG qualifié de « pédagogique » mais en réalité stigmatisant pour un cadre de santé et une équipe).

[249] Cette absence de « boucle de rétroaction » traduit le défaut de méthodologie managériale fondée sur l'amélioration continue. Le climat de défiance a renforcé les postures d'opposition, alimentant un cycle de contrôle–réaction–contentieux sans espace de résolution.

[250] Les cadres de référence partagés (procédures internes, cartographie des risques, indicateurs de suivi RH, qualité ou médico-économiques) sont faibles et reposent sur des narratifs manquant de précisions ou très maladroits (« insuffisance d'activités, manque de travail des médecins et notamment de ceux du CHU »).

[251] Les désaccords de gestion ou de gouvernance débouchent rapidement sur des recours externes (courriers ARS, avocats). Ce recours systématique au droit traduit l'incapacité à traiter les désaccords en amont par une méthode de gestion des conflits ou de médiation interne. La situation a entraîné une désorganisation fonctionnelle : gel des projets, épuisement des équipes, perte de confiance des partenaires publics. La relation hiérarchique et fonctionnelle n'assure plus la régulation des tensions. L'absence de méthode empêche l'apprentissage en commun et favorise la fragmentation du corps social avec des replis soit sur le service, le statut et les opinions. L'absence de méthode rend la gouvernance perméable aux influences externes (voir supra : pression médiatique, interventions politiques, tensions CHU–Fondation).

[252] Cette évolution met sous tension la « gouvernance clinique », en affaiblissant les liens entre la direction, la CME et les responsables médicaux.

Faits observables

- Mise en place précipitée de dispositifs de pointage pour le personnel non médical
- Projet de suivi du temps médical (tableaux horaires, tableaux Excel) sans validation CME ni concertation préalable avec les chefs de service
- Recours à des vérifications rétrospectives des plannings via l'analyse des connexions au dossier patient informatisé confiée à une société extérieure, démarche nourrissant un climat de suspicion
- Interrogation publique puis mise en cause des modalités d'exercice de l'activité libérale des praticiens hospitaliers mis à disposition par courrier sans cadre de méthode ni avec les intéressés ni avec leur employeur d'origine (CHU)
- Mise en difficulté des compétences de l'encadrement de santé alors que la direction a mis en place sans préparation préalable une annualisation du temps de travail ayant des répercussions sur leurs modalités de management

[253] Une telle approche traduit le passage d'un management par la confiance à un management par la contrainte, en rupture avec les principes de co-construction médicale. Au lieu d'un outil de pilotage du temps médical (identification des besoins, mutualisation, planification des gardes), le contrôle devient un instrument disciplinaire. Les désaccords n'ont pas été traités dans un cadre de régulation interne (CME, réunions de coordination) mais ont dérivé vers des mises en cause.

[254] Le contrôle du temps soignant, sans être appuyé par une méthode de gestion des effectifs et des remplacements, a été perçu comme un vecteur de défiance et de démobilisation que le diagnostic RPS réalisé à l'été 2025 a mis en évidence. L'absence d'implication de la chaîne managériale au moment du passage du temps de travail annualisé a limité la circulation des informations et fragilisé la direction des soins pendant de longs mois. L'énergie de la DRH s'est concentrée sur la gestion des conséquences d'un changement rapide au détriment de l'amélioration du pilotage partagé du temps médical et soignant (refonte des cycles, équilibre charge/ressources, attractivité).

[255] De la même façon, le contrôle du temps médical et soignant, n'a pas été intégré à un projet collectif de performance et de qualité de vie au travail. C'est un marqueur institutionnel d'absence de méthode sans diagnostic partagé, sans objectifs clairs ni mécanisme de correction concerté.

[256] En les isolant d'une approche managériale structurée, le pilotage a été perçu comme une contrainte et est devenu le symptôme d'une gouvernance dans laquelle la fonction RH et la direction médicale ne coopèrent plus. Cette dérive s'est auto-entretenue. Plus le contrôle se renforce, plus la confiance s'érode, et plus le conflit s'installe.

Des facteurs aggravants documentés

[257] Un acte fort et inédit a marqué la période avec la **sommation interpellative** contre le vice-président de la CME, également chef de service et membre du CSE, au printemps 2025. Cet acte,

exceptionnel dans le champ hospitalier, a été perçu comme une atteinte à l'indépendance professionnelle et à la collégialité, introduisant une dimension de judiciarisation dans les relations de travail et renforçant la solidarité au sein de la communauté médicale.

[258] Cette **sommation interpellative**, adressée par la direction au début de l'été 2025, a constitué un point de bascule dans la crise. Elle a **cristallisé les tensions internes** et **déclenché une série de réactions institutionnelles, judiciaires et médiatiques** qui ont amplifié la portée du conflit (voir développement *supra*).

[259] **Les principales conséquences observées sont les suivantes :**

- **le** signalement collectif de 89 praticiens au titre de l'article 40 du Code de procédure pénale, marquant une perte de confiance dans la gouvernance ;
- **l'**ouverture d'une instruction préliminaire par le procureur de la République, assortie **d'**auditions dès juillet 2025 ;
- la publication d'un **communiqué de soutien** émanant des médecins du CHU de Nice ;
- une **médiatisation importante**, se traduisant par des communiqués de presse syndicaux, des prises de position divergentes au sein d'une même centrale, ainsi que par plusieurs **manifestations et mouvements de grève** ;
- enfin, une **alerte nationale émise par la Société française de pédiatrie**, soulignant les risques encourus par les enfants dans ce contexte de désorganisation.

[260] Cette initiative n'aurait pu se comprendre qu'après l'échec d'une régulation interne à la Fondation. Elle illustre une vision réactive sans analyse de sa portée culturelle et sociale, démontrant que la gouvernance s'est focalisée sur une logique de conflit contre des adversaires et non des partenaires.

[261] Ce conflit a supplanté d'autres enjeux pourtant prioritaires. La direction générale de l'établissement comme la CME n'ont pas promu un pilotage par les risques pouvant sécuriser l'exercice des professionnels.

3.2 Un pilotage institutionnel des risques insuffisamment structuré limitant la sécurisation de l'exercice des professionnels

3.2.1 Qualité et sécurité des soins : un pilotage fragile et faiblement coordonné, un point de défiance entre direction générale de la Fondation et CME de l'ESPIC

[262] L'examen conduit par la mission ne remet pas en cause la sincérité et la réalité de l'implication au quotidien des équipes de la Fondation Lenval. Les analyses menées visent non pas à apprécier les pratiques cliniques en tant que telles, mais à évaluer la robustesse du dispositif institutionnel de gestion des risques, la capacité de pilotage et de prévention, ainsi que la couverture des risques auxquels l'établissement est structurellement exposé. Or les éléments recueillis montrent que si des composantes formelles existent avec une direction qualité identifiée, des démarches de certification conduites, l'existence de protocoles internes, leur

articulation demeure fragile, incomplète ou insuffisamment coordonnée. Les événements graves identifiés ces dernières années traduisent l'absence d'un pilotage intégré et concerté.

[263] En termes de profil de risques, l'ESPIC présente des caractéristiques contrastées. Établissement de proximité ouvert à l'implication positive des parents avec un service des urgences modernisé et un dispositif d'hospitalisation en aval bien identifié, il est exposé aux conséquences des pics d'activité et de son positionnement de service ultime en cas d'absence de réponse pédiatrique dans le reste du département des Alpes-Maritimes, notamment hors service normal de jour.

[264] Les EIGS connus de l'ARS, parce que déclarés par la Fondation ou le CHU, se concentrent sur les soins critiques pédiatriques (urgences, réanimation, néonatologie) avec des retards de transport, des décès survenus à domicile ou en cours de transfert, et des parcours critiques désorganisés. Plusieurs EIGS mettent en évidence des arbitrages capacitaires non formalisés (ex. oncohématologie vs réanimation), des orientations hors territoire faute d'organisation locale stabilisée, et des parcours heurtés (admissions successives, délais). Ces cas traduisent des filières non standardisées et un pilotage capacitaire fragmenté.

[265] Le sujet du traitement des événements indésirables graves associés aux soins est un facteur de tension managériale compte tenu des rapports de méfiance existants entre plusieurs acteurs. Il est aussi récurrent depuis plusieurs années car les facteurs de risques sont insuffisamment réglés quand les causes structurelles demeurent.

[266] Cette situation s'illustre parfois par des échanges épistolaires entre l'ARS PACA et la direction générale de la Fondation Lenval (janvier–février 2024) tendant à questionner la conscience des risques au sein de la gouvernance. Cet échange apporte ainsi une documentation directe sur les griefs de l'ARS (faible réactivité, sous-déclaration, non-respect du délai légal de trois mois pour signaler un EIGS grave) et sur la position défensive de la Fondation Lenval, contestant la qualification d'EIGS et rejetant tout lien de causalité avec sa propre prise en charge. la Fondation tend à « rationaliser » les événements graves plutôt qu'à en tirer un apprentissage collectif.[54]

[267] Sans aller jusqu'à le qualifier de rupture de confiance entre régulateur et établissement sur la question de la gestion des risques, la mission tient à souligner que la survenue de nombreux EIGS a conduit la mission de médiation interrégionale mandatée par l'ARS en mars 2024 au sujet des tensions entre CME et direction générale à faire de ce sujet un thème prioritaire à traiter pour surmonter le conflit managérial survenu au tournant des années 2023 et 2024.

[268] Malgré la lettre du directeur général par intérim de l'ARS en date du 11 juin 2024, demandant expressément aux directions générales de la Fondation et du CHU ainsi qu'aux présidents de CME de ces deux établissements, de formuler des propositions d'améliorations sur la base d'un pilotage partagé du management de la qualité et de la sécurité des soins, force est de constater que le rythme d'amélioration de la situation est très lent et que les rapports de force entre les gouvernances de ces deux institutions a pris le pas sur la résolution des problèmes concrets de prise en charge.

[54] Dans un dossier EIGS (enfant greffée hépatique), la réponse institutionnelle conteste la qualification d'EIGS, déplace la causalité vers des tiers et n'annonce ni RMM ni auto-analyse ; c'est en décalage avec les objectifs du dispositif EIGS (apprentissage collectif) et avec les engagements qualité affichés par l'ESPIC.

[269] Cet écart avec ce qui serait attendu de deux établissements hospitalo-universitaires revendiquant une position de référence dans l'offre de soins s'inscrit dans une faible culture du signalement avec 13 EIGS déclarés en 5 ans (soit moins de 3/an). Ce chiffre est bas pour un hôpital pédiatrique réalisant des activités d'urgences, des activités chirurgicales et de réanimation. En comparant les 13 EIGS déclarés sur 5 ans à une activité estimée à 14 000–16 000 séjours/an pour le seul ESPIC, le taux de déclaration pourrait être d'environ 2 EIGS pour 10 000 séjours

Les événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) : l'enquête nationale ENEIS 3 (DREES, 2019), une étude de portée générale, des enseignements pour la conduite de la politique d'amélioration de la sécurité des soins

L'**enquête nationale sur les événements indésirables associés aux soins (ENEIS 3),** de la **Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)** et publiée en **2019**, fournit une estimation de la fréquence et de la nature des événements indésirables graves (EIG) dans les établissements de santé français. Elle a concerné toutes les activités, dont 6 unités de pédiatrie.

Selon cette étude, les **EIG sont survenus dans 2,6 % des séjours hospitaliers,** dont **1,1 % d'événements considérés comme évitables**. Les **principaux facteurs contributifs** relèvent de **défaillances organisationnelles, de communication, ou de coordination des acteurs du soin**, plus que de fautes individuelles. L'enquête souligne l'importance d'une **culture de sécurité partagée**, fondée sur le **signalement, l'analyse systémique des causes** et la **prévention des récurrences**. Ces enseignements confirment que la survenue d'EIGS constitue un **enjeu de gouvernance clinique et managériale**, impliquant l'ensemble des professionnels et directions d'établissement.

Source : DREES, **Études et Résultats n° 1135**, novembre 2019, « Les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé : résultats de l'enquête nationale ENEIS 3 ».

[270] En appliquant le taux de 2,6 % d'événements indésirables graves (EIG) observé au niveau national à l'activité annuelle moyenne de la Fondation (environ 16 000 séjours), on obtiendrait un ordre de grandeur d'environ 416 EIG potentiels par an. Ce volume est théorique car, dans l'étude ENEIS, il n'y avait pas d'incidence rapportée pour les 6 unités de pédiatrie de l'échantillon. Pour autant, bien que cette estimation puisse sembler élevé pour un établissement à dominante pédiatrique dont la majorité des prises en charge relève de la proximité, une sous-déclaration n'est pas exclue notamment en raison des difficultés de dialogue médico-administratif dans l'établissement. en particulier lorsque les événements concernent des organisations de soins complexes et multidisciplinaires.

[271] Au vu des éléments recueillis pas la mission, la Fondation Lenval ne semble pas en mesure de détecter ni déclarer la majorité des événements graves susceptibles d'affecter la sécurité des soins. Elle l'est d'autant moins que s'est installée au cours de l'année 2024 une défiance mutuelle manifeste entre direction générale et présidence de CME (présidente et vice-président).

[272] Chaque partie prenante interne vivant dans la crainte d'une instrumentalisation des EIGS, des conclusions des réunions de morbi mortalité (RMM) ou des retours d'expérience (RETEX), les réunions d'analyse s'en sont trouvées compliquées, voire ont été l'objet au premier semestre 2025

de remises en cause du dialogue entre direction et une partie du corps médical. La CME n'apparaît pas pleinement mobilisée sur les procédures, certaines étant en attente de validation depuis plusieurs mois selon les remontées reçues. Cette situation est aggravée par l'arrêt des réunions de la CME depuis plusieurs mois, limitant la possibilité de suivi et de coordination par la direction qualité de la Fondation.

[273] Par ailleurs, si le phénomène de sous-déclaration est généralisé dans tous les établissements, il n'en demeure pas moins que l'organisation de la pédiatrie niçoise universitaire relevant de deux institutions devait requérir une veille spécifique et approfondie des signaux de dysfonctionnements de la prise en charge. Les fragilités de la continuité fonctionnelle entre les plateaux techniques du CHU et celui de l'ESPIC[55] majorent les risques que peuvent présenter les cas d'enfants aux pathologies complexes. La paralysie managériale du GCS et son défaut de conception dans son architecture de décision engendrent ici une défaillance systémique rendant plus complexe la résolution des problèmes. Ces constats soulignent qu'il eut été impératif d'au minimum actualiser le cadre du GCS et cela dès la survenue des EIGS impliquant au moins les deux établissements sans chercher à rejeter la responsabilité sur l'autre.

[274] L'absence de résolution des problèmes depuis plusieurs années et malgré les travaux conduits à la demande de l'ARS au premier semestre 2022 puis au second semestre 2024 est susceptible d'entraîner des conflits d'objectifs et de valeurs, engendrant par eux-mêmes des risques psychosociaux (RPS) élevés dans un contexte de tensions inter-institutionnelles croissantes, de perte de confiance d'une partie de la communauté médicale, fragilisant la rétention des compétences et la sécurité des prises en charge.

[275] En considérant le constat d'une absence de veille et surveillance de ce sujet au niveau du CA de la Fondation, ce ne sont plus des incidents isolés qui sont à considérer, mais une structuration des activités les plus à risques et un modèle de gouvernance inadapté qui génère de manière répétée des défaillances de sécurité. Les défaillances devraient être replacées dans un cadre théorique connu – celui des erreurs systémiques dans les organisations fragmentées – et non plus seulement dans une perspective administrative ou contentieuse.

[276] En conclusion, si l'ESPIC dispose de composants formels de politique qualité, la mise en œuvre demeure hétérogène et peu intégrée avec le CHU sur les parcours critiques. Les signaux d'alerte se répètent sans correction structurelle démontrée. Le pilotage inter-établissements est inopérant (GCS), la culture déclarative est fragile et l'analyse systémique des EIGS est insuffisamment tracée et partagée. L'examen de la situation met en évidence la nécessité d'une refondation structurelle du projet médical de la pédiatrie niçoise et de la politique qualité et de gestion des risques notamment au regard des facteurs d'atténuation des risques ayant le plus d'impact sur la sécurisation des parcours pédiatriques complexes.

[277] Les constats recueillis par la mission confirment que, malgré les fortes tensions internes et les difficultés organisationnelles documentées, les professionnels de Lenval et du CHU ont fait preuve d'un engagement remarquable et constant dans leur mission auprès des enfants. L'ensemble des auditions, questionnaires et observations réalisées montre un attachement

[55] *La dispersion des sites (Lenval/L'Archet) peut engendrer des retards d'accès au bloc/plateaux techniques, une multiplication de transports inter-sites, y compris patients instables ; des interfaces professionnelles dégradées (délais pour les avis spécialisés, délais d'explorations, interopérabilité des systèmes d'information déficiente).*

profond à la qualité des soins, à la continuité des parcours de prise en charge et à la sécurité des patients.

[278] Il apparaît clairement que les difficultés relevées sont d'ordre organisationnel, et non liées aux compétences ou à l'engagement des professionnels. Certains ont indiqué à la mission que les doutes exprimés sur la qualité et la sécurité des soins, relayés par la presse locale dans un contexte de fortes tensions internes — alors même que Lenval est une institution reconnue — avaient été vécus comme des blessures professionnelles.

[279] Mais la production entravée du projet médical retarde la résolution concrète des questions de qualité et de sécurité des soins.

3.2.2 Un projet médical inabouti, source de retard dans la résolution des enjeux de qualité et de sécurité des soins

[280] Alors qu'un projet médical commun était identifié dès mars 2022 comme levier majeur de sécurisation des prises en charge dans le cadre de la démarche lancée fin 2021 par les deux directions sous l'impulsion de l'ARS et l'appui de la société Opus Line, et malgré une présentation d'étape en juin 2022, de multiples tentatives de propositions de structurations n'ont toujours pas été mises en œuvre.[56]

[281] En effet, dès 2022, les deux établissements avaient, à l'issue de travaux collectifs et mixtes associant des professionnels des deux institutions, élaboré conjointement des orientations médicales destinées à être soumises à leurs instances délibérantes respectives. Ces orientations portaient notamment sur les axes suivants : adossement au plateau technique adulte pour certaines activités, harmonisation des filières, et mise en œuvre d'actions immédiates sur plusieurs points critiques (transports, accès au bloc opératoire, SMUR pédiatrique, parcours en néphrologie et en hématologie). Ce projet visait à mettre fin aux transferts inter-sites chronophages et à risque, à sécuriser les soins critiques (réanimation néonatale et pédiatrique, urgences, oncohématologie) et à instaurer des protocoles communs.

[282] L'absence de production effective du projet médical a donc laissé en suspens ces leviers structurants. Les dispositifs transitoires (équipe mobile néonatale, accès au bloc Archet, rationalisation des transports) n'ont pas été mis en œuvre ou trop partiellement, entretenant des chaînes de décision complexes et des zones de flou organisationnel.

[283] Les effets identifiés sont directement liés à l'absence de stabilisation du projet médical commun :

- Parcours patients complexes avec transferts de nouveau-nés ou d'enfants immunodéprimés entre Lenval et l'Archet, souvent sans filière codifiée ;
- Fragmentation des équipes médicales (statuts FEHAP / FPH / HU) entraînant des pratiques hétérogènes et un déficit de pilotage clinique unifié ;

[56] *L'analyse est fondée sur l'examen de quatre documents : Projet commun de prise en charge de la femme, de la mère et de l'enfant (2022), Projet de pédiatrie du CHU de Nice (2024), Propositions d'orientations stratégiques de la Fondation Lenval 2026-2030 et le dossier de « médiation régionale » (ARS, 2024).*

- Difficulté d'accès aux plateaux techniques adultes (IRM 24/24, radiologie interventionnelle, pharmacie hospitalière), freinant la qualité et la continuité des soins pour les adolescents et jeunes adultes.
- Pertes de temps et démobilisation des professionnels, aggravant les risques d'erreurs et la fatigue organisationnelle.

[284] Ces constats sont repris tant par la médiation régionale ARS 2024, que par le projet pédiatrie du CHU et dans le document stratégique Lenval 2025, qui reconnaît le « *retard préjudiciable depuis 2013* » pour la sécurité et la fluidité des parcours. Un blocage institutionnel empêche la mise en place d'améliorations concrètes et structurelles. La divergence entre les projets promus par les deux institutions porte d'une part sur la revendication du regroupement pédiatrique au CHU (Archet 2) pour le CHU de Nice et d'autre part sur le centre intégré sur le site de Lenval pour la Fondation. Elle s'est traduite par une mise en échec des instances de concertation (commissions mixtes, CME, groupes de travail médicaux).

[285] Une forme de « jusqu'au boutisme » des positions a eu pour conséquences la non-définition des protocoles communs de transferts et de continuité de soins (ex. onc-hémato, dialyse, chirurgie néonatale) pourtant identifiés comme prioritaires dès 2022, l'absence de plan d'action partagé sur les risques graves signalés (transport, SMUR pédiatrique, coordination ville-hôpital), l'impossibilité pour l'ARS de valider un plan de sécurisation opérationnel en l'absence d'un document médical co-signé. La mission de médiation de 2024 a d'ailleurs acté que « *les engagements des deux parties à définir des actions communes n'ont pas été suivis d'effets* », le retrait de Lenval des réunions transitoires et la défiance réciproque entre directions maintenant les fragilités initiales.

[286] L'absence de projet médical consolidé entre les deux institutions ne contribue pas à une prévention solide des risques d'événements indésirables graves (EIG) dans les filières interdépendante (oncohématologie, néphro-pédiatrie, chirurgie néonatale). En effet, l'absence de référentiel interinstitutionnel de qualité, des pertes d'attractivité des postes pour les professionnels HU et paramédicaux, sont de nature à compromettre la stabilité des équipes de recours. La fragmentation des bases de données patients et des outils qualité-gestion des risques, nuit à une surveillance agrégée des indicateurs de sécurité (EIGS, infections, délais transferts).

[287] De surcroît, bien que les deux établissements disposent d'un dossier patient informatisé similaire, développé par le même éditeur[57] et ne présentant a priori aucun obstacle technique majeur à l'interopérabilité, ils demeurent non communicants, les avancées en termes de programme de résolutions de problèmes étant trop récentes pour être évaluables par la mission.

[288] Le défaut de pilotage médico-institutionnel commun entretient donc un risque systémique, chaque établissement appliquant ses propres procédures et priorités, sans alignement ni audit croisé.

[289] Le retard de production du projet médical commun n'est pas un simple décalage administratif mais un facteur aggravant de risque pour les patients et les professionnels. La juxtaposition de deux narratifs stratégiques perpétue la confusion, détourne les ressources d'analyse clinique et empêche la gouvernance qualité commune exigée par l'ARS et les

[57] *L'éditeur Agfa HealthCare, devenu Dedalus, développe notamment le DPI ORBIS déployé dans de nombreux établissements hospitaliers.*

référentiels HAS. L'absence de production effective et partagée du projet médical commun depuis 2022 constitue un manquement majeur de gouvernance médico-soignante dont la responsabilité est partagée entre les deux gouvernances. La direction générale de la Fondation comme celle du CHU en période d'intérim portent ici une responsabilité particulière en n'ayant pas donné suite aux travaux de 2022. Les gouvernances du CHU et la Fondation ont œuvré sans méthode commune tant pour traiter les sujets de gestion que ceux relevant de la structuration médicale. Une démarche qualité gestion des risques commune aurait dû constituer le socle minimal de fonctionnement et cela dès 2014. Cette situation a retardé la convergence des pratiques et prolongé les vulnérabilités identifiées dans les filières critiques, et compromet la mise en place d'un dispositif qualité-sécurité intégré sur le territoire niçois.

4 Des leviers de sortie de crise à mobiliser nécessitant une méthode et un calendrier concertés

[290] La mission identifie trois niveaux d'action complémentaires pour assurer la sortie de crise, la sécurisation des activités de soins et la refondation durable de la coopération entre la Fondation Lenval et le CHU de Nice. Ces axes s'articulent selon une logique progressive : stabiliser immédiatement le pilotage de l'ESPIC, structurer la coopération opérationnelle puis transformer durablement la gouvernance et le projet institutionnel de la Fondation. Ils reposent sur un principe central : la nécessité d'un accord de méthode clair, engageant l'ensemble des parties prenantes, avec des objectifs mesurables, un calendrier précis et une supervision externe. La mission souligne que sans cette articulation méthodique, les mesures ponctuelles risquent de rester inefficaces et de ne pas créer les nouvelles conditions d'un rétablissement durable.

4.1 Sécuriser le pilotage et le management de transition

[291] La première étape vise à éviter toute aggravation de la crise, clarifier les responsabilités et rétablir un cadre décisionnel lisible. Les départs récents du directeur général (17 octobre 2025) et de la directrice des ressources humaines (30 septembre 2025), bien que significatifs, traduisent une perte de confiance systémique et ont été interprétés abusivement par certains acteurs comme des victoires ponctuelles.

[292] La nomination de l'ancienne directrice déléguée de l'ESPIC comme DG par intérim garantit la continuité opérationnelle, mais doit s'inscrire dans un cadre de gouvernance rénové, afin d'éviter la reconduction de modes de fonctionnement antérieurs et permettre une remise à plat effective, en particulier sur la gestion des flux CHU–Lenval, la régulation des activités médicales et l'articulation des filières critiques.

[293] Pour assurer l'efficacité du management de transition, à distinguer de l'intérim, il sera nécessaire de formaliser une lettre de mission précisant les objectifs prioritaires à savoir la stabilisation de la fonction de directeur des ressources humaines (DRH), l'apaisement social, la relance du projet médical, la restauration du dialogue CHU–Lenval. En termes de durée, il faudrait limiter la mission à 6–12 mois, non renouvelable sauf validation exceptionnelle par l'ARS. Concernant la gestion de projet, la mise en place d'un suivi régulier vers le CA, l'ARS serait

indispensable en associant une représentation de la CME, incluant restitution mensuelle des indicateurs de pilotage et suivi des actions correctives.

[294] La Fondation comme le CHU pourront s'appuyer sur l'administrateur judiciaire du GCS pour structurer un suivi consolidé et objectivé des finances, des flux CHU–Lenval et de l'organisation médico-RH, établissant un socle factuel partagé et sécurisant la prise de décision.

[295] La restauration des espaces internes de dialogue et de concertation constitue un levier indispensable. Il est recommandé de :

- Structurer le suivi des instances consultatives (CSE, CME, directoire, CSSCT).
- Instaurer un plan RPS 2025–2026 intégrant les enseignements du diagnostic externe, un dispositif de signalement sécurisé et un suivi trimestriel présenté au CSE et à la CME.
- Assurer une communication transparente auprès des équipes, clarifiant les responsabilités et prévenant la dégradation du climat social.

Recommandation n°1 Instaurer sans délai un management de transition formalisé et co-piloté pour sécuriser le pilotage de l'ESPIC.

Recommandation n°2 Réactiver et structurer les espaces internes de dialogue et de concertation.

Recommandation n°3 Mettre en œuvre un plan de prévention des risques psychosociaux pour renforcer le bien-être des équipes.

4.1.1 Clarifier le cadre de gouvernance de la Fondation

[296] La Fondation Lenval, en tant que FRUP, ne relève pas de la tutelle directe de l'État. L'ARS et le préfet peuvent toutefois encadrer la gouvernance à travers un accord de méthode, formalisé par délibération du CA et co-signé par les partenaires institutionnels. Cet accord définirait les règles de pilotage de la transition, les responsabilités et les engagements de chacun, tout en respectant l'autonomie juridique du conseil d'administration.

[297] Le préfet, en qualité de commissaire du gouvernement, joue un rôle clé de suivi de la mise en œuvre du plan de transition. La DG intérimaire doit exercer une autorité claire, évaluée sur la base des objectifs de sortie de crise et des indicateurs de performance (stabilité RH, apaisement social, suivi des flux CHU–Lenval). La mise en place d'un comité de pilotage de transition (CPT), réunissant CA, CME, CSE, ARS et DG intérimaire, est recommandée pour structurer et coordonner cette supervision. L'intervention d'un tiers neutre (cabinet de gouvernance ou médiateur senior) est essentielle pour faciliter la médiation et clarifier les responsabilités.

[298] Si les travaux de l'administrateur judiciaire confirment la pertinence du GCS, son maintien pourra être envisagé. Toutefois, rien n'empêche d'inscrire la coopération dans une logique davantage fondée sur des relations de mise à disposition, permettant d'adapter les modalités de partenariat aux besoins actuels et aux objectifs partagés. Dans ce cadre, la place du CHU au sein du conseil d'administration de la Fondation pourra être réévaluée afin d'assurer une représentation cohérente avec le modèle retenu et une gouvernance pleinement alignée sur l'avenir que les parties souhaiteront éventuellement construire ensemble.

[299] L'objectif est de garantir une séparation claire mais complémentaire des responsabilités entre les acteurs, tout en préservant les dimensions hospitalo-universitaires. Celles-ci pourront être sécurisées par des conventions dédiées avec l'Université Côte d'Azur et le CHU, couvrant l'accueil des internes, la formation et la recherche, dans une logique de mise à disposition adaptée au partenariat choisi. Ce dispositif permettra de maintenir les missions universitaires sans pour autant recréer une gouvernance décisionnelle parallèle du CHU au sein de la Fondation.

[300] Selon la volonté des parties, il conviendra de clarifier la coopération renforcée, en distinguant la représentation statutaire du CHU au sein du conseil d'administration de la Fondation, assurée par son directeur général, de la pratique effective actuellement confiée à l'Université, en la personne du Doyen de la faculté de médecine. Il s'agira alors d'instaurer une collaboration claire, équilibrée et sécurisée, et, le cas échéant, de permettre au CHU de se retirer de la Fondation, en cohérence avec le modèle de coopération retenu.

[301] Le préfet, en sa qualité de commissaire du gouvernement, n'a pas vocation à devenir un acteur de pilotage opérationnel ni un arbitre des choix stratégiques internes. Son rôle consiste à veiller au respect du droit, à la conformité des délibérations et à la protection de l'intérêt général. La mission estime que, du fait du caractère d'utilité publique de la fondation, la présence du commissaire du gouvernement constitue un élément de régulation important dans sa gouvernance, et que la transparence sur les motivations de ses décisions contribue à la protection de l'intérêt public.

[302] La présence du CHU au conseil d'administration de la Fondation, historiquement issue d'une logique dite de partenariat né de la volonté partagée de construire ensemble une structure commune regroupant des activités des deux partenaires, s'est transformée dans le contexte récent en facteur de tension structurelle et en source d'ambiguïté institutionnelle. Ce projet commun initial n'ayant plus de réalité ni de perspectives, la logique actuelle devrait revenir sur les conditions qui ont initialement justifié la modification des statuts. Cette situation a en effet contribué à fragiliser la distinction entre gouvernance stratégique et partenariats opérationnels. Dans ce cadre, la mission considère que la révision de la composition du CA constitue une mesure nécessaire pour clarifier les responsabilités et prévenir les conflits d'intérêts.

4.1.2 Adopter un accord de méthode pour structurer la démarche de transformation de la gouvernance de la Fondation

[303] Une telle évolution ne saurait reposer sur une initiative unilatérale **au risque de dégrader les équilibres institutionnels existants, voire de maintenir les relations dans une ornière qu'il convient précisément de dépasser.** Elle doit au contraire s'inscrire dans un processus encadré, transparent et concerté, piloté méthodiquement sous l'égide de l'ARS. L'objectif n'est pas de rompre les relations entre la Fondation et le CHU, mais d'en assurer la stabilité en dissociant clairement le cadre de la coopération clinique et celui de la gouvernance institutionnelle. Des modalités alternatives de concertation garantiront la poursuite d'un dialogue structuré tout en assurant l'indépendance du conseil d'administration.

[304] Cette révision pourra, le cas échéant et selon un calendrier défini, conduire au retrait du représentant du CHU du conseil d'administration tout en prévoyant des modalités alternatives de concertation institutionnelle.

Calendrier de l'accord de méthode concernant
la clarification de la composition du CA de la Fondation Lenval et de ses statuts

Phase 1 (1 à 2 mois) : revue juridique des statuts et consultation externe

Phase 2 (2 à 4 mois) : élaboration des nouveaux statuts

Phase 3 (vote du CA) : adoption des statuts précisant la nouvelle composition

Phase 4 (validation préfectorale) : approbation réglementaire

[305] Par ailleurs, à l'issue de l'administration judiciaire du GCS, l'ARS et le préfet devront réunir les parties dans un délai de 30 jours afin d'établir un accord de méthode définissant les modalités, les étapes et le calendrier de la révision de la composition du CA de la Fondation Lenval. L'objectif est de prévenir les situations de conflit d'intérêts structurels. Sans cet accord, aucune modification statutaire ne pourra être engagée. L'accord de méthode devra prévoir un calendrier de mise en œuvre, séquencé et irréversible. L'état d'avancement de la modification statutaire sera inscrit systématiquement à l'ordre du jour des CA jusqu'à son aboutissement.

[306] Par ailleurs, les constats de la mission montrent que la Fondation Lenval ne dispose pas aujourd'hui d'un dispositif de pilotage intégré des risques permettant d'agréger, d'analyser et de documenter les risques psychosociaux, sanitaires, budgétaires, organisationnels et ceux tenant à la pérennité des activités de manière ordonnée. Chaque catégorie de risque est traitée de manière fragmentée, sans vision d'ensemble ni articulation systémique, ce qui limite la capacité de la gouvernance à anticiper les tensions, à en prévenir les effets cumulés et à prendre des décisions éclairées. La faiblesse de cette fonction transversale constitue une vulnérabilité majeure dans un établissement dont la complexité organisationnelle, la dépendance à des coopérations externes et l'exposition à des filières critiques exigent au contraire une maîtrise consolidée et documentée des facteurs de risques.

[307] Dans ce contexte, il apparaît indispensable que le conseil d'administration se dote d'un pilotage intégré, régulier et tracé, lui permettant d'exercer pleinement son rôle stratégique et d'assurer la robustesse institutionnelle de la Fondation. Cette recommandation s'inscrit dans les obligations légales existantes (gouvernance d'une FRUP, dispositions du code de la santé publique relatives à la sécurité des soins et à la maîtrise des risques) et doit être intégrée dans un accord de méthode sur l'évolution de la gouvernance de la Fondation.

Recommandation n°4 Rendre effectif l'exercice du rôle de commissaire du gouvernement par le Préfet qui ne doit pas être membre de collège mais utiliser son contrôle et son droit d'alerte, dans le respect de son positionnement institutionnel, afin de garantir la bonne application du droit, la lisibilité des responsabilités et l'équilibre de la gouvernance.

Recommandation n°5 Ajuster le maintien du GCS et les modalités de coopération entre le CHU et la Fondation en fonction des conclusions de l'administrateur judiciaire.

Recommandation n°6 Engager, sous l'égide de l'ARS et du Préfet de département et dans le cadre d'un accord de méthode, une révision de la composition du Conseil d'administration de la Fondation et de ses statuts visant à clarifier les responsabilités institutionnelles et à prévenir les situations de conflit d'intérêts structurel

Recommandation n°7 Doter le Conseil d'administration d'un dispositif intégré de pilotage des risques, comprenant une cartographie actualisée, des indicateurs consolidés, une revue trimestrielle formalisée et la documentation systématique des décisions prises au regard des risques identifiés.

4.2 Structurer la relance opérationnelle de la coopération

[308] Cette deuxième étape permet de sortir d'un fonctionnement bilatéral conflictuel et d'organiser les coopérations sur des bases transparentes et sécurisées. Elle repose sur :

- Clarification de la gouvernance opérationnelle via un accord de méthode tripartite (CA Fondation, CHU, ARS) ;
- Sécurisation immédiate des parcours critiques (soins intensifs, oncohématologie, chirurgie néonatale) ;

4.2.1 Redéfinir les relations CHU-Fondation dans un cadre contractuel structuré

[309] Les constats de la mission soulignent que la coopération entre le CHU et la Fondation repose historiquement sur des engagements instables et des modalités de travail peu coordonnées, ce qui a contribué à la persistance de tensions, à l'absence de référentiels partagés et à la faible effectivité des actions conjointes. Dans ces conditions, l'accord de méthode ne pourra produire ses effets que si les deux établissements s'engagent dans un cadre contraint, transparent et suivi, placé sous l'égide de l'ARS. Ce cadre doit garantir la symétrie des obligations, la lisibilité des responsabilités, et la mise en œuvre immédiate des actions correctives en cas de déviation. Le CHU de Nice, établissement support du GHT Alpes-Maritimes et partenaire historique de la Fondation, doit adopter une posture constructive pour contribuer à la restauration de la confiance et assurer la continuité des soins pédiatriques[58]. Il doit mobiliser ses instances internes et ses expertises (DRH, DAF, DSI, qualité, services techniques) pour garantir la cohérence des décisions et éviter toute contradiction entre discours institutionnels et pratiques de terrain.

[310] Le pilotage conjoint avec un binôme DG/président CME, la participation aux audits croisés et la mise à disposition temporaire d'expertises techniques et managériales sont essentiels. La suspension des décisions unilatérales pouvant fragiliser les équipes est également nécessaire. Cette coopération active contribuerait à sécuriser le partenariat et à stabiliser la gouvernance.

Recommandation n°8 Sécuriser l'engagement effectif du CHU dans l'accord de méthode en instituant, sous l'égide de l'ARS, un suivi partagé comprenant un calendrier impératif, un reporting mensuel conjoint et une revue trimestrielle contradictoire, permettant d'activer des mesures correctives en cas de retard

4.2.2 Sécuriser les parcours pédiatriques critiques

[311] Les filières à fort enjeu (complexe et sensible) nécessitent une attention immédiate. La création d'une cellule qualité-sécurité commune CHU–Lenval permettra de piloter un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS), d'harmoniser les procédures et

[58] *Ce point sur les coopérations territoriales sera développé dans le volet 2 du rapport.*

coordonner les actions correctrices. Le déploiement rapide des mesures transitoires identifiées depuis 2022 est indispensable pour assurer la continuité et la sécurité des parcours. La priorisation doit se concentrer sur :

- Les soins critiques et réanimation pédiatriques ;
- La coordination des transports SMUR et ambulances pédiatriques ;
- L'accès sécurisé aux blocs opératoires et examens lourds ;
- La stabilité des encadrants HU (professeurs, MCU-PH, CCA).

Recommandation n°9 Créer une cellule qualité-sécurité commune CHU–Lenval devant partager une cartographie des risques des parcours complexes, un plan d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité et une évaluation au moins annuelle de son impact.

Recommandation n°10 Déployer dans un délai de six mois les mesures transitoires de sécurisation clinique identifiées depuis 2022 et opérer sous l'égide de l'ARS une inspection approfondie des dispositifs de qualité et de sécurité des soins dans au troisième trimestre 2026 dont les résultats devront être communiqués à l'IGAS en vue d'une commission des suites.

4.3 Transformer la gouvernance et le projet institutionnel

[312] Cette dernière étape vise à éviter une rechute en consolidant la gouvernance de la Fondation[59] et en définissant un projet institutionnel, aligné sur les standards de bonne gouvernance et intégrant un pilotage opérationnel, transparent et mesurable. Les décisions doivent faire l'objet d'un reporting structuré et d'une traçabilité systématique.

[313] Une démarche de transparence sur la trajectoire budgétaire et financière et un audit pour restaurer des repères collectifs sont également nécessaires car le maintien des tendances installées depuis 3 à 5 ans serait une menace pour l'ESPIC et la fondation elle-même.

4.3.1 Renforcer la transparence et la lisibilité institutionnelle

[314] Un audit global et indépendant de la Fondation est nécessaire pour restaurer la confiance et objectiver les leviers d'équilibre structurel. Il doit couvrir les aspects organiques, financiers et de gestion du personnel médical, avec le soutien de tiers de confiance (CRC, commissaires aux comptes, experts hospitaliers ARS).

[315] Dans la mesure où la Fondation Lenval n'a pas fait l'objet d'un contrôle de la chambre régionale des comptes alors que d'autres fondations hospitalières ont été étudiées y compris en région PACA pour l'une d'elle, les tendances budgétaires et financière étant préoccupantes dans un contexte d'incertitude quant à sa stratégie, une saisine conjointe par le directeur général de l'ARS et le Préfet du département, commissaire du gouvernement, doit intervenir rapidement et dès le début de l'exercice 2026.

[59] Cf. Annexe 6 : Le concept de gouvernance, apports des normes internationales et intérêt d'une transposition pour une fondation hospitalière privée.

Recommandation n°11 Mandater un audit indépendant de la situation financière et organisationnelle de la Fondation, en passant par une saisine de la chambre régionale des comptes par le directeur général de l'ARS et le Préfet de département.

Recommandation n°12 Instaurer un dialogue de gestion mensuel entre l'ARS et la Fondation Lenval associant la direction générale, le président de la commission audit-finances, un représentant de la CME et un représentant du CSE de la Fondation Lenval afin d'assurer le partage des données médico-économiques et le suivi des actions de redressement budgétaire et financier comme des mesures de prévention des risques psycho-sociaux

4.3.2 Faire évoluer les pratiques de gouvernance

[316] Il est recommandé :

- De réviser la composition et le fonctionnement du CA et du directoire pour assurer représentativité, compétences équilibrées et continuité stratégique ;
- D'associer régulièrement les responsables médicaux et administratifs aux décisions stratégiques et opérationnelles ;
- De fusionner les deux versions existantes de la charte de gouvernance en un document unique, diffusé systématiquement et accompagné d'une formation de l'encadrement.

Recommandation n°13 Clarifier les rôles, délégations et périmètres de responsabilité du CA et du bureau et de la direction générale.

Recommandation n°14 Mettre en conformité les pratiques de gouvernance avec les standards de bonne gouvernance.

4.3.3 Stabiliser le management et définir un cap stratégique commun

[317] Le recrutement d'un DG externe, doté d'un mandat précis, est indispensable pour piloter la stratégie institutionnelle 2026–2030 : projet médical, politique RH, trajectoire budgétaire, transformation numérique, modernisation du management. La stratégie doit être formalisée dans un contrat d'objectifs et de moyens avec indicateurs de suivi pour un pilotage opérationnel et un contrôle régulier.

Recommandation n°15 Recruter une direction générale dotée d'un mandat clair.

Recommandation n°16 Élaborer une stratégie institutionnelle 2026–2030 alignant projet médical, politique RH, finances, transformation numérique et modernisation du management.

Les recommandations formulées par la mission constituent un ensemble cohérent et indissociable. Leur efficacité repose sur une mise en œuvre complète et rigoureuse. En cas de mise en œuvre partielle ou incomplète, chacun pour ce qui le concerne, il sera nécessaire de réexaminer la capacité de l'établissement à remplir pleinement ses missions d'intérêt général et à maintenir la confiance institutionnelle qui fonde sa reconnaissance officielle.

Mustapha Khennouf Thomas Le Ludec

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : Cartographie des activités de la Fondation dans les domaines sanitaire et médico-social

ANNEXE 2 : Portrait chiffré de l'ESPIC « Hôpitaux privés CHU-Lenval de Nice »

ANNEXE 3 : Carte des établissements de santé publics du GHT 06 et privés des Alpes- Maritimes

ANNEXE 4 : Synthèse du constat de deux études sur le climat professionnel, la gouvernance et les risques psychosociaux à la Fondation Lenval

ANNEXE 5 : Gouvernance des principales fondations hospitalières privées en France

ANNEXE 6 : Le concept de gouvernance, apports des normes internationales et intérêt d'une transposition pour une fondation hospitalière privée

ANNEXE 1 : Cartographie des activités de la Fondation dans les domaines sanitaire et médico-social

A — Activités sanitaires + GCS / Formation et recherche

[318] La Fondation Lenval, reconnue d'utilité publique depuis 1893, assure la gestion de l'ESPIC Hôpitaux Pédiatriques de Nice CHU-Lenval, ainsi que d'établissements médico-sociaux et d'un institut de formation.

- **Capacité hospitalière** : 292 lits et places, répartis entre médecine (52), chirurgie (38), psychiatrie (104) et hébergement (98)
- **Activité** : Environ 50 000 passages annuels aux urgences pédiatriques, représentant 52 % des séjours pédiatriques dans les Alpes-Maritimes
- **Effectifs** : Plus de 1 500 professionnels, dont moins de 8 % sont sous statut de la Fonction Publique Hospitalière, principalement des médecins
- **Groupement de Coopération Sanitaire (GCS)** : Créé en 2010, il permet une coopération renforcée avec le CHU de Nice, notamment pour l'articulation des autorisations et des filières pédiatriques
- **Formation et recherche** : L'Institut de Formation aux Métiers de l'Enfance et de l'Adolescence (IFMEA) propose des formations diplômantes et des actions de formation continue, avec un taux de réussite de 80 % pour la formation préparatoire aux concours d'entrée en IFSI et IFSI-AS

B — Activités médico-sociales

[319] La Fondation Lenval gère plusieurs établissements médico-sociaux dédiés à l'accompagnement d'enfants et de jeunes adultes en situation de handicap.

- **IME Bariquand-Alphand (Menton)** : Accueille 80 enfants et jeunes adultes en internat ou semi-internat
- **SESSAD Bariquand-Alphand** : Intervient auprès de 18 enfants âgés de 5 à 12 ans, tous scolarisés dans les écoles de la commune de Menton
- **CAMSP de l'hôpital Lenval** : Évalué niveau global B selon la Haute Autorité de Santé, il propose des soins aux enfants de moins de 6 ans
- **Équipe mobile Polyhandicap** : Intervient auprès d'enfants et d'adolescents présentant des troubles complexes

Tableau récapitulatif

Activité / Service	Lits / Places	Observations / Notes
SANITAIRE		
ESPIC Hôpitaux Pédiatriques de Nice CHU-Lenval		Établissement classé « Type CHU », intégré au service public hospitalier >1 500 professionnels
Médecine pédiatrique	52 lits	Soins hospitaliers généraux
Chirurgie pédiatrique	38 lits	Multi spécialités : urologie, viscéral, thoracique, oncologie, orthopédie, ORL, ophtalmologie, neurochirurgie
Psychiatrie pédiatrique	104 lits / places	Enfants et adolescents ; hospitalisation complète et partielle
Hébergement / hospitalisation	98 lits / places	Lits pour accompagnants inclus selon services
Réanimation pédiatrique	5 lits (réa) + 6 lits surveillance continue	Environ 600 patients/an, prise en charge néonatale et pédiatrique (hors chirurgie cardiaque)
Urgences pédiatriques	–	~50 000 passages/an, 52 % des séjours pédiatriques des Alpes-Maritimes
Formation et recherche (IFMEA, université)	–	Formation initiale et continue des professionnels de santé ; taux de réussite 80 % pour prépa IFSI/IFSI-AS
MEDICO-SOCIAL		
IME Bariquand-Alphand (Menton)	80 places	Internat et semi-internat, enfants et jeunes adultes en situation de handicap
SESSAD Bariquand-Alphand	18 places	Enfants de 5 à 12 ans, accompagnement à domicile et scolarisation
CAMSP de l'hôpital Lenval	–	Enfants <6 ans, dépistage et soins précoces ; niveau B HAS
Équipe mobile Polyhandicap	–	Intervention auprès d'enfants et adolescents présentant des troubles complexes

Source : Mission d'après « Rapports d'activité, Fondation Lenval ».

ANNEXE 2 : Portrait chiffré de l'ESPIC « Hôpitaux privés CHU-Lenval de Nice »

Les données retracées ici sont issus des traitements de la base DIAMANT par l'ARS PACA en novembre 2025.

[320] L'ESPIC présente pour la période 2017–2024 :

- Une activité MCO qui progresse modérément mais régulièrement, malgré le creux de 2020 (COVID), pour atteindre en 2024 un niveau supérieur à celui de 2017.
- Un capacitaire lits MCO quasi stable (autour de 100 lits), avec un léger mouvement de réduction.
- Un effectif non médical très important (environ 800 ETP PNM) et croissant à peu près au rythme de l'activité.
- Un résultat budgétaire structurellement déficitaire, avec un déficit multiplié par environ quatre entre 2017 et 2022–2024.

1. Activité MCO et capacitaire

- Nombre de séjours MCO
  - 2017 : 14 296 séjours
  - 2020 : 12 416 séjours (baisse marquée, effet COVID)
  - 2024 : 16 361 séjours

[321] Sur la période 2017–2024, la progression est de l'ordre de +14 à +15 % en volume de séjours.

- Nombre de journées MCO
  - 2017 : 25 616 journées
  - 2024 : 29 660 journées

[322] Soit une progression d'environ +16 % des journées sur la même période.

- Durée moyenne de séjour et profil d'activité

[323] La durée moyenne de séjour calculée (journées / séjours) demeure courte entre 1,8 et 2,0 jours sur toute la période (1,79 jour en 2017 ; 1,81–1,93 jours ensuite).

[324] Cela traduit un mix d'activité très orienté vers la prise en charge brève (séjours courts, part importante d'ambulatoire et de chirurgie en hospitalisation de courte durée) avec une logique de flux.

Évolution du capacitaire et taux d'occupation

- Lits MCO :
  - 2017–2018 : 100 lits
  - 2019 : 105 lits
  - 2021–2024 : 94–96 lits (stabilisation autour de 96 lits en 2022–2024)

- Places MCO :
  - – 2017–2018 : 21 places
  - – 2024 : 26 places (progression modérée mais significative).

[325] En mettant en regard lits et journées, on retrouve des taux d'occupation théoriques (journées / (lits × 365)) de l'ordre de :

- 2017 : ~70 %
- 2018 : ~76 %
- 2020 : ~61 % (creux COVID)
- 2021–2023 : 78–80 %
- 2024 : ~85 %.

[326] Le taux d'occupation se situe sur une plage relativement élevée (proche ou au-dessus de 80 % après 2021), ce qui correspond à un niveau d'utilisation intense mais encore gérable, sous réserve d'une bonne gestion des flux. Le léger ajustement à la baisse du capacitaire (100 → 96 lits) n'a pas mis l'hôpital en difficulté de remplissage, l'activité ayant continué à croître.

2. Ressources humaines : un effectif très dense Effectifs médicaux (PM)

[327] Les données sur les ETP médicaux (PM) montrent une rupture de série brutale en 2019 pour laquelle nous ne disposons pas d'explications.

- 2017 : 120,5 ETP PM
- 2018 : 114,5 ETP PM
- 2019 : 36,6 ETP PM
- 2020 : 40,7 ETP PM
- 2024 : 69,7 ETP PM.

[328] En revanche, si l'on s'intéresse uniquement à la tendance 2020–2024, une hausse de l'ordre de +70 % des ETP PM (de ~40,7 à ~69,7 ETP) est observée, soit un renforcement très important de la ressource médicale salariée sur la période récente.

[329] En termes de productivité médicale apparente (séjours par ETP PM), les chiffres doivent donc être interprétés avec prudence tant que les périmètres de comparaison ne sont pas connus.

- Effectifs non médicaux (PNM)

[330] Les ETP PNM font apparaître une croissance régulière et une atypie pour l'année 2019 :

- 2017 : 709 ETP PNM
- 2018 : 802 ETP
- 2019 : 610 ETP (là aussi, léger décalage possible de périmètre)
- 2020–2024 : progression régulière, de 695 à 809 ETP.

[331] Sur la période 2017–2024, la hausse globale des ETP PNM est de l'ordre de +14 %, soit un rythme très proche de la progression d'activité (+14–16 %).

- Structure des statuts PNM : réduction des CDD
- 2017 : les CDD représentent environ 19 % des ETP PNM.
- 2019–2024 : la part des CDD se stabilise autour de 6–8 %.

[332] L'établissement a significativement réduit le recours aux CDD sur la période et renforcé ses équipes permanentes (titulaires et CDI).

[333] C'est un point plutôt positif du point de vue des ressources humaines (stabilité des équipes, continuité des soins, attractivité) mais qui rigidifie la masse salariale et réduit les marges d'ajustement en cas de tensions budgétaires.

3. Situation financière : un déficit structurel et croissant

Structure des produits

- Total produits (T1P + T2P + T3P) :
  - 2017 : ~69,6 M€
  - 2023 : ~104,1 M€
  - 2024 : ~100,4 M€ (en léger repli par rapport à 2023).

Répartition indicative :

- Titre 1 (produits Assurance maladie) : environ 70 % des produits.
- Titre 2 (autres produits de l'activité hospitalière) : 11–13 % des produits.
- Titre 3 (autres produits, subventions, etc.) : 18–25 % selon les années.

[334] Cette structure est typique d'un établissement de santé fortement dépendant de l'Assurance maladie, avec un complément non négligeable de produits hors T1 (activité annexe, subventions, produits divers).

Résultats budgétaires 2017–2024

- 2017 : –1,32 M€
- 2018 : –0,93 M€
- 2019 : –2,00 M€
- 2020 : –3,09 M€
- 2021 : –2,90 M€
- 2022 : –5,29 M€
- 2023 : –5,56 M€
- 2024 : –5,51 M€.

[335] On observe une phase de déficit modéré (–1 à –2 M€) jusqu'en 2019, une dégradation marquée à partir de 2020, avec des déficits autour de –3 M€, puis au-delà de –5 M€ à partir de 2022 puis un « plateau » dans le déficit autour de –5,5 M€ en 2022–2024, mais à un niveau très élevé pour un ESPIC de ce volume.

[336] En proportion des produits d'activité (hors projections) nous obtenons :

- 2017 : déficit ≈ 2 % des produits d'activité.
- 2022–2024 : déficit ≈ 6–7 % des produits d'activité.

[337] Et rapporté aux seules charges de personnel (Titre 1), un déficit pour les années suivantes de :

- 2017 : 2,5–3 % des charges de personnel.
- 2022–2024 : ≈ 8 % des charges de personnel.

[338] Il s'agit donc d'un déficit structurel significatif, qui ne peut pas être résorbé par de simples gains marginaux de productivité.

- Les produits d'activité couvrent largement les charges de personnel (le cœur de l'activité clinique « paie » ses salaires), avec une marge brute significative.

- Mais la tendance est légèrement décroissante : la marge brute sur T1 s'érode progressivement, même si elle reste élevée.

[339] Le déficit ne vient pas d'un effondrement des produits par rapport aux salaires, mais plutôt d'un niveau global de charges (y compris charges externes, amortissements, charges financières, etc.) supérieur aux produits globaux ; éventuellement de charges de structure ou de charges exceptionnelles mal compensées. Le poids des autres charges (achats, charges externes, amortissements, charges financières, etc.) est déterminant dans la formation du déficit. Soit ces charges sont structurellement élevées (bâtiments coûteux, technologie, provisions, etc.), soit une partie n'est pas directement corrélée à l'activité (charges de structure, organisation juridique, flux avec le CHU ou la Fondation, etc.).

Dans une perspective d'analyse approfondie, la question ne peut être abordée uniquement sous l'angle de la « productivité des équipes » ou de la « sous-tarification de l'activité ». Elle doit être replacée dans une approche plus globale en interrogeant :

- le modèle économique d'ensemble de l'ESPIC,
- la répartition effective des charges et des produits entre l'ESPIC, la Fondation et le CHU,
- d'éventuels transferts internes de charges ou de produits au sein du groupe (blanchisserie, restauration, fonctions support, immobilier, etc.).

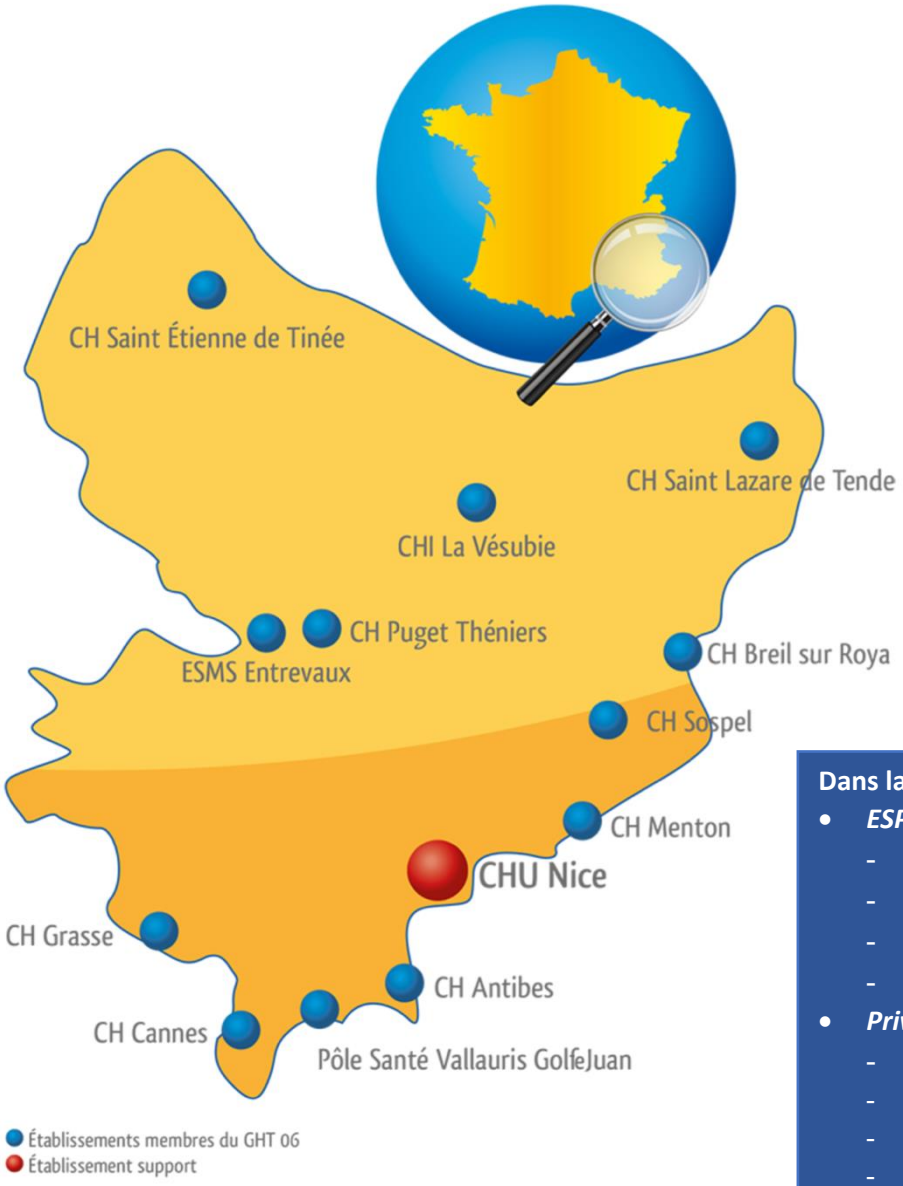
Mais aussi l'impact de la très forte dégradation du fonds de roulement sur la soutenabilité des choix d'activités et d'investissement de l'ESPIC.

Analyse budgétaire CRP	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
	CF	CF	CF	CF	CF	CF	CF	CF	EPRD
TITRE 1 : CHARGES DE PERSONNEL	49 836 k€	48 825 k€	49 239 k€	51 727 k€	58 604 k€	61 939 k€	67 994 k€	70 286 k€	71 160 k€
TITRE 2 : CHARGES À CARACTÈRE MÉDICAL	8 801 k€	10 885 k€	11 456 k€	10 311 k€	11 536 k€	11 665 k€	12 046 k€	13 764 k€	13 097 k€
TITRE 3 : CHARGES À CARACTÈRE HÔTELIER ET GÉNÉRAL	9 695 k€	10 185 k€	10 319 k€	10 347 k€	11 869 k€	12 216 k€	15 821 k€	13 975 k€	14 096 k€
TITRE 4 : CHARGES D'AMORTISSEMENTS, DE PROVISIONS, FINANCIÈRES ET EXCEPTIONNELLES	2 579 k€	3 036 k€	3 253 k€	6 362 k€	5 616 k€	9 433 k€	13 809 k€	7 927 k€	2 493 k€
PRODUITS	69 591 k€	71 997 k€	72 272 k€	75 661 k€	84 722 k€	89 966 k€	104 107 k€	100 439 k€	97 572 k€
TITRE 1 : PRODUITS VERSÉS PAR L'ASSURANCE MALADIE	50 110 k€	51 942 k€	53 103 k€	58 232 k€	60 502 k€	64 086 k€	68 622 k€	68 951 k€	68 968 k€
TITRE 2 : AUTRES PRODUITS DE L'ACTIVITÉ HOSPITALIÈRE	9 571 k€	9 496 k€	9 702 k€	7 924 k€	9 637 k€	10 029 k€	11 013 k€	12 193 k€	13 492 k€
TITRE 3 : AUTRES PRODUITS	9 910 k€	10 558 k€	9 466 k€	9 505 k€	14 583 k€	15 851 k€	24 472 k€	19 295 k€	15 112 k€
RESULTAT	-1 320,1k€	-933,2k€	-1 995,6k€	-3 086,2k€	-2 903,0k€	-5 288,4k€	-5 562,6k€	-5 512,6k€	-3 274,4k€
Résultat rapporté aux produits	*-1,90%*	*-1,30%*	*-2,76%*	*-4,08%*	*-3,43%*	*-5,88%*	*-5,34%*	*-5,49%*	*-3,36%*
RESULTAT CONSOLIDE	-1 320,1k€	-933,2k€	-1 995,6k€	-3 086,2k€	-2 903,0k€	-5 288,4k€	-5 562,6k€	-5 512,6k€	-3 274,4k€
Marge brute d'exploitation (CRPH)	226,9k€	877,3k€	185,7k€	1 881,3k€	-1 664,4k€	-1 300,8k€	-2 251,6k€	-3 384,6k€	-4 324,1k€
Taux de marge brute CRPH	*0,34%*	*1,26%*	*0,26%*	*2,57%*	*-2,12%*	*-1,56%*	*-2,44%*	*-3,64%*	*-4,63%*
CAF hors aide	671,7k€	983,2k€	155,7k€	2 137,4k€	-1 336,5k€	-1 101,3k€	-2 636,4k€	-3 971,8k€	-4 417,7k€
Taux de CAF	*0,97%*	*1,37%*	*0,22%*	*2,83%*	*-1,58%*	*-1,22%*	*-2,53%*	*-3,95%*	*-4,53%*

Eléments d'alerte au bilan	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
	CF	CF	CF	CF	CF	CF	CF	CF	EPRD
Apport ou prélèvement sur le fonds de roulement	- 523 485 €	- 681 249 €	-6 608 370 €	2 137 924 €	3 331 948 €	- 4 098 356 €	- 7 215 682 €	- 5 638 407 €	- 4 336 143 €
Fonds de roulement	-2 717 651 €	-3 398 900 €	-7 705 917 €	-6 685 369 €	- 10 262 644 €	- 11 457 037 €	19 304 880 €	- 24 267 615 €	- 28 603 758 €

Source : Agence Régionale de Santé, Données de la base DIAMANT

ANNEXE 3 : Carte des établissements de santé publics du GHT 06 et privés des Alpes- Maritimes



Dans la ville de Nice :

- ***ESPIC*** :
  - Fondation Lenval
  - Centre Lacassagne
  - CH Sainte Marie
  - ESPIC Arnaud Tzang
- ***Privés lucratifs :***
  - Clinique Santa-Maria
  - Clinique Saint-Georges
  - Clinique Arnaud-Tzang
  - Clinique Saint-François
  - Clinique médicale Lacroix

Source : https://www.chu-nice.fr/chu/groupement-hospitalier-de-territoire-ght/ - retraitement IGAS

ANNEXE 4 : Synthèse du constat de deux études sur le climat professionnel, les risques psychosociaux

[340] La mission IGAS a mobilisé deux sources d'analyse complémentaires : le diagnostic psychosocial réalisé par la société AlterNego à la demande (juin-Septembre 2025) du comité social et économique (CSE) de la Fondation Lenval et le sondage SOLEN (juillet-août 2025) conduit directement par la mission IGAS auprès de 127 professionnels de l'hôpital pédiatrique.

[341] Ces deux démarches diffèrent par leur objet et leur méthode mais convergent sur les constats avec un déficit de lisibilité stratégique, des tensions internes, une anxiété élevée, une perte de confiance dans la gouvernance, des fragilités organisationnelles, un sentiment d'insécurité sur l'avenir du projet pédiatrique de la Fondation Lenval.

1 Cadre méthodologique et portée des deux approches

L'approche qualitative approfondie d'AlterNego

[342] L'étude AlterNego s'appuie sur une méthodologie mixte, combinant analyse documentaire, questionnaire diffusé à plus de 1 200 salariés (610 réponses, soit un taux de participation de 48 %) et une série de 17 ateliers collectifs complétés par des entretiens individuels. Ce cadre a permis une compréhension du fonctionnement organisationnel, de la cohésion d'équipe et du vécu psychosocial des salariés, ainsi qu'une analyse systémique à partir du modèle dit IGOS (Individu – Groupe – Organisation – Système).

[343] Il faut souligner qu'il ne s'agit pas d'une enquête sur les RPS, la société n'ayant d'une part pas été missionnée par le CSE pour cela et d'autre part, n'étant pas référencée dans la liste des organismes habilités à conduire et réaliser une enquête RPS.

L'approche ciblée de l'enquête SOLEN

[344] L'enquête SOLEN, conduite directement par l'IGAS, a été élaborée pour recueillir de manière rapide, anonyme et structurée le ressenti d'une partie du personnel ayant exprimé son souhait de rencontrer la mission. Les 127 répondants représentent une grande diversité de statuts, avec cependant une surreprésentation notable des personnels médicaux (52 %), ce qui complète la forte participation des soignants non médicaux au diagnostic AlterNego.

Méthodologie synthétisée du questionnaire et portée dans le contrôle de l'IGAS

Questionnaire permettant de recueillir de manière structurée et confidentielle les perceptions de professionnels ayant explicitement sollicité un contact avec l'IGAS. Les personnes sollicitées sont celles s'étant déclarées volontaires pour un échange avec la mission, soit directement, soit par l'intermédiaire de responsables institutionnels. L'identité des participants et l'intégralité des informations transmises sont protégées par un engagement de confidentialité. L'exploitation s'effectue de manière agrégée, en recherchant des tendances communes, des écarts significatifs ou récurrents et des zones de fragilité ou de tension.

Le questionnaire se compose d'un tronc commun destiné à l'ensemble des répondants, visant à appréhender leur ancrage professionnel au sein de l'hôpital pédiatrique, leur statut, leur catégorie d'emploi et leur degré d'implication dans les orientations stratégiques. Un volet explore les dimensions psychosociales du travail, les ressentis d'anxiété, les freins potentiels à l'usage de la santé au travail, les craintes professionnelles, les situations de perçues, ainsi que la capacité des collectifs à repérer et soutenir des collègues en difficulté. Un bloc thématique est consacré aux relations avec les directions de la Fondation et de l'ESPIC. Des échelles d'évaluation de 1 à 10 permettent de mesurer la qualité perçue des réponses institutionnelles de la gouvernance de la Fondation. Enfin, une section spécifique s'adresse aux professionnels hospitalo-universitaires.

Les perceptions exprimées ont été croisées avec les analyses documentaires, les auditions individuelles, les données de ressources humaines et les indicateurs de qualité-sécurité.

Les résultats ne prennent sens que mis en perspective avec les travaux parallèles de la mission relatifs à l'étude des processus de gouvernance, l'analyse du fonctionnement managérial, l'évaluation de la gestion des risques, l'examen des filières de soins et de l'organisation médico-soignante.

2 Facteurs d'engagement des professionnels

[346] Les deux enquêtes confirment que les professionnels de la Fondation Lenval demeurent profondément engagés dans leur mission pédiatrique, malgré les difficultés organisationnelles et les tensions récurrentes. L'étude AlterNego met en évidence que 90 % des répondants se déclarent investis, 91 % jugent leurs missions intéressantes et 87 % leur accordent un sens profond, soulignant que la relation à l'enfant constitue la principale force de résilience de l'institution. Le sondage SOLEN confirme cette dimension par des réponses qualitatives des répondants associant systématiquement le sens du soin, la mission pédiatrique et l'histoire de la Fondation comme moteurs de l'engagement. Toutefois, plusieurs contributions évoquent le risque croissant d'épuisement moral et de perte de sens en raison du ressenti d'opacité des orientations institutionnelles.

3 Conditions de travail et climat social

Un climat anxiogène devenu prégnant

[347] AlterNego observe une montée généralisée du stress, un climat anxiogène alimenté par l'insécurité stratégique, la perception d'une gouvernance lointaine et la multiplication des tensions interservices. Les faits de violences de certains usagers, notamment envers les personnels des unités les plus exposées, aggravent une situation déjà fragilisée.

[348] Le questionnaire SOLEN rapporte que près de 70 % des répondants se sentent anxieux en venant travailler, qu'un quart a connu un arrêt maladie lié au stress, et que 90 % constatent des collègues en difficulté. La médecine du travail est perçue comme insuffisamment accessible ou confidentielle.

Des tensions interpersonnelles, hiérarchiques et interservices impliquent plusieurs types d'acteurs

[349] Les deux études identifient des conflits et des comportements stigmatisants, provenant très majoritairement de personnes occupant des positions hiérarchiques intermédiaires ou supérieures. Tensions entre équipes, silos entre services et fragmentations entre « pro » et « anti-fusion » avec le CHU structurent une conflictualité durable. Ces lignes de fracture révèlent un déficit de médiation institutionnelle et de régulation managériale à plusieurs niveaux impliquant aussi bien des membres de la direction que des responsables médicaux ou de la hiérarchie soignante.

[350] Le sondage SOLEN révèle que plus d'un tiers des répondants se déclarent victimes d'agressions verbales ou stigmatisantes et que près de la moitié en ont été témoins. L'étude d'AlterNego souligne que 73 % jugent l'ambiance générale dégradée et que les clivages internes nourrissent un climat de suspicion. Ces tensions constituent un déterminant majeur des risques psychosociaux et appellent des dispositifs de régulation structurés et pérennes.

4 Gouvernance

Une gouvernance perçue comme distante et insuffisamment lisible

[351] AlterNego décrit un déficit de reconnaissance, une communication perçue comme méprisante ou distante, une absence de clarté stratégique et une gestion du changement douloureuse, alimentant incompréhensions et insécurité organisationnelle.

[352] L'enquête SOLEN affine cette appréciation car moins de la moitié des professionnels ont des contacts réguliers avec la direction, et les notes attribuées aux pratiques de gouvernance dépassent rarement 3/10, y compris pour des dimensions indispensables telles que la réactivité, la formalisation des décisions ou la cohérence des orientations. Les professionnels déclarent ne pas comprendre le projet médical ou ses déclinaisons opérationnelles.

Une lisibilité stratégique manquante et la perception d'un « non-projet médical »

[353] Dans le sondage SOLEN, moins de 5 % des répondants ont participé à l'élaboration du projet médical, la moitié déclare ne pas en avoir connaissance, et une partie significative évoque des « annonces contradictoires », des « initiatives périphériques » ou un « non-projet médical ». AlterNego fait le même constat, en reliant cette opacité stratégique à la montée de l'anxiété et à la perte de sens des équipes. AlterNego souligne que plus de 70 % des répondants n'ont pas compris les orientations relatives à l'organisation pédiatrique azuréenne.

[354] Les deux études montrent une gouvernance qui n'a pas su donner de la visibilité, articuler les décisions, ni instaurer un cadre stable et lisible.

5 Vulnérabilités organisationnelles

[355] AlterNego montre que les changements (badgeuse, annualisation, réorganisations ponctuelles) ont été perçus comme imposés sans concertation ni explication, accentuant le sentiment de désorganisation interne. Les cadres intermédiaires peinent à incarner une fonction d'appui.

[356] Le sondage SOLEN rapporte que les décisions sont « mal expliquées », « tardives » ou « incohérentes ».

[357] SOLEN indique que seuls 2 % des professionnels mentionnent la direction comme ressource en cas de difficulté, ce qui constitue un signal particulièrement préoccupant.

[358] Les deux études convergent sur la perception d'incertitude quant à la pérennité de l'emploi, au devenir des activités pédiatriques et à la qualité du partenariat avec le CHU.

[359] AlterNego formule trois axes stratégiques : clarification du projet institutionnel, restauration de la confiance dans la gouvernance, renforcement de la cohésion du corps social.

[360] Ces axes sont directement cohérents avec les résultats du sondage SOLEN, qui placent en première priorité pour les professionnels la discussion du projet médical, suivie de la concertation avec la CME et les chefs de service.

[361] Les préconisations AlterNego, validées par le CSE, constituent un socle mobilisable.

ANNEXE 5 : Gouvernance des principales fondations hospitalières privées en France

[362] Afin de pouvoir apprécier les spécificités de la gouvernance de la Fondation Lenval et ses possibles évolutions, la mission a consulté plusieurs sources afin d'obtenir des repères de comparaison avec les autres grandes fondations hospitalières en France. Ces sources reposent principalement sur la consultation des rapports des chambres régionales territoriales des comptes quand ils existent, ainsi que sur la consultation des sites internet de ces organismes. Par souci de clarté, la mission a retenu deux exemples à titre d'illustration parmi 6 fondations étudiées (dont Lenval). Il ne s'agit pas ici de qualifier les écarts avec la Fondation Lenval mais de nourrir une réflexion dont sa gouvernance pourrait s'emparer.

Deux modèles d'organisation coexistent parmi les fondations hospitalières privées d'intérêt collectif.

[363] 1. **le modèle intégratif,** où la fondation est l'établissement de santé (cas de Saint-Joseph Paris, Ambroise-Paré Marseille, Rothschild, Lenval, etc.). Dans ce schéma, le conseil d'administration de la fondation est l'instance qui pilote l'hôpital, et la direction de l'hôpital relève directement de la fondation. L'ESPIC n'a pas de personnalité juridique distincte. La fondation assume l'ensemble des responsabilités (gestion financière, stratégique et opérationnelle).

[364] 2. **le modèle dualisé,** où la fondation et l'organisme gestionnaire de l'hôpital sont séparés. Ici, la fondation joue un rôle de propriétaire, de mécène et d'orientation stratégique, tandis qu'une association loi 1901 distincte exploite l'hôpital au quotidien. C'est le cas de la Fondation Foch et l'Association Hôpital Foch. Cette architecture nécessite des conventions pour cadrer les relations et souvent des administrateurs communs pour aligner les décisions de la fondation. Cette séparation peut apporter une souplesse de gestion (l'association fonctionnant comme un opérateur sanitaire classique) tout en gardant l'esprit philanthropique grâce à la fondation, mais elle requiert une coordination étroite.

[365] Les fondations hospitalières françaises, quelle que soit leur inspiration, ont des structures de gouvernance mêlant bénévolat et participation des pouvoirs publics. Dans tous les cas, le but est de préserver l'orientation non lucrative et l'intérêt général de ces établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) en s'appuyant sur des directions générales très professionnalisées et une concertation forte avec la CME.

La Fondation Hôpital Foch [60]

[367] A la Fondation Foch (Suresnes), reconnue d'utilité publique et créée en 1929, le conseil d'administration est composé d'une quinzaine de membres bénévoles, parmi lesquels on trouve des représentants des fondateurs historiques, des représentants d'institutions publiques locales et partenaires (par exemple le maire de Suresnes et un délégué du département des Hauts-de-Seine figurent parmi les administrateurs), un représentant du corps médical (le président de la CME de l'hôpital Foch) ainsi que des personnalités qualifiées élues par le CA

[368] La Fondation Foch est propriétaire du patrimoine hospitalier et garante du projet à long terme, mais elle a délégué la gestion opérationnelle de l'hôpital à une entité distincte, l'Association Hôpital Foch. La fondation met à disposition de l'association les bâtiments et équipements à titre gratuit, et définit conjointement avec elle les projets à soutenir. Les deux structures demeurent juridiquement autonomes et ont chacune leur conseil d'administration, bien que certains administrateurs siègent dans les deux instances pour assurer la coordination.

[369] La fondation définit la stratégie patrimoniale et alloue les financements grâce à la générosité publique, tandis que l'association Hôpital Foch assure le management quotidien de l'ESPIC (recrutement du directeur de l'hôpital, gestion du personnel et des soins). Les statuts prévoient une représentation structurée des usagers et du personnel, et la CME, étroitement associée aux décisions stratégiques, joue un rôle actif au sein du comité exécutif.

[370] La gouvernance opérationnelle a connu ces dernières années un processus de renforcement. Un comité exécutif, créé en juin 2022, assure désormais une fonction analogue à celle d'un directoire d'établissement public. Il rassemble le directeur général, le président de la CME, les chefs de service, la directrice des soins ainsi que plusieurs responsables administratifs et représentants du personnel soignant. Sa réunion mensuelle permet d'assurer à la fois la circulation de l'information, l'appropriation collective des orientations budgétaires et la préparation des nominations médicales. Depuis novembre 2023, le conseil d'administration entérine automatiquement les candidatures validées par ce comité, ce qui confère à celui-ci un rôle décisif dans la structuration de la gouvernance médicale et managériale de l'hôpital.

[371] La CME, en lien avec la direction, intervient pour harmoniser les pratiques, assurer la cohérence des projets de service et prévenir les risques de fragmentation de l'organisation médicale. La chambre note que cette organisation directe ne s'est pas accompagnée de difficultés majeures de fonctionnement, ce qui atteste d'un dialogue médico-administratif consolidé et d'un exercice partagé des responsabilités entre direction et communauté médicale.

[372] L'implication de la CME et des chefs de service dans les travaux budgétaires est également relevée. Le comité exécutif constitue désormais le lieu principal de partage des informations financières, en particulier sur les recettes, la performance médico-économique et les arbitrages nécessaires dans un contexte de fragilisation du modèle économique. La communauté médicale participe ainsi à l'identification des leviers d'efficience à travers l'adaptation des durées moyennes de séjour, la généralisation des pratiques ambulatoires et la maîtrise de l'activité non programmée.

[60] CRC, Rapport d'observation définitive, délibéré du 11 septembre 2020.

[373] Enfin, les relations entre la direction médicale et les autres composantes internes de l'établissement ont été renforcées par la mise en place d'outils partagés, notamment dans le cadre du projet d'établissement, régulièrement mis à jour et soumis à validation par le conseil d'administration. La CME joue, dans ce cadre, un rôle essentiel d'expertise et de coordination, garantissant l'appropriation par les équipes médicales des orientations stratégiques définies par l'association gestionnaire.

Le groupe hospitalier Paris-Saint-Joseph (GHPSJ)[61]

[374] Le Groupe hospitalier Paris Saint-Joseph (GHPSJ), établissement privé à but non lucratif géré par la Fondation Hôpital Saint-Joseph, présente un modèle de gouvernance marqué à la fois par la stabilité des dirigeants, une répartition précise des responsabilités entre conseil d'administration et direction générale, et une place particulièrement structurante accordée à la communauté médicale. L'analyse menée par la chambre régionale des comptes met en évidence un système décisionnel intégré et soutenant une stratégie médico-économique.

[375] Le conseil d'administration, composé de personnalités ayant exercé des responsabilités dans des organismes publics ou privés, s'inscrit dans une conception stratégique de son rôle, se tenant en retrait de la gestion courante. Les statuts et règlement intérieur définissent avec précision la répartition des compétences, organisant des délégations opérationnelles claires au directeur général, dans la fidélité au projet du fondateur. Le CA s'appuie sur plusieurs commissions spécialisées – audit, stratégie, ressources humaines, marchés et travaux, éthique – dont les travaux sont présentés en séance, assurant un fonctionnement régulier et conforme aux normes de gouvernance du secteur non lucratif.

[376] La chambre régionale des comptes souligne la clarté des règles de répartition des compétences entre le conseil d'administration de la fondation et le directeur général du groupe hospitalier Paris Saint-Joseph. Le directeur général tenant ses pouvoirs d'une délégation de compétence du président de la fondation, seul ordonnateur, ainsi que d'une délégation de signature accordée par le conseil d'administration, conformément au règlement intérieur.

[377] Le rapport insiste sur la séparation nette entre niveau stratégique et niveau opérationnel. Le CA « détermine les grandes orientations de l'établissement conformément au projet du fondateur », tandis que « son président ne revendique pas de rôle opérationnel dans la conduite de l'hôpital qui est confiée au directeur général ». Le texte précise que « les statuts et le règlement intérieur définissent de manière précise les rôles et compétences de chacun et fixent les délégations de la fondation au directeur ».

[378] Le bureau, composé de quatre membres du CA, se réunit mensuellement, ses travaux donnant lieu à une restitution systématique en séance, maintenant ainsi la cohérence d'ensemble sans intervenir dans l'exécution quotidienne. Plusieurs commissions spécialisées (audit, stratégie, RH, marchés, éthique), présidées par des administrateurs, assurent la préparation technique des décisions tout en respectant le périmètre d'autonomie du DG. Ce dispositif évite l'écueil de la

[61] Rapport d'observation définitive, délibéré du 7 novembre 2024

micro-gestion et garantit une séparation fonctionnelle robuste entre contrôle, stratégie et exécution.

[379] Le CA formalise explicitement les délégations exceptionnelles. Pour la fusion-absorption de Marie-Lannelongue, par exemple, *« le conseil d'administration […] a donné tout pouvoir au directeur général de la fondation pour conclure et signer le projet de fusion et faire le nécessaire en vue de le réaliser »*. Cela illustre un régime de délégation à la fois capacitant et contrôlé, dans lequel le directeur général dispose d'un mandat clair mais encadré par la validation du CA et le recours à un commissaire à la fusion.

[380] La gouvernance interne est structurée autour d'un comité de direction hebdomadaire composé de 19 membres, dont les médecins sont majoritaires (11 médecins pour 8 directeurs fonctionnels). Cette configuration confère au corps médical un rôle important dans la préparation des décisions, la chambre observant que « les médecins jouissent de pouvoirs affirmés » et que la direction générale « se veut à l'écoute des demandes » du corps médical, notamment en matière d'organisation des services, d'informatisation ou de choix d'équipements. La présidence de la CME entretient des relations étroites avec les directions fonctionnelles auprès desquelles elle relaye les attentes de la communauté médicale. La CRC qualifie cette architecture de « facteur de bon fonctionnement », à la fois dans la conduite du projet médical et dans le pilotage de la performance financière.

[381] La CME participe à l'élaboration des projets médicaux successifs, lesquels suivent un processus consultatif avec l'élaboration par service, la synthèse au niveau des pôles, un séminaire stratégique de relecture, puis un arbitrage final. Les projets médicaux incluent systématiquement les composantes de recherche, d'enseignement et d'innovation, et identifient pour chaque service les activités à développer ainsi que les moyens requis. Par ailleurs, les chefs de service assument une responsabilité forte dans le codage et la gouvernance médico-économique, chaque spécialité reprenant mensuellement l'ensemble de ses séjours avec un TIM pour en améliorer la valorisation et la qualité du codage.

[382] Les médecins participent aux décisions d'investissement, d'organisation et d'évolution des modes de prise en charge. Le séminaire stratégique annuel constitue un moment central de construction partagée des orientations médicales et économiques, et l'ensemble des services est impliqué dans leurs déclinaisons opérationnelles. Cette implication du corps médical se reflète dans la performance observée au travers du dynamisme de l'activité, de l'amélioration des marges, la progression du codage, le développement des activités ambulatoires et l'attractivité médico-chirurgicale élevée.

[383] La dimension universitaire occupe une place particulière. L'établissement est un centre d'accueil d'internes, de docteurs juniors et de faisant-fonction.

ANNEXE 6 : Le concept de gouvernance, apports des normes internationales et intérêt d'une transposition pour une fondation hospitalière privée

[385] La mission s'est interrogée sur la pertinence des référentiels internationaux issus de la normalisation ISO, en particulier la norme ISO 37000 : 2021 – « Gouvernance des organismes », pour apporter un repère méthodologique pour la structuration d'un système de gouvernance. Cette annexe a été conçue à partir d'une recherche sur internet et présente les fondements de la gouvernance tels que définis au niveau international et telle qu'elle était en mesure de les comprendre dans le temps imparti. Elle n'a pas vocation à démontrer la faisabilité d'une transposition mais de fournir une base de réflexion.

[386] La norme ISO 37000 définit la gouvernance comme un système par lequel une organisation est dirigée, supervisée et tenue responsable dans la poursuite de son objectif et de la création d'un service rendu durable. Elle fait de la gouvernance un cadre de sens, de cohérence et de durabilité. Dans le cas d'une fondation hospitalière privée, la gouvernance doit se préoccuper d'une dimension patrimoniale et humaniste, d'une responsabilité sanitaire et médico-sociale comme des exigences d'excellence opérationnelle. L'organisation assume ces responsabilités sur la base de trois fonctions essentielles à savoir la structure de pilotage stratégique, la supervision et la redevabilité. La direction au sens pilotage stratégique du terme fixe le but, la vision et la stratégie. La supervision garantit la cohérence, l'intégrité et la maîtrise des risques. La redevabilité permet au système de rendre compte de ses décisions et de leurs effets.

[387] La norme ISO 37000 repose sur un ensemble cohérent de onze principes, dont plusieurs présentent un intérêt direct pour les fondations hospitalières privées.

[388] Le premier principe, celui d'une finalité claire, exige que l'organisation exprime et partage un but mobilisateur. Dans une fondation hospitalière pédiatrique, cette finalité tient à la protection, au soin et à l'accompagnement des enfants, à l'utilité sociale, mais aussi à la capacité de garantir la pérennité financière du patrimoine et des activités. Le sens de son action doit être partagé entre administrateurs, direction, communautés médicales et salariés.

[389] La norme insiste également sur la création de valeur durable, qui ne se réduit pas à une approche financière mais intègre l'ensemble des impacts économiques, sociaux, sanitaires et environnementaux. Dans un contexte hospitalier, cela suppose de concilier qualité des soins et sécurité des parcours, équilibre budgétaire et attractivité des postes comme des équipes.

[390] La supervision implique que l'organe de gouvernance exerce un contrôle indépendant et équilibré sur l'exécutif, en s'appuyant sur des comités spécialisés, des audits internes ou externes

et une politique de transparence renforcée. Une fondation hospitalière doit notamment être capable de mesurer la performance clinique, budgétaire et sociale de manière cohérente.

[391] Plusieurs autres principes trouvent une traduction directe dans le contexte d'un ESPIC à savoir la responsabilité explicite (« accountability »), la transparence des décisions, l'éthique, l'écoute des parties prenantes (CME, CSE, usagers par exemple), le respect des dispositions légales et réglementaires sanitaires et administratives ou encore la gestion intégrée des risques en articulation avec la norme ISO 31000.

[392] Le rapport du Cambridge Institute for Sustainability Leadership[62], montre que les crises de gouvernance ne sont pas des dysfonctionnements accidentels, mais les conséquences d'un modèle de gouvernance orienté vers des objectifs sectoriels. La gouvernance exige d'une part de repositionner les organisations autour de leur finalité et de l'évaluation de l'impact réel de leurs actions sur les personnes et la société et d'autre part, que chacun connaisse et assume la part qui lui revient dans la décision et dans la mesure des résultats. Les situations de coopération hospitalière, notamment avec un CHU ou un GHT, peuvent fragiliser cette lisibilité si elles ne sont pas encadrées par un référentiel de gouvernance commune. L'absence d'un cadre de gouvernance intégré, lorsqu'un établissement coopère avec un CHU, peut conduire à une dilution des responsabilités, une perte de supervision réelle et une moindre capacité à anticiper les risques. L'application des normes ISO permettraient de prévenir ce type de défaillances dès lors qu'elles feraient l'objet d'un travail d'appropriation par toutes les parties prenantes.

[393] Le principe de redevabilité implique que les décisions importantes fassent l'objet d'un suivi régulier et d'une mise à disposition transparente des informations. Un tel mécanisme renforce la confiance interne, facilite le contrôle des tutelles et améliore la lisibilité pour les familles et les usagers.

[394] La gouvernance repose aussi sur une culture d'éthique, d'intégrité et de participation. Cela souligne l'importance d'un référentiel éthique, d'un dispositif d'alerte, d'une prévention des conflits d'intérêts et d'une formation continue des dirigeants et administrateurs.

[395] Les normes ISO ne constituent pas un dispositif réglementaire obligatoire. Leur intérêt réside dans la capacité à offrir une grille d'analyse structurée, transposable, adaptable et évolutive sur la base de consensus internationaux. La norme ISO insiste sur cette dimension participative comme condition de durabilité. Levier méthodologique, mobilisable sans modification statutaire lourde et compatible avec les obligations juridiques nationales, la traduction de cette norme serait de nature à améliorer la relation entre instances, dont les rôles peuvent être redéfinis et clarifiés. Elle contribuerait à renforcer la confiance par l'adoption d'un standard crédible auprès des tutelles, des partenaires institutionnels, des financeurs ou donateurs et des familles. La transposition de cette norme peut aussi faciliter la gestion des risques, l'anticipation des crises et le pilotage, notamment lorsqu'une fondation coopère avec un CHU ou un GHT. Enfin, elle peut constituer un levier de modernisation interne notamment par la formation des administrateurs, la création ou le renforcement de comités (audit, éthique, gouvernance).

[62] Hurth, V. (2023), Unleashing governance for sustainable business, Cambridge, UK: University of Cambridge Institute for Sustainability Leadership.

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

Agence Régionale de Santé Provence-Alpes Côte d'Azur

Yann BUBIEN Directeur général
Olivier BRAHIC Directeur général adjoint
Anthony VALDEZ, Directeur de la direction de l'organisation des soins
Thibault COURGEON, Directeur de cabinet
Romain ALEXANDRE Directeur territorial Alpes-Maritimes

Fondation Lenval

Maître François DUNAN, Président
Michel BARAVAL Administrateur - Secrétaire du bureau du CA
François COMAS, Administrateur- Trésorier du CA
Ronan DUBOIS, Directeur général
Professeur Lisa GIOVANNINI-CHAMI Présidente de la CME de l'ESPIC HPNL
Docteur Sébastien BARTHELEMY, Vice-Président de la CME de l'ESPIC HPNC, chef de service de réanimation pédiatrique et représentant syndical au CSE
Docteur Philippe BABE, Chef de service des urgences de l'ESPIC HPNCL
Docteur Mario ALBERTARIO, Chef de service de radiologie, ESPIC HPNCL
Docteur BATTISTA, pédopsychiatre, ESPIC HPNCL
Docteur LHUBAT, médecin anesthésiste-réanimateur, ESPIC HPNCL
Docteur SOLLA, chirurgien orthopédiste, praticien hospitalier (PH), mis à disposition par convention par le CHU auprès de l'ESPIC HPNCL
Docteur Laurence TABONE, médecin réanimateur, ESPIC HPNCL
Professeur Florence ASKENAZY, Cheffe de service pédopsychiatrie
Professeur jean BREAUD, Chef de service de chirurgie
Docteur François de LA BRIERE, Chef de service de l'anesthésie pédiatrique
Docteur Fabienne DULIEU, Responsable du Département d'information médicale et représentant syndical au CSE
Docteur Antoine TRAN, MCU-PH, commission informatisation et digitalisation de la CME
Docteur Gilles BREZAC, chef de service par intérim de l'anesthésie
Nathalie ASTRUC, directrice des Ressources Humaines
Angélique BAYER, directrice des soins Lenval
Pierre-Yves NAVARRE. président du comité social et économique
Marie-France GOYENAGA, déléguée syndicale FO
Docteur Isabelle Laforgue, Médecin du Travail
Raynald GYNE Directeur des affaires financières
Céline METGE Directrice déléguée de l'ESPIC HPNCL
Samira ARIBA, Directrice qualité de la Fondation
Arnaud POUILLARD, Ancien directeur général de la Fondation Lenval
Murielle BARACHE, Représentant des usagers siégeant à la Commission des Usagers
Sophie URBANO , Représentant des usagers siégeant à la Commission des

Usagers
Leria LAURENT, étudiante externe en médecine
Cloé GIORDANENGO, étudiante externe en médecine
Amandine ZEITOUN, étudiante externe en médecine
Amélie FOURNIER, Interne DES PEDIATRIE,
Paul SCHNEIDER, DES-MEDECINE GENERALE (MG)
Christophe GUEGAN DES-MG,
Camille MONTALEND, DES-Pédiatrie

CHU Nice

Rodolphe BOURRET, Directeur général
Yoann LAGORCE, Directeur général adjoint
Jacques LEVRAUT, Président de la Commission Médicale d'Etablissement
Jean DELLAMONICA, Doyen de la faculté de médecine
Professeur Thierry PASSERON, Vice-président recherche du directoire
Caroline JEANNIN, Directrice adjointe en charge des affaires médicales, des activités et du pilotage stratégique
Eric MONCH, Directeur adjoint en charge de la recherche et de l'innovation
Jérôme DELOTTE, Chef de pôle FME
Docteur Camille FAUDEUX, cheffe de service de néphrologie pédiatrique
Docteur POIREE, Cheffe de service d'oncologie-hématologie pédiatrique
Professeur Isabelle GUELLEC, Réanimation néonatale

Autres institutions ou organismes

Préfecture des Alpes-Maritimes

Laurent HOTTIAUX, Préfet du département

Procureur de la République des Alpes-Maritimes

Damien Martinelli, Procureur de la République
Julie ANDRE, Procureure adjointe

Conseil départemental de l'ordre des médecins des Alpes-Maritimes

Professeur Philippe PAQUIS, Président

Mission interrégionale de médiation

Dominique MAIGNE
Docteur Marie-Claude DUMONT

Caisse primaire d'assurance maladie des Alpes-Maritimes

Gwenaelle TASSET Directrice santé

Université De Provence-Alpes-Côte d'Azur
Jeanick BRISSWALTER Président de l'Université

Société ALTERNEGO

Jean-François POUPARD, Directeur de projet

Société FORVIS MAZARS

Jean-Philippe MATHORET, Associé

SIGLES UTILISES

- ARS : agence régionale de santé
- CA : conseil d'administration
- CAF : comité d'audit et financier
- CD : conseil départemental
- CSSCT : Commission santé, sécurité et conditions de travail, émanation du CSE.
- CHU : centre hospitalier universitaire
- CME : commission médicale d'établissement
- CSE : comité social et économique
- CREAH : compte de résultat analytique hospitalier
- DES : Diplôme d'études spécialisées
- DUERP : document unique d'évaluation des risques professionnels
- EIGS : Événement indésirable grave associé aux soins, soumis à déclaration et analyse systémique.
- EPRD : état prévisionnel des recettes et des dépenses
- EPS : établissement public de santé
- ESPIC : Établissement de santé privé d'intérêt collectif, à but non lucratif.
- FEHAP : fédération des établissements d'hospitalisation et d'aide à la personne
- FHP : fédération de l'hospitalisation privée
- GCS de moyens : Groupement de coopération sanitaire centré sur la mutualisation d'activités et de moyens.
- GDR : gestion des risques
- HPNCL : Hôpitaux pédiatriques de Nice CHU Lenval
- RETEX : Retour d'expérience structuré, pluridisciplinaire, orienté vers l'apprentissage.

LETTRE DE MISSION

MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE L'ACCÈS
AUX SOINS

Liberté
Égalité
Fraternité

Paris, le – 6 MAI 2025

Le Ministre de la Santé et de l'Accès aux Soins

à

M. Thomas AUDIGÉ
Chef de l'Inspection Générale des Affaires Sociales

Objet : Lettre de mission – Contrôle de la fondation Lenval et analyse du parcours de soins des enfants entre le CHU et la Fondation Lenval »

La filière de pédiatrie dans le département des Alpes-Maritimes est actuellement assurée par deux opérateurs de statuts différents : le CHU de Nice, établissement public de santé hospitalo-universitaire, et l'hôpital Lenval, établissement de santé privé d'intérêt collectif. Leur coopération s'exerce à travers un groupement de coopération sanitaire (GCS) de moyens, dont le fonctionnement est actuellement bloqué en l'absence d'administrateur.

Dès 2017, l'IGAS pointait, dans un rapport sur la pédiatrie à Nice, des « coopérations confuses, voire chaotiques » entre les deux établissements, avec une perte d'efficience et des EIG liés à la prise en charge bi-site de la pédiatrie. Un premier projet médico-soignant commun de pédiatrie, travaillé conjointement entre les deux établissements, avait été proposé en décembre 2021 mais n'a finalement pas vu le jour.

En 2023, à la suite de plusieurs signaux d'alerte, une mission de médiation externe a été lancée. Le rapport, restitué en avril 2024 à l'ARS PACA, alertait sur la souffrance de la communauté médicale et sur les évènements indésirables graves liés aux soins (EIGS) portant sur l'organisation de la filière femme-enfant. En conséquence, l'ARS PACA a transmis, en juin 2024, une lettre de mission aux deux directions, leur demandant :

- de renforcer la qualité et la sécurité des soins, avec des protocoles de prises en charge partagés ;
- de faire vivre le GCS pédiatrique de moyens, avec ses instances propres et ses outils de pilotage en matière de gestion des ressources humaines ;
- de soumettre à l'ARS PACA un projet de feuille de route pour parvenir à des parcours patients fluidifiés entre les deux établissements, passant si besoin par une redistribution des activités.

Face au constat d'avancées insuffisantes, les deux directions ont été rappelées en décembre 2024 à l'obligation de résultats rapides sur le renforcement de la qualité et de la sécurité des parcours les plus fréquents, urgents et/ou à risque d'EIGS. Une rencontre a été organisée par le DG ARS avec chacune des deux directions, de façon distincte.

Tel : 01 40 56 60 00
14 avenue Duquesne - 75350 PARIS 07 SP

Le traitement des données est nécessaire à la gestion de la demande et entre dans le cadre des missions confiées aux ministères sociaux.
Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD), l'intervenant peut exercer ses droits à l'adresse ddc-rgpd-cab@ddc.social.gouv.fr ou par voie postale.
Pour en savoir plus : https://sante.gouv.fr/ministere/article/donnees-personnelles-et-cookies.

Plusieurs échanges ont eu lieu depuis.

- Le 28 janvier 2025, l'ARS a réuni les deux gouvernances. Plusieurs points de convergence ont pu être identifiés des propositions réalisées par les acteurs lors de leurs précédentes contributions. Aussi, un schéma cible de répartition des activités entre les deux sites semblait pouvoir être trouvé. Une proposition conjointe était attendue dans les 6 mois. Il était également demandé, dans un délai de 3 mois (soit d'ici la fin avril 2025), de mener un travail conjoint sur les principales actions de sécurisation des parcours et des prises en charge (cf. courriers en pièce jointe).

- Le 5 mai dernier, une nouvelle réunion a eu lieu sous l'égide de l'ARS avec les gouvernances (DG et PCME) des deux établissements pour faire le point sur l'avancée des travaux actés en début d'année dans le cadre de la sécurisation des parcours de pédiatrie. Si des avancées ont pu être constatées sur le volet système d'information, les protocoles de coopération sur les prises en charges complexes n'ont pu aboutir. Pour ce qui concerne la réorganisation de long terme des activités sur chacun des deux sites, il est peu probable qu'une proposition consensuelle émerge dans les prochains mois.

En dépit de ces tentatives de résolution des conflits, la situation s'est dégradée entre les deux acteurs, y compris à travers l'introduction de contentieux juridiques.

- la Fondation Lenval a ainsi saisi, en janvier 2025, le tribunal judiciaire de Nice pour procéder à une conciliation, pouvant le cas échéant aboutir à une dissolution du GCS, au motif d'une absence de lisibilité des charges imputables par le CHU à la Fondation. La conciliation a échoué.
- en mars 2025, le CHU de Nice a introduit un référé devant la Présidente du Tribunal judiciaire de Nice, visant à dessaisir la Fondation Lenval de son rôle d'administrateur du GCS pour y nommer un administrateur provisoire externe aux deux institutions, a accentué les fortes tensions entre les deux institutions. Ce référé fait suite à l'échec de la mission de conciliation. Les directions s'opposent également sur les montants exigés vis-à-vis de l'autre dans le cadre des temps médicaux partagés ainsi que du reversement des montants reversés pour l'accueil d'internes.

Le DG de l'ARS a reçu, au cours des dernières semaines, des éléments pouvant attester d'une aggravation des conditions de travail des professionnels de Lenval.

- la Fondation Lenval a adressé, le 22 avril 2025, une sommation interpellative à l'un de ses praticiens pour conflit de loyauté, ce qui a encore aggravé la rupture de confiance entre la gouvernance de Lenval et sa communauté médicale.
- l'ARS PACA a reçu le 30 avril une délégation de médecins, représentant à la fois les praticiens du CHU et ceux de la fondation Lenval pour entendre leurs inquiétudes. Ces professionnels ont exprimé une souffrance au travail dans le cadre de leurs activités à Lenval, laissant percevoir d'importants risques psycho-sociaux et faisant craindre un risque de rupture dans la filière de soins sur le territoire.
- un signalement a été fait auprès du Procureur de la République par plusieurs dizaines de praticiens de la Fondation Lenval sur le fondement de l'article 40 du Code de Procédure Pénale pour dénoncer les méthodes de la direction de la Fondation Lenval et leurs conséquences.
- des mouvements de grève de professionnels de santé, dénonçant le climat de travail actuel au sein de l'hôpital Lenval, ont eu lieu au cours du mois de mai.

Dans ce contexte, le ministère de la santé et de l'accès aux soins a été destinataire d'alertes des parties prenantes. A ce titre, l'alerte la plus récente en date a été portée par la Société Française de Pédiatrie, en association avec le CNU de pédiatrie, au sujet notamment de la gouvernance de la Fondation Lenval, indiquant que depuis 2022 les tensions s'étaient accrues avec la direction du CHU, dénonçant un management de la Fondation autoritaire et brutal, des actes de harcèlement, une pression sur les équipes par la nouvelle direction, et sollicitant une intervention urgente pour soutenir un projet de réorganisation hospitalo-universitaire pédiatrique pérenne et sécurisé.

En conséquence, je souhaite saisir l'IGAS en vue de réaliser une mission qui comportera deux volets. Elle portera d'une part sur le contrôle de la Fondation Lenval. Ce contrôle sera centré sur la gouvernance de l'établissement et les risques induits sur la prise en charge des enfants, avec un focus sur les risques psycho-sociaux des professionnels exerçant dans l'établissement.

Un autre volet, d'expertise, abordera le parcours de soins des enfants entre les deux établissements (CHU de Nice et Fondation Lenval) et les modalités de coordination entre ces structures. Elle traitera de l'organisation le mieux à même de sécuriser la prise en charge des enfants. Elle proposera ainsi les pistes susceptibles de faciliter l'action de l'ARS pour procéder ensuite à la structuration de la filière de pédiatrie sur le territoire, dans un souci de qualité, d'accès et de sécurité des prises en charge, au service des patients et dans le respect des professionnels.

La mission remettra ses conclusions d'ici la fin du mois d'octobre 2025. Toutefois, compte tenu de la gravité de la situation, je souhaite être informé si, au cours des travaux de la mission, il apparaissait que des mesures devaient être prises sans attendre ses conclusions définitives.

Yannick NEUDER

OBSERVATIONS DE LA FONDATION LENVAL

IGAS - CONTRÔLE DE LA GOUVERNANCE DE LA FONDATION LENVAL - RAPPORT PROVISOIRE - DECEMBRE 2025 -2025 051R

PROPOS LIMINAIRE DE LA FONDATION LENVAL SUR LE RAPPORT PROVISOIRE :

La Fondation remercie la mission pour les échanges et son écoute. La documentation mise à sa disposition était volumineuse et son exploitation approfondie sans doute fastidieuse. Même si nous ne partageons pas pleinement les constats et analyses qu'il contient, la Fondation est bien consciente que la situation de la pédiatrice niçoise est complexe à bien des égards. L'important pour la Fondation est que votre mission infirme sans ambiguité les allégations de risques graves pour la sécurité des soins délivrés aux enfants. C'est essentiel pour notre personnel qui s'est senti offensé et qui s'investit chaque jour pour la santé et bien être des enfants. Votre mission n'établit pas non plus de risques psychosociaux imputables à la gouvernance. La fondation laisse la justice suivre son cours et si elle nous sollicite, la Fondation lui apportera toutes les informations utiles. Enfin, concernant la gouvernance qui, au final, occupe l'essentiel de votre rapport, sa reconfiguration s'impose afin d'expurger tout conflit d'intérêt et permettre aux administrateurs, gardiens de l'intérêt commun, de poursuivre la cause de notre Fondation, consacrée aux enfants.

NUMERO	PARAGRAPHE CONCERNE	COMMENTAIRE FONDATION LENVAL	BORDEREAU DE PIECES
2	Cette mission s'inscrit dans un contexte présentant de tensions importantes au sein de la Fondation Lenval. Celles-ci révèlent à la fois des déséquilibres internes de gouvernance et des modalités d'échanges complexes avec les partenaires externes, souvent influencés par des rapports de forces ayant des conséquences sur le positionnement d'acteurs professionnels notamment hospitalo-universitaires. Elle a pour objet d'étudier le fonctionnement des organes de gouvernance et de consultation, de mettre en évidence les éventuels dysfonctionnements, d'analyser les impacts organisationnels et humains liés à la dégradation progressive du partenariat avec le CHU de Nice et de formuler des propositions destinées à améliorer la gouvernance ainsi qu'à garantir la continuité, la sécurité et la qualité des prises en charge.	Il nous parait essentiel de préciser que la non exécution par le CHU de Nice des accords de 2013, négociés et signés sous l'égide de l'Etat, constitue la cause essentielle des tensions évoquées. Cette non exécution est fort peu évoquée dans le rapport. Ces accords avaient pour finalité de consolider la pédiatrie Niçoise avec un regroupement des activités sur un site unique, celui de LENVAL, conformément aux préconisations du rapport IGAS d'octobre 2011. La FONDATION LENVAL a honoré l'ensemble de ses engagements, en ce compris la cession bradée de sa participation dans la polyclinique Santa Maria, la modification de sa gouvernance et la reconfiguration de ses activités, sans l'intégralité des contreparties auxquelles le CHU de Nice s'était engagées. Malgré les enjeux de ce partenariat pour la population, aucun suivi de l'exécution des accords de 2013 n'a eu lieu de la part des autorités, laissant la Fondation LENVAL seule face à l'inertie du CHU de Nice. Il faut y ajouter une architecture juridique complexe avec un GCS de refacturation du personnel du CHU de Nice mise à disposition de la Fondation, sans budget prévisionnel, ni transp arence sur les refacturations du CHU.	Note à l'attention de MM. les Inspecteurs généraux de l'IGAS « Refonte du partenariat établi en 2013 entre la Fondation Lenval et le CHU de Nice : étapes et chronologie des événements depuis 2013 » Rédacteur : Directeur Général de la Fondation Lenval
4	[4] Ce travail Intervient dans un calendrier marqué par plusieurs contentieux en cours entre la Fondation Lenval et le CHU de Nice ainsi que par le déclenchement d'une instruction judicaire à la suite d'une lettre collective de signalement déposée au titre de l'article 40 du code de procédure pénale et signée par 89 professionnels de santé de la Fondation mettant en cause le mode de management de la gouvernance de l'établissement	nous souhaitions préciser que le signalement au titre de l'article 40 a été porté par plus de **80 praticiens du CHU de Nice q**ui sont mis à disposition de la Fondation LENVAL, auquel s'y est joint moins de 10 personnels salariés de la Fondation LENVAL sur un total de 1429 salariés et sur un total de plus de 1650 professionnels. Il faut également rappeler que ce signalement a été fait concomitamment à des déclarations hostiles du CHU quant au devenir de la pédiatrie de LENVAL. Des tentatives avortées de grève en mai et juin 2025 au sein de l'ESPIC avaient précédées ce signalement.	nc

5	[5]A l'examen des pièces consultées et des entretiens réalisés, des fragilités structurelles, managériales et organisationnelles au sein de la Fondation Lenval ont été identifiées, malgré l'engagement de ses professionnels. Elle souligne toutefois que ces fragilités se sont développées dans un environnement partenarial lui-même instable, où les responsabilités sont partagées. Les tensions anciennes entre la Fondation et le CHU de Nice, les divergences d'orientations stratégiques et l'absence de vision commune ont contribué à l'affaiblissement progressif du partenariat. **Elle rappelle également que la Fondation occupe une place importante mais non dominante dans l'offre pédiatrique des Alpes-Maritimes**, avec une activité davantage généraliste qu'hospitalo-universitaire, positionnement qui éclaire la portée des vulnérabilités constatées.	cette présentation nous parait manquer de nuance car elle oppose une direction managériale qui serait structurellement dysfonctionnelle et un corps médical issu du CHU qui serait exemplaire dans ses relations managériales et institutionnelles. Notre expérience terrain nous oblige à plus de nuance. La Fondation n'a, quant à elle, aucune velléité de domination mais son expertise dans le domaine de la pédiatre en fait l'acteur désigné dès 2008 pour devenir le pôle d'excellence de la pédiatrie niçoise.	rapport IGAS 2011
6	[6]L'ensemble des documents examinés et des auditions conduites montre une institution éprouvée par une crise de gouvernance profonde dont les effets se diffusent simultanément sur le climat interne, la coopération avec le CHU de Nice, la dynamique médicale et la trajectoire financière de l'établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC), dénommé hôpital pédiatrique universitaire par la Fondation.	Nos échanges avec le personnel salarié de la Fondation ne corroborent pas ce diagnostic. Nous estimons que l'attitude du CHU au sein de la gouvernance, qui n'a jamais assumé sa vice présidence et a boycotté le bureau tout en prenant des positions contraires à l'intérêt de la fondation, est la cause des difficultés rencontrées. Les velléités répétées du CHU de Nice d'absorber tout ou partie de l'activité de Lenval, la pseudo dénonciation du protocole de 2013, la mise en place d'une manœuvre de débauchage des salariés de la Fondation, l'obstruction opérée par certains chefs de service, soutenu par l'exécutif de la CME ont eu un effet sur le climat interne et a contraint la Fondation à agir pour protéger ses intérêts. le refus de création du Pole Mère Enfant-PME ainsi que du transfert des deux activités du CHU ont entrainés les conséquences financières suivantes : - le regroupement sur un site unique devait permettre des économies sur les moyens généraux. Il est rappelé que les accords de 2013 prévoyaient un partage des déficits pendant 5 ans pour accompagner le monter en puissance du PME - la perte de la maternité cumulée avec le non transfert des activités pourtant prévues a modifié le modèle financier de l'ESPIC, aggravé par l'arrêt du partage du déficit et la facturation haussière du personnel mis à disposition, sans justification du temps médical.	cf note sur le partenariat avec le CHU et la chronologie
7	[7]L'analyse des pratiques managériales des dernières années (2022-2025) fait ressortir un système de pilotage, caractérisé par une communication essentiellement descendante, une faible transparence stratégique et une tendance à la polarisation des positions au sein du personnel médical. Le diagnostic psychosocial réalisés par le cabinet AlterNego à la demande du CSE de la Fondation ainsi que l'enquête SOLEN menée par la mission, convergent pour décrire un corps professionnel éprouvé. Il peut être établi une **perte de confiance durabl**e, une anxiété souvent exprimée par les professionnels, un affaiblissement des espaces de dialogue et une montée des situations de risques psychosociaux. Ces éléments se développent dans un contexte où le pilotage de la qualité et de la sécurité des soins rencontre des difficultés principalement par **la défiance existant entre corps médical et direction de la Fondation** et par le défaut de coordination entre la direction du CHU et la direction de la Fondation. Cette défiance n'est pas de nature à favoriser une culture positive de l'erreur ni un management par la qualité capable de fédérer les différents métiers devant œuvrer ensemble. Des éléments convergents permettent de considérer que cette dégradation sociale ne résulte pas d'un désengagement des équipes mais d'un mode d'exercice de l'autorité ayant accentué les divisions internes au lieu de les atténuer. Les professionnels, malgré les tensions, ont continué d'assurer leurs missions auprès des enfants, souvent au prix d'efforts de mise à distance des sujets de conflits.	Ce paragraphe nous permet de mettre en exergue les limites des GCS de moyens et de la mise à disposition de PUPH auprès de structure privée à but non lucratif-FEHAP. De fait, l'absence de transfert de l'autorité fonctionnelle sur ces professionnels au bénéfice de l'administrateur du GCS et très indirectement de la direction de l'ESPIC, rend très difficile toute organisation homogène et collective. Cela ne favorise pas une culture commune. Il faut ajouter à cela que le CHU de Nice conserve l'autorité hiérarchique sur ces praticiens qui n'exercent plus en son sein. Par ailleurs, vos constats manquent de nuance car le corps médical de l'ESPIC ne se résume pas aux seuls praticiens du CHU mis à disposition qui, pour certains, manifestent ouvertement leur hostilité envers notre institution. Sur les 900 salariés de l'ESPIC, le CHU de Nice n'en met à disposition, par l'intermédiaire du GCS HPNCL, qu'une soixantaine de médecins, une dizaine de personnels soignants, soit environ **7% des effectifs de la structure.**	Cf la note sur le GCS HPNCL

8	Cette évolution s'inscrit dans une histoire longue de tensions marquée par une fusion d'activités mal préparée en 2008-2010, un projet commun resté inachevé, et, entre 2017 et 2021, un reflux progressif de la coopération, autant d'épisodes ayant laissé des traces durables.	Il nous parait essentiel de préciser que la non exécution par le CHU de Nice des accords de 2013, négociés et signés sous l'égide de l'Etat, constitue la cause essentielle des tensions évoquées. Cette non exécution est fort peu évoquée dans le rapport. Ces accords avaient pour finalité de consolider la pédiatrie Niçoise avec un regroupement des activités sur un site unique, celui de LENVAL, conformément aux préconisations du rapport IGAS d'octobre 2011. La FONDATION LENVAL a honoré l'ensemble de ses engagements, en ce compris la modification de sa gouvernance et la reconfiguration de ses activités, sans l'intégralité des contreparties auxquelles le CHU de Nice s'était engagées. Malgré les enjeux de ce partenariat pour la population, aucun suivi de l'exécution des accords de 2013 n'a eu lieu de la part des autorités, laissant la Fondation LENVAL seule face à l'inertie du CHU de Nice. Il faut y ajouter une architecture juridique complexe avec un GCS de refacturation du personnel du CHU de Nice mise à disposition de la Fondation, sans budget prévisionnel, ni transparence sur les refacturations du CHU.	voir le rapport RM 2011-155 P rédigé par Monsieur Paul Castex - https://igas.gouv.fr/Rapport-de-mission-concernant-l-evolution-du-GCS-hopitaux-pediatriques-de-Nice
8	Cette évolution s'inscrit dans une histoire longue de tensions marquée par une fusion d'activités mal préparée en 2008-2010, un projet commun resté inachevé, et, entre 2017 et 2021, un reflux progressif de la coopération, autant d'épisodes ayant laissé des traces durables.	En effet, la FONDATION LENVAL a été surprise par des épisodes ouvertement hostiles du CHU vis-à-vis de la Fondation, dévoilant non seulement l'absence de volonté de coopérer mais plus encore une volonté d'hégémonie et de domination qui n'est pas de nature à asseoir un partenariat équilibrée. Il faut préciser que cette offensive du CHU a été portée à l'intérieur même de la Fondation LENVAL par des praticiens hospitaliers mis à disposition et un représentant du personnel salarié de la Fondation (en partance).	CF projet de regroupement de la pédiatrie sur le site de l'ARCHET présenté à l'ARS sans aucune concertation avec la Fondation Lenval

9	À ces tensions s'est ajoutée une détérioration financière dont les causes réelles ont été insuffisamment partagées et débattues. L'étude Mazars, initialement commandée par la gouvernance de la Fondation pour objectiver l'impact économique du protocole de 2013 sur les flux financiers entre Lenval, le GCS et le CHU, met en évidence des facteurs internes déterminants. Les traits majeurs sont une hausse très significative des charges d'exploitation, portée principalement par la masse salariale, la création d'un volume important de postes sans trajectoire de financement documentée et l'alourdissement continu des charges d'amortissement, de provisions et de frais financiers1.	Ce commentaire nous a surpris car nous avons justifié auprès de la mission que l'augmentation de la masse salariale a été entièrement financée par des dotations de fonctionnement. Nous avons transmis l'ensemble des éléments justificatifs. Nous confirmons que les deux activités qui ont fait l'objet des créations les plus importantes, à savoir la pédopsychiatrie et les Urgences, ont reçus des financements dédiés. Il aurait été utile d'analyser l'évolution de la masse salariale dans les services préexistants comparativement aux services nouvellement créés. Quant aux urgences, nous avons accompagné l'augmentation importante de l'activité, ainsi qu'une restructuration batimentaire afin de répondre aux exigences de qualité et de sécurité des soins. Pour ce qui concerne les charges d'amortissement et provision identifiées, il s'agit des écritures comptables relatives aux Fonds dédiés qui permettent de suivre des enveloppes fléchées de financements obtenus par l'ESPIC mais non consommés sur l'exercice. D'une manière générale, ce constat manque de nuance car les administrateurs siègent en Bureau, en Conseil d'administration, au Comité audit -Finances et échangent avec la Direction générale. **Le rapport Mazars a été présenté en Bureau.** Le DG du CHU aurait pu en prendre pleinement connaissance s'il avait daigné siéger. Cependant, son hostilité à l'annonce de cette commande nous a fait prendre conscience du conflit d'intérêt patent lié à la présence du CHU dans nos instance et à la non exécution de ses engagements contractuels.	voir le mail du directeur général du 17 octobre 2025 et les documents déposés sur la plateforme.
9	les traits majeurs sont une hausse très significative des charges d'exploitation, portée principalement par la masse salariale, la création d'un volume important de postes sans trajectoire de financement documentée et l'alourdissement continu des charges d'amortissement, de provisions et de frais financiers* *(Malgré des demandes répétées la direction n'a pas apporté les éclairages nécessaires à la compréhension de cette augmentation)	Comme rappelé dans le courriel du 10 octobre 2025 et repris dans votre pré-rapport (page 55, paragraphe 230), le directeur général de la fondation a précisé que l'évolution des charges d'amortissements et de provisions s'inscrit principalement dans le cadre des écritures comptables relatives aux fonds dédiés. La réforme du plan comptable de 2018, applicable depuis le 1er janvier 2020, a instauré le mécanisme des fonds dédiés afin de permettre l'identification précise des financements affectés à des projets déterminés et d'en assurer le suivi dans le temps. Ce dispositif vise à renforcer la traçabilité des fonds et à fournir une information financière plus fidèle à destination des financeurs et des parties prenantes. Dans ce cadre, les financements perçus mais non engagés au cours de l'exercice sont enregistrés en charges au compte 689 « Engagements à réaliser », puis repris lors de leur utilisation sur les exercices ultérieurs au compte 789 « Utilisation des fonds reportés ». Dès lors, l'analyse de l'évolution des charges et provisions ne peut être conduite sans intégrer également celle des comptes 789. À cet égard, sur la période 2019-2023, les engagements à réaliser (comptes 689) ont augmenté de 9,4 M€, tandis que l'utilisation des fonds reportés (comptes 789) a progressé de 8,5 M€, soit un écart net de 911 K€.	Cf. tableau d'évolution des charges d'amortissement et provision.

9	Surtout, cette étude, bien qu'achevée en juillet 2024, n'a jamais fait l'objet d'une présentation au conseil d'administration (CA). Cette absence de restitution complète constitue un écart significatif avec les principes de collégialité et de transparence requis pour la gouvernance d'une fondation reconnue d'utilité publique. Le CA n'a ainsi pu exercer pleinement ni son droit d'information ni son droit de suite sur les causes de la dégradation financière, alors même que des éléments du rapport invalidaient partiellement le récit institutionnel selon lequel la responsabilité principale de la dégradation budgétaire incomberait au CHU de Nice.	Comme indiqué lors de la mission, le rapport Mazars a été commandé par le Comité Audit Finances et une restitution lui a donc été faite par les auditeurs. Le Conseil d'Administration a été informé, lors de sa séance du 11 janvier 2024, du lancement de cet audit. cela a suscité une réaction d'opposition de la part du CHU de Nice. Ses conclusions n'ont pas été présentées au Conseil d'Administration en raison des graves désaccords avec le CHU de Nice sur les volets juridiques, financiers et de conception du rôle de ses représentants dans les organes de gouvernance de notre Fondation. Votre remarque permet de mettre en reflet un autre concept fort dans la gouvernance des fondations, à savoir **l'absence de conflit d'intérêt au sein des organes**, la cause poursuivie par la fondation devant transcender les intérêts personnels de ses administrateurs. Comme cela apparait dans votre rapport, la gouvernance de la Fondation est déstabilisée du fait de sa reconfiguration en application des accords de 2013.	nc
9	(....) alors même que des éléments du rapport invalidaient partiellement le récit institutionnel selon lequel la responsabilité principale de la dégradation budgétaire incomberait au CHU de Nice.	**Les conclusions du rapport MAZARS confirment des pertes d'opportunités et financières dans le cadre de l'application du protocole 2013, ainsi que l'existence d'impact financier du fait du non-respect des engagements CHU et de ses conséquences indirectes en terme de déstabilisation du modèle de l'ESPIC.**	rapport Mazars
9	[9) malgré des demandes répétées, la direction de l'ESPIC n'a pas apporté les éclairages nécessaires à la compréhension de cette augmentation	la direction de l'ESPIC au moment des faits n'a pas été interrogée sur des éléments d'explication	nc
10	L'ensemble de ces constats met en évidence un affaiblissement du rôle des organes décisionnels de la Fondation. Le conseil d'administration apparaît fragilisé dans sa capacité de pilotage stratégique. Le directoire, pourtant instance essentielle de l'articulation médico- administrative, ne s'est plus réuni depuis avril 2025. La commission médicale d'établissement (CME), traversée par des clivages internes, voit son rôle réduit et peine à exercer pleinement ses prérogatives. Les relations sociales au sein du comité social et économique (CSE) ont également été durablement altérées par des débats institutionnels qui ont largement dépassé leur périmètre habituel. La mission observe enfin que le recours répété à des démarches précontentieuses, signalé par de nombreux professionnels et instances, a contribué à tendre les relations internes au détriment de la construction de solutions concertées et partagées	pour rappel : Le Directoire, la CME et le CSE sont des instances consultatives et non pas décisionnelles. Le Directoire ne s'est plus réuni par refus de la PCME d'y participer, contraignant les médecins membres de cette instance a adopté tous la même position de blocage	nc

11	Si la mission n'a pas pu établir un lien direct entre crise managériale et sécurité des soins, elle relève toutefois la fragilité des dispositifs de gestion des risques dans ce contexte, la faiblesse de la culture déclarative et l'insuffisance de coordination entre la Fondation et le CHU pour les filières critiques	**Nous n'avons jamais douté que la sécurité des soins au sein de l'ESPIC LENVAL était bien assurée. La fondation note que votre rapport ne relève pas de risque pour la sécurité des soins et n'établit pas de lien entre les difficultés rencontrées par la Fondation dans ses coopérations avec le CHU et la sécurité des soins, contrairement aux allégations largement rapportés et sciemment diffusés au préjudice de notre personnel et de l'image de notre institution.** **Ce point est capital et nous permet de saluer le professionnalisme de nos salariés, dans leur ensemble.**	nc
11	(11) Ces constats sont renforcés par l'absence d'un véritable pilotage commun de la qualité et de la sécurité avec le CHU.... "l'absence d'analyse systémique partagée d'EIGS"	Le CHU n'a jamais convié la fondation à des réunions qualité type retex ou RMM et a déclaré à l'ARS, sans en informer la fondation Lenval, des EIGS alors que dans le même temps, la fondation Lenval a toujours tenu informé le CHU des EIGS déclarés par elle, concernant les parcours complexes bi-site. La fondation a également proposé des RMM et rétex commun auxquels le CHU a refusé de participer.	voir les notes déposées sur la plateforme
11	(11) la coexistence de systèmes d'information distinct	les systèmes d'information sont désormais ouverts entre les 2 établissements. A noter toutefois que la prudence sur l'ouverture du SIH de la Fondation Lenval fait suite à des incidents de vols de données déclarées à la CNIL	nc
12	Si la responsabilité du pilotage opérationnel de la qualité et de la sécurité incombe à la direction générale de la Fondation, le conseil d'administration, en tant qu'organe stratégique de la fondation, conserve une responsabilité de surveillance et d'anticipation	Il nous semble que la CME joue un rôle dans le pilotage de la qualité, Or, Elle a refusé d'y participer. Il est reproché au CA un rôle opérationnel, pourtant contraire à toutes les pratiques de gouvernance en matière de fondation. **Comment concilier cette assertion avec vos développements en annexe sur le modèle présenté comme vertueux de la Fondation Paris-Saint Joseph, nous vous citons : "*Le rapport insiste sur la séparation nette entre niveau stratégique et niveau opérationnel. Le CA « détermine les grandes orientations de l'établissement conformément au projet du fondateur », tandis que « son président ne revendique pas de rôle opérationnel dans la conduite de l'hôpital qui est confiée au directeur général ».***	nc
13	[13]Dans ce contexte, les départs du directeur général et de la directrice des ressources humaines, intervenus en octobre 2025, ne constituent pas en eux-mêmes une réponse suffisante pour l'ESPIC. Ils ont certes permis d'atténuer certaines tensions interpersonnelles mais n'ont pas rétabli les conditions d'un pilotage stabilisé. Parallèlement, la désignation d'un administrateur judiciaire pour le GCS, véhicule de coopération entre l'ESPIC et le CHU, intervenue en novembre 2025, témoigne de la profondeur de la crise de coopération. L'ESPIC reste autonome dans sa gouvernance mais l'absence de dispositif formalisé de transition interne, dépourvu de lettre de mission explicite et de calendrier de reprise des instances, accentue le risque d'un enlisement à un moment où la restauration de la confiance demeure une priorité absolue.	Le rapport manque de nuance car il laisse à penser que seule la direction aurait été dysfonctionnelle, notamment dans la relation avec les représentants de la CME. Par ailleurs, le GCS n'est pas un véhicule de coopération entre l'ESPIC et le CHU mais une "boîte aux lettres" permettant la seule refacturation du personnel mis à disposition. La désignation d'un AP, alors même que le CHU avait refusé la mise en place d'une conciliation, permettra espérons-le, de mettre en œuvre des process clairs, loyaux et fiables liés au personnel mis à disposition (validation en amont de la liste, exercice par l'ESPIC d'un contrôle hiérarchique, accord sur les embauches et qui embauche en fonction des départs et de l'évolution des activités, validation en N-1 d'un budget prévisionnel, ...)	nc
15	Enfin, la mission souligne que la Fondation Lenval ne pourra retrouver pleinement sa capacité d'action sans l'élaboration d'une stratégie institutionnelle intégrée, planifiée pour la période 2026-2030	c'est bien l'objet du projet d'établissement dont les travaux n'ont pas pu commencé en 2025, faute de participation des médecins à l'élaboration du projet médical	nc
28	Cet ensemble comprend notamment des maisons d'enfants à caractère social (MECS), des instituts médico-éducatifs (IME), des services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), des crèches et structures de prévention	il n'y a pas de MECS ni de crèche mais un IME avec SESSAD, un EEAP, un EIS, un CAMPS, un CRA une pouponnière et un institut de formation	voir notre site internet

39	[39]L'analyse des trajectoires d'activité et des indicateurs disponibles suggère une performance organisationnelle moyenne, en dépit d'un positionnement stratégique constant dans la pédiatrie départementale. La progression du volume de séjours de 24 % en dix ans masque une productivité modeste lorsque l'on tient compte de la densité de personnel et du niveau de financement public. Les ratios d'activité par ETP soignant ne se trouvent pas dans les déciles supérieurs de l'échantillon présenté dans la plateforme HOSPIDIAG. Pour un établissement spécialisé, il n'est pas constaté	Au vu de l'activité et des taux d'occupation du secteur privé, cette "productivité" insuffisante peut s'expliquer par la difficulté à conjuguer des exigences de volume d'activités induit par la T2A et une mixité de statuts au sein du corps médical, constituant l'un des obstacles à la pérennité des coopérations public/privé.	nc
40 à 48	40-48	Le ratio d'activité n'a de sens que s'il est comparé à celui d'établissement exerçant le même type d'activités, c'est à dire la pédiatrie ; la comparaison avec un établissement pour adultes, avec une composante minoritaire d'enfants ne constitue pas un élément probant. (43) ce paragraphe est réducteur de la réalité de l'activité de Lenval. Il est évident que les chirurgies les plus fréquentes concernent les pathologies les plus simples. Il n'est cependant pas fait état des chirurgies plus lourdes, forcément moins nombreuses qui sont faites à Lenval (et non dans les autres établissements),comme la chirurgie des déformations du rachis qui constitue un pôle d'excellence de l'établissement. De même la chirurgie viscérale complexe n'est pas réalisée dans d'autres établissement. quant à la neuro chirurgie, elle est assumée d'un commun accord à Lenval et au chu. En quoi le pet scan contribue t il a la chirurgie lourde en pédiatrie?	nc
54	L'examen des comptes rendus des séances du conseil d'administration démontre que ces attendus sont partiellement respectés. Si la fréquence des réunions, leur convocation sur ordre du jour, la rédaction des comptes rendus apparaissent satisfaisants, la mission constate que la qualité des délibérations, leur indexation et le suivi de leur exécution ne sont pas optimales. Il est, par exemple, surprenant que certaines missions de conseil puissent être décidées par le bureau ou par le Président sans qu'elles ne soient formellement présentées en termes d'opportunité, de méthode et de portée pour la Fondation et ses partenaires. Au-delà de l'exemple de l'étude confiée au cabinet Mazars présenté plus loin, il apparait que les missions confiées à des cabinets d'avocat ou de conseils ne soient pas entièrement encadrées par une délibération ou, à défaut d'une information formelle et tracée.	Nous sommes surpris par ce commentaire car le CA est régulièrement informé du suivi des affaires en cours (certes, cela n'est pas toujours consigné dans les PV car cela ne donne pas lieu à délibération). Il est usuel de laisser au directeur le choix des conseils tout en présentant en bureau les offres de service sur les missions importantes. Nous comprenons de la réglementation que le directeur dispose de pouvoirs sur délégation permanente du président du CA, ce qui nous parait opportun pour une gouvernance agile et opérationnelle. Nous n'avons pas trouvé trace de courriers émanant d'administrateurs qui dénonceraient ce que vous décrivez.	nc
56	Au-delà des états comptables ou financiers fournis par le commissaire aux comptes (CAC), l'analyse du conseil d'administration devrait porter sur certains tableaux d'indicateurs pour évaluer la trajectoire de la Fondation en termes de satisfaction des patients et usagers, satisfaction au travail comme productivité des personnels, gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, dialogue social. Ces éléments d'analyse et de pilotage font défaut.	il est utile de rappeler qu'une commission Audit-Finances composée d'administrateurs de la Fondation et de la DAF dont la finalité est d'accompagner la direction générale à contribuer à la pertinence de l'information financière.	nous vous renvoyons à votre entretien avec Monsieur Guiliani du 19 novembre 2025 en matinée.

63	[63]La gouvernance de la Fondation Lenval est fortement hiérarchisée et centralisée. Le Directeur général n'a pas d'autonomie juridique propre et agit par délégation du Président (article 8.2). D'une manière générale, la mission note que la fonction de DG de la Fondation est susceptible d'être interprétée selon les équilibres du moment au sein du CA alors qu'elle nécessiterait une certaine stabilité dans la définition de sa raison d'être et de ses objectifs et la plus grande clarté quant à son mandat. A défaut, cette architecture de décisions centralisées avec une forte prévalence du bureau est de nature à ne pas réunir toutes les conditions d'un examen sinon contradictoire au moins discuté des orientations et des données de gestion. S'il existe un profil de poste du DG, un manque de formalisme persiste quant aux mandats sur les projets que celui-ci doit conduire à la demande du CA.	Au contraire, nous avons mis en place une délégation de pouvoir très générale confiée au DG. Le Président du CA, comme l'ensemble des membres, est bénévole. Il consacre à sa mission tout le temps nécessaire mais dans la stricte limite des pouvoirs et compétences techniques de chacun des salariés. Une Fondation moniste (avec un CA et non un CS et un Directoire) est toujours organisée de cette manière. la tenue d'un Bureau par mois est gage d'implication des membres ... du moins quand ces derniers y participent ce qui ne fut jamais le cas du DG du CHU absent non excusé à l'ensemble des réunions. Par ailleurs, la mise en place de Comités (audit-finance, dons & legs, communication, achats - marchés - travaux) dont la moitié des membres est volontairement ouverte à des experts extérieurs est gage de professionnalisme et de sérieux.	nc
64	(64) "audit de la société Alternego"	Il ne s'agit pas d'un audit mais d'une enquête sur les RPS diligentée par le CSE et donc les conclusions ont été présentées au personnel.	cf rapport Alternego
68	Il est utile de rappeler que dans le secteur privé commercial, **dont était issu le directeur général recruté en 2022,** la recherche de concorde entre gouvernance et corps médical repose sur une structuration médicale partagée et sur des intérêts économiques convergents conciliant l'assurance d'un revenu libéral et le retour sur investissement pour la clinique	Les directeurs de l'ESPIC et de la Fondation qui se sont succédés sont tous issus du corps des directeurs d'hôpitaux EHESP. Ils ont passé une partie de leur carrière dans des CHU, dans des ESPIC, voire dans des cliniques commerciales. Le premier directeur général était un directeur du CHU de Nice. Son successeur a exercé pendant 10 ans au sein d'un CHU. L'actuel directeur général a également exercé de nombreuses années au sein du CHU de Nice. La Fondation apprécie ce profil de directeurs qui ont une connaissance transversale de la santé. Ils sont conscients des enjeux financiers inhérentes aux structures à but non lucratif qui ne bénéficient pas de la garantie de l'Etat et qui consacrent leurs ressources humaines, professionnelles et financières au bénéfice du service public hospitalier. ce poste est pourvu depuis novembre 2025	nc
69	S'il relève de la responsabilité du conseil d'administration d'exercer un contrôle étroit sur les décisions budgétaires, immobilières, les nominations du directeur général et des chefs de services, ce contrôle gagnerait à s'accompagner d'une réelle prise en compte des avis d'experts issus du corps médical en s'appuyant en premier lieu sur la représentation de la CME. Les désaccords ou incompréhensions qui peuvent en découler pourraient utilement être dépassées par le recours conjoint du CA et de la CME à des contre-expertises médicales, scientifiques ou organisationnelles extérieures	Un directoire a été instauré pour cela. Les prises de position ouvertement hostiles à la pérennité de l'ESPIC au sein la Fondation par certains de ses membres ont rendu impossible le fonctionnement normal du directoire.	cf les PV et courriel déposés sur la plateforme

75	[75] Or, les comptes de résultats par activité montrent que l'ESPIC présente des activités dégageant des marges positives et des activités déficitaires. Parmi ces dernières, il est constaté que le compte de résultat analytique hospitalier de l'imagerie est déficitaire d'1,6 million d'euros, celui de la pharmacie d'1,2 million d'euros.	Or, la lecture des comptes de résultats par activité appelle une réserve méthodologique. En effet, certaines fonctions telles que la pharmacie et l'imagerie relèvent de centres de coûts support, dont les charges ont vocation à être réparties entre les différentes activités MCO bénéficiaires, et non analysées isolément comme des activités génératrices de résultats propres. Dans ce contexte, le constat selon lequel le compte de résultat analytique hospitalier de l'imagerie serait déficitaire à hauteur de 1,6 M€ et celui de la pharmacie de 1,2 M€ ne saurait être interprété comme la traduction de contre-performances économiques intrinsèques. Ces déficits résultent principalement d'une affectation directe des charges sans refacturation complète aux activités cliniques consommatrices, ce qui biaise l'analyse comparative des marges par activité. En conséquence, seule une analyse intégrant une ventilation appropriée de ces coûts support au sein des activités MCO permettrait d'apprécier de manière pertinente la contribution économique réelle des différentes filières de prise en charge.	nc
78	(78) la mission n'a pas pu faire un examen approfondi de certains éléments que la DG lui a transmis tardivement et de manière partielle et sans réelle analyse de sa part	**Nous sommes très surpris par cette assertion. L'ensemble des données financières demandées a été fournies. Si le délais de réponse s'est exceptionnellement rallongé de quelques jours à compter de novembre 2025 due à la période complexe de l'intérim, cela ne peut laisser supposer une mauvaise volonté ou un manque de transparence volontaire de la part de la Fondation qui a répondu à l'ensemble des demandes des inspecteurs IGAS de juillet à décembre 2025.** **Aucune observation n'a d'ailleurs été formulées en cours de la mission sur un doute possible quant à la volonté de coopérer ou même de ne pas produire l'intégralité des données disponibles**	voir les documents sur la plateforme
80	(80) incertitudes sur les données fournies	**Cette remarque manque cruellement de nuance et pourrait induire une suspicion non légitime sur la sincérité de nos comptes pourtant audités chaque année par un Commissaire aux Comptes n'ayant émis aucune réserve jusqu'alors.** Aucune remarque dans ce sens n'a été formulée durant la mission. Il est dommage en cas de doute qu'il n'ait pu être clairement exprimé de façon à permettre une éventuelle vérification	cf rapports du CAC
	paragraphes 81 à 90	une contradiction apparait à la lecture de ces paragraphes : - soit le CA est opérationnel auquel cas il est responsable, sous réserve des délégations consenties, et notamment dans les termes du paragraphe 85, -soit le CA est stratégique et cela exclut tous ces prétendus manquements. Nous relevons de la 2nd catégorie ; cf nos commentaires supra au visa du paragraphe 12.	nc
86	(86)Il n'y a pas de présentation du rapport annuel des représentants des usagers en séance du CA.	Le rapport annuel de la CDU 2024 a été présenté au bureau du CA de septembre 2025, compte tenu de contrainte calendaire, ne permettant pas d'attendre le prochain CA	nc

88	(88)La commission des usagers, bien que régulièrement réunie et produisant son rapport annuel, n'est pas associée à un pilotage intégré des risques au niveau de la gouvernance institutionnelle	Rappelons que jusqu'en 2024, il y avait bien une présence d'un représentant des usagers au Conseil d'administration.	nc
104	[104] La convention-cadre 2014 consacre un volet complet sur l'enseignement et la recherche : création d'un projet hospitalo-universitaire pédiatrique, intégration de Lenval dans les instances de recherche du CHU (DRCI28, CRBSP, comité scientifique), plan commun de recherche clinique et innovation.	La coopération en matière de recherche se borne à la délégation de la promotion pour pouvoir bénéficier de l'appui technique de la DRCI. De fait, la DRCI du CHU a bien connaissance de l'ensemble des projets de recherche impliquant la Fondation Lenval mais l'inverse n'est pas vrai. La "commission recherche" issue de la CME ne fait d'ailleurs jamais état des projets de recherche du CHU.	nc
116	(116)Des contributions ont bien été produites avec deux séminaires de synthèse (mars 2022) puis de mobilisation (juin 2022) mais force est de constater que cette dynamique s'est arrêtée avec le changement des responsables à la tête du CHU comme de la Fondation.	Il faut noter que l'ARS, qui a elle-même connu des changements à sa tête et qui était à l'origine de cette prestation d'accompagnement, n'a pas demandé formellement aux Directions Générales de se saisir de ce travail qui n'a donc jamais eu de validation par les instances. A noter que le CHU a présenté en 2025, **sans concertation préalable avec le Fondation**, un projet médical inclus dans un nouveau Projet d'établissement ne tenant aucunement compte des travaux de 2022. La précédente direction générale de la Fondation avait, quand à elle, partagé son projet médical avec le CHU, dont la rédaction tenait compte des travaux de 2022.	voir les documents sur la plateforme
117	(117) le directoire ne s'est plus réuni depuis avril 2025	le directoire ne s'est plus réuni depuis avril 2025, sur blocage de la présidence de CME et malgré les demandes répétées de la Direction de l'ESPIC	voir les documents sur la plateforme
117	Un affaiblissement des organes de gouvernance. Le conseil d'administration ne joue pas pleinement son rôle de pilotage, notamment en matière de qualité et de gestion des risques. Le directoire ne s'est plus réuni depuis avril 2025 ; **la CME est marginalisée et le CSE semble instrumentalisé**	Cette phrase manque de nuance et de considération pour le CSE. Nous avions compris de vos développements et de votre annexe 4 qu'un CA d'une fondation ne doit pas être en pilotage de l'organisation et de la gestion médicale mais doit se consacrer aux décisions stratégiques de la Fondation.	nc
123	[123]Le bureau du CA, composé de quatre membres (dont trois issus du collège des fondateurs), fonctionne comme un cercle d'arbitrage interne. Il n'inclut pas de représentant médical de la Fondation. Le directeur général du CHU est régulièrement absent, souvent sans excuse formelle, et les procès-verbaux ne lui sont pas transmis. Les décisions du bureau, parfois traduites en orientations stratégiques, sont ensuite présentées au CA avec des nuances ou interprétations variables. Cette configuration a favorisé une confusion entre pilotage institutionnel et gestion du partenariat.	Lors des accords de 2013, il a été prévu une représentation médicale au sein du directoire de l'ESPIC et non au sein du CA et donc du bureau (composé de 4 membres du CA). Nous rappelons qu'un représentant du CSE est présent au CA. Il s'agit d'un professionnel médical. Il est en effet important de relever l'absence du DG du CHU lors des dernières réunions du Bureau. Il faudrait aussi souligner que lorsqu'il est présent en Conseil d'administration, il exprime ouvertement une opposition aux décisions qu'il considère comme contraires aux intérêts du CHU et ne se positionne jamais comme administrateur de la Fondation.	voir les documents sur la plateforme

155	[155] La mission relève que la CME, sans qu'elle en soit totalement responsable, n'a plus exercé pleinement son rôle de coanimation de la politique qualité-gestion des risques, prévu au Code de la santé publique42.	A plusieurs reprises, la PCME a manifesté ouvertement un certain désintérêt pour la politique qualité et gestion des risques, laissant la Direction qualité seule et relativement démunie. CF : absence de nomination d'un coordonnateur médical des risques à la démission du Dr SOLLA, soutien aux médecins qui refusent l'audit des dossiers patients dans le cadre des IQSS, non participation aux réunions de certification HAS. Durant l'année 2024, le bureau de la CME a même ouvertement manifesté une hostilité à l'encontre de l'ESPIC, exprimant en 2025 son adhésion au projet du CHU de Nice, de récupérer la pédiatrie de LENVAL. Une telle position est antinomique avec les missions de la CME et rend impossible une collégialité médico-institutionnelle.	voir les documents sur la plateforme
156	[156]L'annonce par une partie du corps médical, au cours du premier trimestre 2025, d'un projet de transfert de la pédiatrie sur le site de l'hôpital de l'Archet a servi de catalyseur. L'intervention du président de la CME du CHU lors d'un bureau de CME de la Fondation, en fin du 1er trimestre 2025, a été perçue comme une ingérence. D'autres éléments ont conduit à alimenter un climat de grande méfiance réciproque, entraînant au niveau du président du CA et de la direction générale de la Fondation la décision de recourir à la procédure d'une sommation interpellative adressée au vice-président de CME de l'ESPIC par la gouvernance.	L'entreprise de déstabilisation de l'ESPIC, avec comme point d'orgue, l'intervention dans l'amphithéâtre de la Fondation, du PCME du CHU pour annoncer à notre personnel, le transfert de la pédiatrie de LENVAL à l'ARCHET, n'est pas une perception mais une réalité. Le Vice président de la CME, salarié protégé de la Fondation, s'est employé à relayer cette fausse information dans les services d'hospitalisation de l'ESPIC, créant un climat très anxiogène pour nos salariés en poste. Après consultation des personnes compétentes dans la gestion de ce type de situation dans les établissements de santé, il est apparu qu'un acte hautement déloyal commis par ce salarié protégé, dans le contexte social, politique et économique parfaitement connu de cette personne était inacceptable et justifiait pleinement une sommation interpellative afin de faire cesser cette entreprise et lui rappeler ses obligations vis-à-vis de son employeur. La surexploitation qui sera faite de cette sommation interpellative vise à focaliser l'attention sur la réaction de la Fondation pour mieux occulter l'action de déstabilisation dont elle a été victime et éviter de s'interroger sur les investigateurs. Votre rapport insiste lourdement sur cet acte mais minore grandement les faits du 13 mars 2025. L'un ne peut pas être analysé sans l'autre. Nous avons le plus grand respect pour le corps médical. Nous avons pleinement conscience de la situation démographique médicale mais cela n'excuse pas les actions portées par certain pour nuire à notre institution en propageant de fausse information.	nc
157	[157] Cet acte marque une rupture dans la gestion des relations internes, substituant à l'encadrement managérial une logique pré-judiciaire, éloignées des pratiques de collégialité promue en milieu médical, de prévention des risques psychosociaux, et de qualité du dialogue médico-institutionnel.	Faut-il comprendre qu'un médecin, salarié protégé d'un ESPIC, **vice président de la CME de cet établissement,** qui invite ouvertement ses confrères et le personnel à démissionner pour rejoindre un établissement "soi disant" partenaire, qui affiche brutalement un projet de captation des activités de la Fondation, adopte un comportement qui concoure à une gestion saine et positive de la relation interne, est conforme aux pratiques de collégialité promue en milieu médical, contribue à la prévention des risques psychosociaux et à la qualité du dialogue médico-institutionnel ? Est ce que la mission, qui est chargée d'évaluer les risques psychosociaux, s'est intéressée aux impacts des actions menées depuis le 13 mars 2025 par le PCME du CHU, la PCME et le VPCME de l'ESPIC sur le personnel de la Fondation ?	nc

158	[158] Cette démarche a provoqué une réaction collective de 89 soignants sous la forme d'un signalement au titre de l'article 40 du Code de procédure pénale43, marquant une rupture totale de confiance.	Nous souhaitions préciser que le signalement au titre de l'article 40 a été porté par plus de **80 PUPH du CHU de Nice q**ui sont mis à disposition de la Fondation LENVAL, auquel s'y est joint moins de 10 personnels salariés de la Fondation LENVAL sur un total de 1429 salariés et sur un total de plus de 1650 professionnels. Il faut également rappeler que ce signalement a été fait concomitamment à des déclarations hostiles du CHU quant au devenir de la pédiatrie de LENVAL. Des tentatives avortées de grève en mai et juin 2025 au sein de l'ESPIC avaient précédées ce signalement.	nc
159	[159] En juin 2025, le bureau de la CME a proposé un projet de charte de bienveillance pour tenter de rétablir le dialogue, le posant comme condition préalable à toute participation aux échanges, sans produire de résultats tangibles.	Malheureusement, le contenu de ce projet de charte s'est avéré orienté et inadapté à l'objectif poursuit. Nous avons proposé une alternative, plus respectueuse des obligations de chacuns en alertant l'auteur sur son caractère confidentiel car les CSE n'en avait pas encore été saisi. C'était sans compter sur l'impétuosité du rédacteur initial. En effet, Il nous a été signifié que le bureau de la CME ne participera pas aux Directoires et autres réunions internes portant notamment sur des aspects médicaux tant que la direction ne signera pas sa version initiale, refusant de fait toute discussion. Il nous parait important de le relever car ce modus operandi est habituel et totalement contraire aux principes managériaux et relationnels qui sont promue dans votre rapport.	voir les documents sur la plateforme
172	Cette situation entraîne le 24 mai 2025 la parution d'un tract de l'organisation FO du CHU qui dénonce la « brutalité managériale » de Lenval, appelle à manifester et revendique la défense d'une « pédiatrie humaine », s'appuyant sur l'évocation de la souffrance au travail et sur la dénonciation d'une direction autoritaire. Le 2 juin 2025, un communiqué du président de la CME du CHU exprime par un texte long, relayé par les médias nationaux, un point de vue concernant la Fondation Lenval qu'il présente comme un établissement en crise interne, évoquant « brutalité managériale », « risques psychosociaux » et « désinformation ». L'intention perceptible est d'alerter l'opinion et les pouvoirs publics en positionnant le CHU comme protecteur des soignants et garant de la qualité des soins.	Il est en effet étonnant qu'une organisation syndicale dénonce le management d'un employeur tiers au sein duquel d'ailleurs cette organisation est minoritaire. Il serait plus efficient de faire état de la position des deux syndicats majoritaires au sein de l'ESPIC (communiqués de presse de la CFDT et de la CGT) qui ont réaffirmé leur engagement dans la "*défense du modèle « Lenval », au service exclusif de la santé de l'enfant*" . Dans un communiqué commun, La CFDT et la CGT Lenval "*appellent tous ceux qui, depuis plusieurs semaines, s'expriment publiquement et multiplient les prises de position médiatiques non étayées, à respecter cette démarche sérieuse et responsable. En particulier, si Monsieur le Président de la CME du CHU de Nice a en sa possession des éléments étayant les propos graves qu'il a tenus par voie de presse ces derniers jours, nous l'invitons à se saisir de cette démarche paritaire, dans l'intérêt de tous.* *Plutôt que de continuer à instrumentaliser le sujet à des fins extérieures à l'intérêt des personnels et des enfants, chacun est invité à s'inscrire dans le cadre de ce diagnostic indépendant qui permettra, enfin, de poser un constat partagé sur la réalité des conditions de travail à Lenval.* *Il en va de la sérénité des débats internes, du respect des professionnels, et surtout de l'avenir du projet de soins au service des enfants et de leurs familles* ".	Voir la plateforme et les CP des 3, 5 et 13 juin 2025

198	[198]De même, l'élaboration d'un nouveau projet médical commun assisté par la société Opus Line à partir de la fin de l'année 2021 témoignait d'une volonté de surmonter les échecs rencontrés qu'il s'agisse de l'abandon du transfert des activités de maternité et de réanimation néonatale sur un site acquis par la Fondation ou de l'absence de départ de la maternité Santa Maria du site principal de la Fondation. L'ARS avait souhaité engager cette démarche et avait d'ailleurs assisté à une phase de restitution en juin 2022. Celle-ci avait vocation à se poursuivre au second semestre 2022, à condition que l'ARS en valide le principe, la méthode et les conclusions. Cette validation supposait que les instances délibérantes du CHU et de la Fondation se prononcent favorablement sur le projet, ce qui n'a pas été le cas, aucune motivation n'ayant été fournie pour expliquer ce renoncement resté tacite	cette étude d'Opus Line n'a jamais été et ne sera jamais un projet médical. La non validation par chacune des instances médicales est suffisamment explicite. S'agissant de celui à bâtir, nul besoin de s'appuyer sur ces conclusions passées au risque de crisper les parties prenantes.	nc
205	[205]La traduction opérationnelle de cette réduction consiste notamment à ne plus rembourser les dépenses associées aux salaires des internes en médecine. Si cette position peut s'entendre dans la mesure où le CHU reçoit chaque année une dotation pour les rémunérations des internes de la subdivision, le symbole renvoyé à la communauté médicale hospitalo-universitaire est au minimum problématique. Elle a pu être interprétée de manière négative par les universitaires, dans un contexte où d'autres communications internes ont eu un effet négatif (voir infra), comme un manque de considération pour la mission voire leur travail.	Ce n'est pas ce qui figure dans les différentes propositions de budget du GCS pour 2024/2025 puisque la Fondation propose de partager le déficit de l'ESPIC.	voir les documents sur la plateforme
209	Le CHU de Nice a engagé une procédure, le 11 mars 2025, en assignant la Fondation Lenval devant le tribunal judiciaire de Nice, demandant la désignation d'un administrateur provisoire et la fin de la conciliation. Le CHU fait alors valoir que, depuis juin 2024, la gouvernance est bloquée dans la mesure où les règlements dus par Lenval pour les mises à disposition de personnels ne sont plus honorés, les assemblées générales sont paralysées et la gestion quotidienne du GCS compromise. Le CHU dénonce une instrumentalisation du GCS au profit de la Fondation, estimant que cette situation met en péril la continuité et la qualité des soins pédiatriques. Ainsi, le CHU justifie son action par la nécessité de sauvegarder le service public pédiatrique	Une étape procédurale a été oubliée, à savoir que le Tribunal judiciaire de Nice avait ordonné une conciliation et désigné à cette fin un administrateur judiciaire. Cette conciliation n'a pas pu être mise en œuvre en raison du refus du CHU de Nice.	voir les documents sur la plateforme

212- encadr	L'administrateur provisoire est investi d'un mandat large exerçant les prérogatives normalement dévolues à l'administrateur statutaire, incluant la capacité d'engager le GCS, de le représenter dans tous les actes de gestion et d'assurer la continuité de l'autorité exécutive.	il s'agit d'un mandat réduit aux compétences légaux de l'administrateur d'un GCS. Les demande d'élargissement des pouvoirs de l'administrateur portées par le CHU de Nice ont été rejetées par le Tribunal judiciaire, notamment celle qui consistait à demander à l'administrateur de modifier l'administration du GCS en désignant un PUPH et un comptable au lieu et place d'un administrateur issu des membres comme le prévoit la loi.	voir l'ordonnance versée sur la plateforme
	paragraphes 207 à 213	il conviendrait d'ajouter dans ces paragraphes les éléments suivants : - la conciliation refusée par le CHU ; - opposition manifeste du DG du CHU à chaque AG ; - le non paiement par le CHU à la Fondation de plus de 10.000.000 € de factures correspondant à des services rendus et justifiés par la Fondation LENVAL "à titre de rétorsion" (SIC)	les procédures judiciaires déposées sur la plataforme
224	La thèse selon laquelle la dégradation résulterait principalement du non-respect du protocole CHU–Lenval est ainsi remise en cause. Les choix internes de gestion RH apparaissent comme une cause structurelle majeure du déficit, complétée par l'alourdissement des charges de structure et des amortissements. Les charges de Titre 4 (amortissements, provisions, frais financiers) ont progressé de –2,1 M€ en 2011 à –13,8 M€ en 2023.	La fondation n'a pas la même lecture des conclusions de ce rapport. Les points endogènes évoqués dans ce rapport sont contrebalancés par un financement en fonds dédiés de la masse salariale, qui ne peuvent donc contribuer au déficit structurel de l'ESPIC. En revanche, la perte de la maternité et la non réalisation des engagements du CHU de Nice ont fortement handicapé la Fondation LENVAL dans la gestion de l'ESPIC. Dans son analyse de la trajectoire financière de l'ESPIC HPNCL, le cabinet Mazars met principalement en avant l'évolution des effectifs ainsi que l'impact des mesures Ségur sur la masse salariale. En revanche, contrairement à ce qui est mentionné dans votre pré-rapport, l'analyse ne retient pas l'hypothèse d'un alourdissement des charges lié aux investissements récents ni à une augmentation des provisions pour risques et contentieux à compter de 2021. À la demande de la Mission, l'examen détaillé du tableau récapitulatif des provisions pour risques fait apparaître, sur la période 2019-2023, un repli de 124 K€. Par ailleurs, la quote-part des dotations aux investissements enregistre une progression de 291 K€ sur la même période, soit une progression de 19%.	nc
260	Cette initiative n'aurait pu se comprendre qu'après l'échec d'une régulation interne à la Fondation. Elle illustre une vision réactive sans analyse de sa portée culturelle et sociale, démontrant que la gouvernance s'est focalisée sur une logique de conflit contre des adversaires et non des partenaires	La fondation considère la CME non seulement comme un partenaire mais comme un allié. Elle a pleinement conscience que les médecins occupent un rôle essentiel au sein de l'ESPIC.Elle souhaite rappeler que le personnel non médical mérite tout autant d'être respecté. Cependant, les prises de position du bureau de la CME en 2023, 2024 et 2025 ne s'inscrivaient pas dans cette approche.	nc

264	(264) les EIGS connus de l'ARS se concentrent sur les soins critiques	Malgré de nombreuses demandes, l'ARS n'a jamais produit de synthèse de ces EIGS et la fondation apprend, par ce rapport, que les EIGS se concentre sur des soins critiques. L'ARS aurait pu alerter les 2 établissements et leur proposer des actions d'analyse commune avec l'aide de la cellule PASQUAL. Il est curieux de mettre en avant le nombre d'EIGS considérés implicitement comme signal d'une qualité préoccupante et de déclarer (269) et (270) que finalement il y a peu d'EIGS déclarés !	nc
285	Une forme de « jusqu'au boutisme » des positions a eu pour conséquences la non-définition des protocoles communs de transferts et de continuité de soins (ex. onc-hémato, dialyse, chirurgie néonatale) pourtant identifiés comme prioritaires dès 2022, l'absence de plan d'action partagé sur les risques graves signalés (transport, SMUR pédiatrique, coordination ville-hôpital), l'impossibilité pour l'ARS de valider un plan de sécurisation opérationnel en l'absence d'un document médical co-signé. La mission de médiation de 2024 a d'ailleurs acté que « les engagements des deux parties à définir des actions communes n'ont pas été suivis d'effets », le retrait de Lenval des réunions transitoires et la défiance réciproque entre directions maintenant les fragilités initiales.	il sera rappelé que la direction générale de l'ESPIC a sollicité à de maintes reprises la PCME pour travailler avec son homologue du CHU sur ces protocoles, en vain. La direction générale a du rédiger lui-même ces protocoles, ce qui a permis de sécuriser la prise en charge des enfants.	nc
301	[301]Le préfet, en sa qualité de commissaire du gouvernement, n'a pas vocation à devenir un acteur de pilotage opérationnel ni un arbitre des choix stratégiques internes. Son rôle consiste à veiller au respect du droit, à la conformité des délibérations et à la protection de l'intérêt général. La mission estime que, du fait du caractère d'utilité publique de la fondation, la présence du commissaire du gouvernement constitue un élément de régulation important dans sa gouvernance, et que la transparence sur les motivations de ses décisions contribue à la protection de l'intérêt public. [302]La présence du CHU au conseil d'administration de la Fondation, historiquement issue d'une logique dite de partenariat né de la volonté partagée de construire ensemble une structure commune regroupant des activités des deux partenaires, s'est transformée dans le contexte récent en facteur de tension structurelle et en source d'ambiguïté institutionnelle. Ce projet commun initial n'ayant plus de réalité ni de perspectives, la logique actuelle devrait revenir sur les conditions qui ont initialement justifié la modification des statuts. Cette situation a en effet contribué à fragiliser la distinction entre gouvernance stratégique et partenariats opérationnels. Dans ce cadre, la mission considère que la révision de la composition du CA constitue une	Initialement il avait été prévu un collège de membres de droits au 1er rang desquels le Ministère de l'intérieur représenté, en pratique, par le Préfet du département. Le conseiller d'Etat en charge de la refonte des statuts liée au protocole de 2013 a exigé que ce collège soit modifié en collège des partenaires institutionnels et que le Préfet devienne Commissaire du gouvernement au motif que l'Etat, devant acquérir le terrain arrière, aurait été en situation de conflit d'intérêts. Le Commissaire du gouvernement ne dispose que d'une voix consultative. Il nous parait indispensable de revenir à un collège de membres de droit composé du Ministère de l'intérieur et de quatre autres membres. Cela comme indiqué *supra* nécessite une refonte de nos statuts.	nc
304	[304]Cette révision pourra, le cas échéant et selon un calendrier défini, conduire au retrait du représentant du CHU du conseil d'administration tout en prévoyant des modalités alternatives de concertation institutionnelle.	Nous partageons cette préconisation mais rappelons que la refonte de nos statuts doit être approuvée à l'unanimité. De même, l'approbation des statuts (création comme refonte) d'une FRUP est accordée soit par arrêté du ministre de l'intérieur, lorsqu'il est pris conformément à l'avis du Conseil d'État, soit par décret en Conseil d'État, en cas d'avis non conforme.	nc

319	[319] la fondation Lenval gère plusieurs établissements médico-sociaux dédiés à l'accompagnement d'enfants et de jeunes adultes en situation de handicap.	la Fondation gère également : - l'EEAP Henri Germain (51 enfants en internat et semi internat) - l'IES les chanterelles (50 enfants en semi internat) - la pouponnière le Patio (36 enfants en internat et 22 enfants en suivi) - Le CRA - le Carrefour Santé Jeunes	cf notre site internet et nos projets d'établissements
	VOLET - RECOMMANDATIONS		
	3ème recommandation Mettre en œuvre un plan de prévention des risques psychosociaux afin de renforcer le bien-être des équipes.	Le rapport ALTERNEGO a été présenté au CSE le 18 septembre 2025 et ce dernier a voté à cette occasion la mise en place d'un COPIL Paritaire pour élaborer un plan d'action avec la participation de chaque syndicat représentatif et non représentatif, et de membres du CSE, ainsi que la Direction des soins, la DRH et la Directrice déléguée. Le COPIL s'est réuni 4 fois. le CSE a validé son plan d'action le 18 décembre 2025, lequel sera présenté en CA le 5 février 2026. Nous rappelons que la procédure alerte a été mise à jour en septembre 2025.	cf les documents déposés sur la plateforme
	4ème recommandation : Rendre effectif l'exercice du rôle de commissaire du gouvernement par le Préfet qui ne doit pas être membre de collège mais utiliser son contrôle et son droit d'alerte, afin de garantir la bonne application du droit, la lisibilité des responsabilités et l'équilibre de la gouvernance.	même si Monsieur le Préfet peut recevoir dès que possible le Président de la Fondation, la mise en œuvre de modifications statutaires nécessitent i) un formalisme interne important ii) suivi de délais d'instruction par le Ministère de l'intérieur et le Conseil d'état parfois très longs.	nc
	5ème recommandation : Ajuster le maintien du GCS et les modalités de coopération entre le CHU et la Fondation en fonction des conclusions de l'administrateur judiciaire.	Nous rappelons que l'administrateur provisoire a été nommé pour 8 mois et va très probablement solliciter un délai supplémentaire.	ordonnance du Tribunal judiciaire du 10 novembre 2025
	8ème recommandation : Sécuriser l'engagement effectif du CHU dans l'accord de méthode en instituant, sous l'égide de l'ARS, un suivi partagé comprenant un calendrier impératif, un reporting mensuel conjoint et une revue trimestrielle contradictoire, permettant d'activer des mesures correctives en cas de retard.	pourquoi exclure Lenval du processus ?	NC
	11ème recommandation : Mandater un audit indépendant passant en revue la situation financière et organisationnelle de la Fondation, en passant par une saisine de la chambre régionale des comptes par le directeur général de l'ARS et le Préfet de département.	Tous les éléments comptables vous ont été fournis mais un **audit indépendant préalable** peut s'avérer utile. La saisine de la chambre régionale des comptes relève en effet du pouvoir des autorités compétentes qui devront bien mesurer l'impact en terme d'image pour notre Fondation dont la gouvernance et la gestion sont sans doute perfectibles mais qui s'honorent de l'engagement des bénévoles dévoués à la cause.	cf les documents déposés sur la plateforme
	12ème recommandation : Mettre en place un dialogue de gestion mensuel entre l'ARS et impliquant la direction générale, le président de la commission audit-finances, un représentant de la CME et un représentant du CSE de la Fondation Lenval afin d'assurer un partage des données médico-économiques, des actions de redressement budgétaire et financier et des mesures de prévention des risques psycho-sociaux.	Nous suggérons de rajouter : permettant d'activer des mesures correctives en cas de retard et l'allocation d'aide financière ponctuelle si nécessaire	nc

	15ème recommandation : Recruter une direction générale disposant d'un mandat clair et de capacités reconnues, afin d'assurer progressivement un pilotage stable et efficace de l'ESPIC et de la Fondation.	Les directeurs de l'ESPIC et de la Fondation qui se sont succédés sont tous issus du corps des directeurs d'hôpitaux EHESP. Ils ont passé une partie de leur carrière dans des CHU, dans des ESPIC, voire dans des cliniques commerciales. Le premier directeur général était un directeur du CHU de Nice. Son successeur a exercé pendant 10 ans au sein d'un CHU. L'actuel directeur général a également exercé de nombreuses années au sein du CHU de Nice. La Fondation apprécie ce profil de directeurs qui ont une connaissance transversale de la santé. Ils sont conscients des enjeux financiers inhérentes aux structures à but non lucratif qui ne bénéficient pas de la garantie de l'Etat et qui consacrent leurs ressources humaines, professionnelles et financières au bénéfice du service public hospitalier. ce poste est pourvu depuis novembre 2025	nc
	ANNEXE DU RAPPORT		
1	annexe 1 : cartographie des activités de la Fondation	il manque l'EEAP HENRI GERMAIN, l'IES les Chanterelles, la Pouponnière et le CRA (centre de Ressource Autisme)	
2	annexe 2 : portrait chiffré de l'ESPIC HPNCL / RH	dans le 2 RH : la variation des ETP médicaux est à considérer au global en tenant compte aussi des ETP médicaux mis à disposition, sinon cela ne veut rien dire	
2	annexe 2 : portrait chiffré de l'ESPIC HPNCL / RH	L'évolution des ETP PNM est à mettre en regard de la création de nouvelles activités ou établissements (création du Centre d'accueil de jour de Beausoleil en 2023, création d'un espace parent-bébé en périnat en 2023...)	
4	annexe 4 synthèse des études sur le climat social	l'étude Alternego n'est ni un audit ni un diagnostic mais un état des lieux	
	liste des personnes rencontrées	RAYNALD GYDE et non pas GYNE	

OBSERVATIONS DU CENTRE HOSPITALIER DE NICE

Direction générale

Nice, le 26 janvier 2026,

Observations du Centre Hospitalier Universitaire de Nice au rapport IGAS relatif au contrôle de la gouvernance de la Fondation Lenval

A titre liminaire, la gouvernance du CHU de Nice (Direction générale, Président de CME, Doyen) remercie les membres de la mission pour la qualité de l'écoute et des échanges avec l'ensemble des professionnels rencontrés.

La gouvernance du CHU de Nice salue la qualité des travaux conduits par la mission qui ont permis d'avoir une approche complète du contexte et des enjeux, qui sont fidèlement exposés dans le rapport remis par la mission.

Le CHU de Nice remercie également les membres de la mission pour la pertinence des recommandations proposées et s'engage à contribuer activement à leur mise en œuvre.

De façon plus précise, le rapport IGAS appelle les observations suivantes de la part du CHU de Nice :

- Paragraphe 123 :
  Le Directeur général du CHU de Nice, constatant une approche trop administrative et juridique dans le fonctionnement du bureau du Conseil d'Administration de la Fondation, a sollicité la possibilité auprès du Président et du Directeur Général de la Fondation, de pouvoir y participer en présence d'un représentant médical du CHU de Nice (Président de CME).
  Cette proposition a fait l'objet d'un refus de la Présidence de la Fondation, confortant l'orientation trop administrative du bureau du Conseil d'Administration, ce qui a donc conduit le Directeur général du CHU de Nice à ne pas y participer régulièrement.

- Paragraphe 205 :
  La mission IGAS indique que « la traduction opérationnelle de cette réduction consiste notamment à ne plus rembourser les dépenses associées aux salaires des internes en médecine » et que « cette position peut s'entendre dans la mesure où le CHU reçoit chaque année une dotation pour la rémunération des internes de la subdivision ».

  Le CHU de Nice rappelle que le financement MERRI études médicales reçu par le CHU pour les stages hospitaliers des étudiants de 3e cycle est un forfait qui varie en fonction de l'ancienneté de l'étudiant dans son cursus de formation, et, donc sa participation à l'activité de soins.
  Le forfait représente par exemple, 45% des émoluments versés aux internes de 1ère année et décroît progressivement en fonction de l'ancienneté de l'étudiant dans son

cursus de formation pour atteindre 16% des émoluments versés aux Docteurs juniors de 2e année.
La part des émoluments non financée par le forfait MERRI études médicales est ainsi financée par les produits de l'activité de soins perçus par la Fondation LENVAL.
Conformément aux modalités de financement des émoluments des internes, le CHU de Nice reverse la MERRI études médicales reçue pour les stages hospitaliers réalisés par les étudiants de 3e cycle au sein de l'ESPIC HPNCL à la Fondation Lenval.
Il conviendrait pour le CHU de Nice, en cohérence avec les modalités de financement rappelées ci-avant, de maintenir cette organisation pour ne pas faire porter indument au CHU de Nice les charges des émoluments des internes non financées par le forfait au titre de la MERRI études médicales.

- Paragraphe 300 :
Le rapport de la mission préconise de clarifier la coopération renforcée [...], et, le cas échéant, de permettre au CHU de se retirer de la Fondation, en cohérence avec le modèle de coopération retenu.

Le CHU de Nice a bien pris note de la proposition de la mission de ne plus confier de mandat à des représentants du CHU de Nice au sein du Conseil d'Administration de la Fondation. Cette proposition reçoit un avis favorable du CHU de Nice, dans la mesure où la coopération peut s'organiser dans le cadre du GCS HPNCL, dont la reprise du fonctionnement est fortement souhaitée par la gouvernance du CHU de Nice.

Le CHU de Nice précise, néanmoins, que les problématiques opérationnelles soulevées par le rapport subsistent, malgré la désignation d'un administrateur judiciaire pour assurer le fonctionnement du GCS HPNCL.
En effet, le CHU de Nice assure encore aujourd'hui la rémunération des professionnels médicaux, internes, étudiants et soignants, en l'absence de remboursement des rémunérations par la Fondation LENVAL.
Par ailleurs, en l'absence d'orientations transmises par la Fondation LENVAL au CHU de Nice, la mise en œuvre de la revalorisation temporaire des astreintes et de la réforme de la forfaitisation des astreintes pour les praticiens hospitaliers participant à la permanence des soins de pédiatrie assurée par la Fondation LENVAL n'est pas effective.

Rodolphe BOURRET

Directeur Général

REPONSES DE LA MISSION AUX OBSERVATIONS TRANSMISES LORS DE LA PHASE CONTRADICTOIRE

REPONSE DE LA MISSION AUX OBSERVATIONS DE LA FONDATION LENVAL (NICE)

[396] La Fondation conteste certains aspects de la méthode d'instruction, mettant notamment en cause la contextualisation historique du partenariat avec le CHU, la prise en compte des données fournies ainsi que l'interprétation des tensions internes. Ces critiques ne sont pas fondées.

La mission rappelle que la méthodologie appliquée a été rigoureuse et conforme aux bonnes pratiques de l'inspection notamment au travers de :

- L'analyse documentaire, incluant procès-verbaux, rapports internes, audits externes, rapports d'activités, données des événements indésirables graves associés aux soins, échanges avec l'ARS, documents du GCS, courriers et contributions spontanées.
- Des entretiens multiples et croisés auprès de l'ensemble des parties prenantes : direction, présidence, CME, cadres, praticiens mis à disposition, représentants du CSE, organisations syndicales, ARS, CHU, universitaires.
- L'exploitation d'enquêtes et de diagnostics existants, notamment l'audit AlterNego, la médiation ARS interrégionale, l'enquête SOLEN, les analyses budgétaires fournies par la direction.
- La prise en compte des réponses fournies, y compris celles adressées tardivement, mais dont le caractère partiel ou non analysé n'a pas permis d'infirmer les constats établis.

[397] Contrairement à ce que la Fondation indique, le rôle du CHU dans l'examen historique des tensions a été pris en compte. Le renvoi systématique à des responsabilités externes opéré par la fondation ne saurait occulter les dysfonctionnements internes constatés, notamment :

- L'affaiblissement des organes de gouvernance,
- La dégradation du dialogue interne,
- La polarisation des désaccords au sein de l'ESPIC et entre une partie du corps médical et la gouvernance,
- L'insuffisance de pilotage des risques,
- La tendance à la judiciarisation de la relation avec certains praticiens,
- La diffusion d'un récit institutionnel ne reposant pas sur des données consolidées.

Les observations transmises par la Fondation n'apportent aucun élément de nature à modifier les conclusions de la mission. Au contraire, la tendance qu'y montre la Fondation à systématiquement rejeter sa responsabilité sur les acteurs externes est de nature à aggraver les constats faits par la mission et appelle à une attention redoublée de la part de l'ARS et du préfet sur la mise en œuvre effective des recommandations (cf. infra).

[398] Ainsi, sur **la gouvernance interne**, les constats demeurent inchangés :

- Un conseil d'administration fragilisé dans sa capacité de pilotage stratégique.
- Un bureau jouant un rôle d'arbitrage sans garantie de prise en compte de toutes les dimensions d'un management transparent et recherchant l'implication des parties prenantes notamment médicale de l'ESPIC.
- Un directoire inopérant, faute d'une participation médicale et d'un pilotage partagé.
- Une CME divisée, dont le rôle dans le pilotage qualité–sécurité est devenu marginal.
- Un dialogue social polarisé, la prévention des RPS n'ayant pas été structurée suffisamment tôt.

[399] Aucun élément du mémoire en réponse ne contredit ces faits, étayés par les documents internes, les entretiens et les diagnostics tiers.

[400] **Sur la coopération avec le CHU et le fonctionnement du GCS**, la Fondation adopte une lecture exclusivement causale du non-respect des accords de 2013. La mission maintient que :

- Les responsabilités sont partagées : la coopération a souffert tout autant du retrait progressif du CHU que de choix de gouvernance et de posture institutionnelle de la Fondation.
- Le GCS, devenu un simple support de facturation, est aujourd'hui un espace de conflit entretenu par les deux parties.
- Les difficultés de facturation, de pilotage RH et d'autorité fonctionnelle ne suffisent pas à expliquer la dégradation interne constatée.

[401] Sur **la qualité et la sécurité des soins**, la mission confirme que le pilotage des risques concernant les soins est insuffisant notamment en raison de :

- La faiblesse de la culture déclarative,
- L'absence d'analyse systémique partagée,
- Le manque de coordination avec le CHU pour les parcours critiques,
- L'insuffisante prise en compte des interactions entre risques sociaux, organisationnels et cliniques ;
- La prise en compte tardive et partielle des propositions des membres des CME de l'ESPIC et du CHU de Nice pour sécuriser les prises en charges les plus à risques, l'approche par les conflits interinstitutionnels ayant pris le pas sur la résolution systémique des problèmes.

[402] Les observations de la Fondation ne modifient en rien ce constat. La persistance d'un pilotage insuffisant est en soi un facteur préoccupant car retardant l'amélioration des prises en charge pourtant indispensable compte tenu des EIGS déjà connus dans un passé récent.

[403] Sur **la situation financière**, les réponses apportées par la Fondation ne permettent pas d'infirmer :

- L'insuffisance d'autofinancement,
- La fragilité du fonds de roulement,
- L'absence d'analyse consolidée des charges,
- La non-présentation au CA de certains travaux structurants,
- L'incertitude entourant les créances croisées avec le CHU,
- L'impact de choix internes (politique RH, organisation, investissements).

[404] Il demeure donc nécessaire de procéder à un audit financier indépendant par la Chambre Régionale des comptes et de renforcer le contrôle des autorités.

Nécessité d'une vigilance renforcée du directeur général de l'ARS et du Préfet

[405] La Fondation adopte dans sa réponse une posture argumentative essentiellement tournée vers l'extérieur, en attribuant de manière quasi systématique aux acteurs tiers – en premier lieu le CHU – la responsabilité principale des difficultés observées.

[406] Cette lecture circulaire à partir d'un récit unilatéral, déjà identifiée dans le rapport, présente un risque majeur en :

- empêchant la prise en compte de vulnérabilités internes pourtant objectivées,
- freinant les transformations nécessaires,
- accroissant les tensions institutionnelles,
- compromettant la restauration d'un pilotage stabilisé,
- entravant la bonne gouvernance de la Fondation.

[407] Dans ce contexte, la mission considère que la mise en œuvre des recommandations doit impérativement être suivie de manière rapprochée par le directeur général de l'ARS PACA, au titre des activités sanitaires et médico-sociales et par le préfet des Alpes-Maritimes, en sa qualité de commissaire du gouvernement auprès d'une fondation reconnue d'utilité publique.

[408] Cette vigilance doit être stricte, au regard des enjeux de sécurité, de continuité de service public et de soutenabilité financière. Elle doit être partagée, par un pilotage mensuel structuré et contradictoire. Elle devra s'adosser adossée à la commission des suites de l'IGAS, conformément aux recommandations du rapport.

Conclusion

[409] La mission maintient intégralement son analyse, ses constats et ses recommandations. La réponse défensive de la Fondation n'apporte aucun élément susceptible d'infléchir les conclusions du rapport et confirme qu'un accompagnement renforcé des autorités publiques et une vigilance continue restent indispensables jusqu'à la stabilisation durable de la gouvernance et des coopérations institutionnelles.

RÉPONSE DE LA MISSION AUX OBSERVATIONS DU CHU DE NICE

[410] La mission prend note des observations transmises par la gouvernance du CHU de Nice, qui confirment la compréhension des constats et recommandations du rapport. Les points opérationnels relevés par le CHU, notamment la participation au bureau du conseil d'administration, les modalités de financement des internes via le forfait MERRI études médicales et l'organisation de la coopération dans le cadre du GCS HPNCL, sont cohérents avec les analyses formulées dans le rapport.

[411] La mission relève que ces observations ne modifient en rien les conclusions ni les recommandations formulées. Elles confirment que le CHU s'engage à contribuer à la mise en œuvre des recommandations, dans le cadre des responsabilités qui lui incombent, sous un pilotage resserré des autorités de tutelle afin d'assurer la sécurité, la qualité et la continuité des prises en charge pédiatriques.