

**CONTRE-EXPERTISE DE L'ÉVALUATION SOCIO-
ECONOMIQUE DU PROJET DE
RESTRUCTURATION (REHABILITATION ET
EXTENSION) DE L'HOPITAL JEANNE DE
FLANDRE DU CHRU DE LILLE**

SYNTHESE

Le projet « Jeanne de Flandre Demain » doit permettre une rationalisation importante du campus du CHRU de Lille, grâce au regroupement des activités de l'enfant et aux opérations induites (parkings patients, visiteurs et personnels, relocalisation de la cuisine centrale et extension du centre de Biologie Pathologie, raccordement aux réseaux du CHRU pour les hôpitaux Jeanne de Flandre et R. Salengro). Avec une surface dans œuvre (SDO) totale de 54.996 m² sur les bâtiments concernés par le projet, les deux extensions, devant intégrer les nouveaux plateaux techniques à hauteur de 25 204 m², représenteront une augmentation de plus de la moitié du bâti existant.

Le projet est motivé par une nécessaire optimisation des organisations, articulée au sein d'un site dédié à la prise en charge de la femme et de l'enfant. Ouvert en 1996, pour une capacité actuelle de 453 lits et places, l'Hôpital Jeanne de Flandre (JdF) accueille aujourd'hui les activités de gynécologie-obstétrique, de néonatalogie (niveau III), et partiellement de pédiatrie. Cependant, l'approche pluridisciplinaire et les circuits des patients ne sont pas efficaces en raison notamment de la multiplicité des lieux de prise en charge et des limites du projet architectural de Jeanne de Flandre datant des années 1990. Plus du tiers de l'activité des enfants (hors urgence et hors néonatalogie) est encore réalisé en dehors du bâtiment.

L'opération « JdF Demain » apporte ainsi plusieurs mutualisations souhaitables des activités cliniques.

- En pédiatrie, le projet permettra de structurer l'ambulatorio à proximité d'un plateau technique unique dédié à l'enfant (bloc opératoire, imagerie, salle hybride, explorations fonctionnelles, proximité de l'anesthésie-réanimation), d'organiser la nouvelle activité de chirurgie cardiaque pédiatrique, de regrouper les soins critiques et enfin de créer une unité de post-urgence et de pédiatrie polyvalente, en remplacement de l'hospitalisation de semaine.
- En gynécologie-obstétrique, le CHRU de Lille prévoit d'augmenter les capacités du centre de naissance et d'assouplir son organisation, de regrouper les blocs gynécologique et obstétrical tout en prévoyant leur extension, de créer un plateau d'AMP commun entre activités cliniques biologie, de créer un plateau d'imagerie de la femme, de renforcer la néonatalogie, de créer une unité de déclenchement à proximité du bloc obstétrical et une unité de Soins intensifs de gynécologie-obstétrique.

Si elles restent concentrées sur les spécialités médicales de recours en pédiatrie, les soins critiques et la néonatalogie, le projet comporte toutefois une augmentation non négligeable du capacitaire cible, avec 41 lits et places supplémentaires (+9% sur le périmètre des spécialités concernées), ainsi que la construction de 5 salles opératoires et 4 salles de naissances supplémentaires. Les perspectives démographiques, les taux d'occupation et la densité des établissements sur la métropole lilloise peuvent faire craindre un surcapacitaire à l'ouverture, malgré la révision du capacitaire cible déjà opérée à la demande du CSIS et du COPIL.

Sans pour autant préconiser une réduction des surfaces, compte-tenu de la mutualisation des unités de soins, du type de projet (réhabilitation/extension) et des enjeux organisationnels des prises en charge, la mission de contre-expertise recommande ainsi de réinterroger le capacitaire ouvert et les maquettes RH à moyen terme. Cette règle de bonne gestion permettra à l'établissement et à l'ARS de réviser son capacitaire en réserve, afin d'ajuster au mieux les ressources à l'activité. Cette logique répond aux enjeux de maîtrise des coûts réaffirmés par la circulaire du 23 avril 2025 relative à l'efficacité et à la performance

des établissements de santé. A cet égard, les diverses recommandations de la mission pourront utilement être reprises dans le contrat relatif au projet d'investissement liant l'établissement et l'agence régionale de santé, prévu à l'article 50 de la Loi n° 2020-1576 du 14/12/2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021, relatif aux contreparties d'une dotation annuelle, dit « contrat article 50 ».

En effet, après une baisse de la natalité de 24,21% entre 2014 et 2023 sur la métropole Lilloise, l'INSEE anticipe une baisse démographique de 13% entre 2018 et 2050 de la tranche 0-20 ans dans le département du Nord (soit 66.500 d'habitants sur cette tranche d'âge de moins qu'en 2018). Ces prévisions intègrent néanmoins un phénomène de concentration au profit de l'arrondissement de Lille, qui serait le seul de la région en croissance démographique (+ 0,1 % par an jusqu'en 2050). Il gagnerait près de 1 000 habitants en moyenne chaque année d'ici 2050 sous l'effet d'un net excédent naturel (+ 0,6 % par an).

Le CHRU de Lille et l'ARS Hauts-de-France assument par ailleurs une probable recomposition de l'offre d'obstétrique, avec quatre maternités sur la métropole assurant désormais moins de 1000 accouchements par an. **Outre l'évolution des modes de prise en charge, la croissance d'activité reposerait non pas sur une démographie défavorable, mais sur une hypothétique augmentation des parts de marché, suite à la fermeture de maternités du territoire.** Celles-ci résulteraient des problèmes de démographie médicale, élément discutable quant à la crédibilité des hypothèses d'évolution d'activités présentées.

Si la mission partage la difficulté d'un exercice de prévision, appelant à la prudence, et la nécessité de sécuriser un capacitaire dans la perspective d'une concentration d'activité, celle-ci n'a pas été observée sur la dernière décennie. Le CHRU de Lille a au mieux maintenu son volume de naissances jusqu'en 2019. Plus récemment, il faut noter que l'hôpital Jeanne de Flandre a enregistré une baisse d'activité entre 2019 et 2022 de 5 % d'activité médicale et chirurgicale du nouveau-né et de 9% en obstétrique et cela malgré les difficultés de fonctionnement de 2 maternités sur le territoire du CHRU.

Aussi, **les perspectives d'activité associées au projet restent soumises à une forte incertitude.** Sur la pédiatrie, le CHRU de Lille anticipe 10.600 passages supplémentaires dans les unités concernées, soit une hausse d'activité de 33% par rapport à 2023, dont 31% en hospitalisation complète (+3.800 séjours) et de 53% en hospitalisation de jour (+6.800 séjours). Sur le pôle Femme-Mère/Nouveau-né, le développement d'activité attendu équivaut à une augmentation de 30% par rapport à 2023 (+5.500 passages). Ces hypothèses semblent notamment correspondre à un retour au volume de naissances antérieur au COVID (+14% par rapport à 2023).

Ces anticipations conditionnent fortement la soutenabilité financière du projet, dans un contexte de dégradation récente de la situation financière de l'établissement, au-delà de la moyenne des CHRU. Le taux de marge brute aidé s'élevait ainsi à 4,1% en 2019 (3,2% hors aides) et 2,8% en 2023 (2,1% hors aides). A titre de comparaison, le taux de marge brute moyen des CHRU s'élevait à 4,1% en 2023. En termes d'endettement, les seuils réglementaires obligent le CHRU de Lille à solliciter une autorisation d'emprunts préalable auprès de l'ARS, mais cette situation est commune à 14 CHRU sur 32.

Pour y faire face, l'établissement s'est engagé dans une démarche d'efficience volontariste, impliquant le directoire et reposant sur des gains RH importants. Si la trajectoire financière prévisionnelle du CHRU de Lille peut apparaître trop optimiste, avec un taux d'endettement anticipé de 19% en 2034 et un taux de marge de 6,3% jamais atteint sur la précédente décennie, elle résulte mécaniquement du retour sur investissement du projet « JdF Demain » et des actions d'efficience prévues. La mission estime néanmoins que le taux d'endettement peut rester maîtrisé, malgré ces incertitudes, en l'absence d'évolution du plan d'investissement tel que soumis à la contre-expertise. **La mission n'a pas constaté d'intégration du projet**

d'extension-restructuration du bâtiment Robert Salengro dans la trajectoire financière, en l'absence d'estimation ni de calendrier potentiel. A l'inverse, une évolution importante du plan pluriannuel d'investissement sur la période, sans aide complémentaire, serait de nature à fragiliser la trajectoire d'endettement.

S'agissant du projet immobilier, la mission souligne le caractère adapté des procédures de marché retenues, la capacité de pilotage et de suivi de projet et de la part des équipes du CHRU de Lille, qui devraient permettre de sécuriser les opérations induites, sur le chemin critique de la restructuration de l'hôpital Jeanne de Flandre et d'assurer l'exercice de la fonction de maîtrise d'ouvrage (MOA) pour l'extension et celle de maîtrise d'œuvre (MOE) interne pour la réhabilitation.

Cependant, en amont, le contour du projet doit être reconsidéré afin d'être mieux corrélé aux enjeux mêmes du projet en prenant en compte notamment les paramètres suivants :

- intégration du coût de la rénovation thermique de la réhabilitation et des impacts de la RE2020 pour les extensions ;
- allongement du calendrier de l'opération pour prendre en compte des délais d'étude compatible avec un telle opération ;
- suppression de l'opération de reconstruction de l'UPC qui pourrait être supportée en propre par le PPI de l'établissement.

L'estimation financière du projet est à réinterroger, sachant par ailleurs que les coûts au m² retenus tant pour l'extension que la réhabilitation constituent des fourchettes basses qu'il conviendra de challenger lors de la remise par le MOE de l'APD et de son engagement économique sur le coût des travaux mais également par comparaison à des marchés de travaux qui seront signés en 2025 et 2026 pour des opérations hospitalières majeures.

RECOMMANDATIONS DE LA CONTRE-EXPERTISE

n°	Recommandation
Optimisation Capacitaire	
1	Traduire les orientations générales fixées par le projet médical et de soins 2022-2026, en matière de parcours patient et d'ordonnancement des flux, en actions plus concrètes dans le cadre d'une contractualisation renouvelée avec les pôles.
2	Réajuster le nombre de lits armés en soins critiques, par tranche de 6/12 lits, et les maquettes RH en fonction de l'activité après 1 an de fonctionnement et inscrire ce principe dans le contrat « article 50 » entre l'ARS et l'établissement.
3	Réajuster le nombre de lits armés en néonatalogie, par tranche de 6/12 lits, et les maquettes RH en fonction de l'activité à après 1 an de fonctionnement et inscrire ce principe dans le contrat « article 50 » entre l'ARS et l'établissement.
4	Réajuster, compte tenu de la baisse des naissances observée, le nombre de lits armés en suites de naissance, par tranche de 10/12 lits, et les maquettes RH en fonction de l'activité à après 1 an de fonctionnement et inscrire ce principe dans le contrat « article 50 » entre l'ARS et l'établissement.
5	Réajuster le nombre de salles de naissance armées en fonction de l'activité à après 1 an de fonctionnement et inscrire ce principe dans le contrat « article 50 » entre l'ARS et l'établissement.
7	Réajuster le nombre de lits de chirurgie HC en semaine, par tranche de 8/10 lits, et les maquettes RH en fonction de l'activité à après 1 an de fonctionnement et inscrire ce principe dans le contrat entre l'ARS et l'établissement.
Ressources humaines	
6	Réinterroger les maquettes RH de l'allergologie, pneumologie, néphrologie, endocrinologie, maladies métaboliques (APNEM), de neurologie et de cardiologie en fonction de la charge en soins et de la fréquentation réelle des services, dans un contexte de bascule ambulatoire et de centralisation du post-urgences, afin d'assurer une relative équité entre les ratios des différents services.
8	Définir un cycle horaire unique sur les recrutements des nouvelles IBODE pour optimiser l'utilisation du plateau technique pédiatrique.

n°	Recommandation
18	Etayer et partager entre directions les impacts RH sur les organisations soignantes et les fonctions support, en s'appuyant sur la définition progressive des organisations.
22	Mettre en place un suivi de la prestation de bionettoyage avec un référent interne expérimenté, en capacité de réaliser des contrôles qualité, et définir en lien avec les cadres la fiche de poste des futurs logisticiens de soins sur la base du retour d'expérience de Jeanne de Flandre.
Projet immobilier	
9	Réinterroger le périmètre de l'opération JDF Demain en y intégrant le coût de la rénovation thermique (+ 40 millions HT) et en excluant le projet de l'UPC (-26,888 millions HT).
10	Anticiper l'évolution réglementaire portée par la RE2020 en visant un niveau E3C1 et en ajoutant au coût de l'opération une provision (de 2 à 3% du montant HT des travaux) pour financer l'atteinte de ce niveau en matière d'isolation, d'étanchéité et de choix de matériaux à utiliser (béton bas carbone...)
11	Mettre sous contrôle les opérations préalables ou induites afin de garantir le respect du calendrier général.
12	Ajuster à 30 mois le calendrier des études qui paraît sous-estimé.
13	Confirmer, lors de la remise de l'APD, le coût de l'opération d'extension/réhabilitation en le confrontant par ailleurs aux marchés signés en 2025 et 2026 pour de récentes opérations hospitalières.
Trajectoire Financière	
14	Tenir l'engagement dans la durée, de réduire l'investissement courant afin de maintenir la capacité d'emprunt et de sécuriser le financement des grands projets
15	Formaliser le suivi du plan de cessions en lien avec les instances compétentes.
16	Présenter la stratégie de financement auprès du comité de pilotage du projet, pour sécuriser l'emprunt et mobiliser la livraison à soi-même pour optimiser ses besoins de trésorerie.
17	Anticiper l'estimation des surcoûts sur l'énergie et les contrats de maintenance au-delà d'une simple indexation sur la surface supplémentaire exploitée. Un échange avec les fournisseurs semble utile à ce stade du projet.
19	Identifier le RSI lié aux opérations induites et le partager avec l'ARS dans le cadre du dialogue de gestion pour en assurer le suivi dans la durée.
20	Renforcer les gains associés aux chambres particulières, dans la mesure où ils contribuent pleinement à la solvabilité du projet.
21	Identifier et suivre, en lien avec les directions compétentes, la valorisation de services connexes au projet.

n°	Recommandation
23	Formaliser et suivre les actions d'optimisation des recettes par la direction des finances, notamment grâce à la mise à jour des tarifs de prestations et conventions.
24	Elargir la recherche de gains sur d'autres fonctions et intégrer notamment le ROI lié à la restauration.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
RECOMMANDATIONS DE LA CONTRE-EXPERTISE	5
SOMMAIRE	8
RAPPORT	11
1 PRESENTATION ET PERIMETRE DU PROJET	12
1.1 LE SCHEMA DIRECTEUR IMMOBILIER CHRU LILLE 2030 A VOCATION A RESTRUCTURER LES ACTIVITES AUTOUR DE TROIS CHANTIERS MAJEURS.	12
1.2 L'EXTENSION ET LA REHABILITATION DE L'HOPITAL JEANNE DE FLANDRE DOIT REGROUPER LES ACTIVITES MERE-ENFANT, LES EQUIPES SOIGNANTES ET REORGANISER LES FILIERES DE PRISE EN CHARGE.	13
2 LE PROJET « JDF DEMAIN » S'INSCRIT DANS UN CONTEXTE DE FORTE BAISSSE DE LA NATALITE ET D'UNE RECOMPOSITION DE L'OFFRE ENCORE INCERTAINE.	17
2.1 LES CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES CONSTITUENT LE PRINCIPAL DETERMINANT DES BESOINS DE SOINS DU TERRITOIRE.	17
2.1.1 <i>Le taux de variation de la population du Nord et celle du Pas-de-Calais diminue de manière structurelle depuis 2011.</i>	17
2.1.2 <i>Des projections présentant un repli démographique plus marqué parmi la population jeune, avec toutefois un phénomène de concentration populationnelle sur le bassin lillois.</i>	18
2.1.3 <i>Les départements du Nord et du Pas-de-Calais présentent un cumul de fragilités sociales et des indicateurs socio-économiques plus dégradés que la moyenne nationale.</i>	21
2.2 L'ETABLISSEMENT EVOLUE DANS UN TERRITOIRE DE SANTE TRES DENSE EN TERMES DE STRUCTURES D'HOSPITALISATION.....	21
2.2.1 <i>Le territoire se caractérise par une forte densité de l'offre de soins publique et privée impactant les parts de marché du CHRU de Lille.</i>	21
2.2.2 <i>En termes d'offre de soins, le recul de la natalité s'est traduit par une première diminution du capacitaire en obstétrique à l'échelle de la métropole lilloise.</i>	23
2.2.3 <i>Concernant la démographie médicale, si certaines spécialités médicales apparaissent en tension, la densité en praticiens hospitaliers reste supérieure à la moyenne nationale.</i>	24
2.2.4 <i>La gradation des prises en charge en obstétrique, de néonatalogie et de périnatalité figure parmi les objectifs du Projet Médico-soignant partagé (PMSP) du GHT.</i>	26
2.2.5 <i>Le projet médical JDF Demain s'inscrit dans les orientations du SROS-PRS.</i>	27
3 LES EVOLUTIONS CAPACITAIRES PERMETTENT UNE RATIONALISATION DES ORGANISATIONS SOIGNANTES MAIS REPOSENT SUR UN DEVELOPPEMENT D'ACTIVITE INCERTAIN.	29
3.1 LE POLE FEMME-MERE/NOUVEAU-NE (FMNN) PRESENTE UNE AUGMENTATION CAPACITAIRE IMPORTANTE (+18 LITS ET PLACES A L'OUVERTURE) PRINCIPALEMENT SUR LA NEONATOLOGIE.....	29
3.1.1 <i>La création d'un plateau commun de soins critiques en néonatalogie (47 lits à l'ouverture) s'accompagne d'une augmentation capacitaire de 7 lits supplémentaires.</i>	30
3.1.2 <i>L'augmentation de 8 lits en néonatalogie (42 lits à l'ouverture) est justifiée par l'évolution des prises en charge et l'accroissement de l'activité récente.</i>	30
3.1.3 <i>La quasi-stabilité du capacitaire en hospitalisation complète d'obstétrique permet une réallocation des lits vers l'unité de déclenchement.</i>	30
3.1.4 <i>Le projet comprend une augmentation de 4 salles de naissance (soit 18 salles construites dont 17 armées à l'ouverture).</i>	31

3.1.5	<i>Le projet doit permettre un développement d'activité de gynécologie à capacitaire constant grâce au regroupement des activités chirurgicales autour d'un plateau technique opératoire unique.</i>	32
3.1.6	<i>Le projet doit permettre la création d'une unité de Soins intensifs de gynécologie-obstétrique (4 lits) actuellement absente dans l'organisation des soins.</i>	32
3.1.7	<i>La création d'un plateau ambulatoire chirurgical/interventionnel à proximité des blocs opératoires devrait permettre d'optimiser le taux de rotation, actuellement inférieur à 100%.</i>	32
3.2	L'ÉVOLUTION DU CAPACITAIRE PÉDIATRIQUE PERMET UNE RATIONALISATION IMPORTANTE DES ORGANISATIONS, AVEC DES PLATEAUX MUTUALISÉS, MAIS REPOSE SUR DES PRÉVISIONS D'ACTIVITÉ OPTIMISTES.	33
3.2.1	<i>Le secteur commun de neurologie et de cardiologie pédiatrique doit permettre d'optimiser le taux d'occupation, avec toutefois un rattrapage du niveau d'activité de 2019 incertain.</i>	34
3.2.2	<i>Le service d'hématologie pédiatrique augmente son capacitaire de 2 lits (16 lits) pour mieux accueillir les patients immunodéprimés, mais les hypothèses d'activité peuvent sembler fragiles.</i>	34
3.2.3	<i>Malgré une baisse récente de l'activité, le service de gastro-entérologie pédiatrique souhaite se doter de 2 lits supplémentaires, pour anticiper le risque de report pérenne d'activité, dans un contexte de fragilité des ressources médicales hospitalières sur le territoire.</i>	35
3.2.4	<i>Le projet prévoit un regroupement d'activité sur le périmètre de la pneumologie, néphrologie, de l'endocrinologie et des maladies infectieuses permettant une réduction capacitaire au regard des taux d'occupation actuels.</i>	35
3.2.5	<i>Le regroupement des secteurs d'HDJ de médecine (-5 places) devrait permettre une réelle optimisation du taux de rotation, actuellement inférieur à 100% sur chacun des secteurs.</i>	36
3.2.6	<i>Le projet prévoit la transformation de l'hospitalisation de semaine en médecine post-urgences.</i>	36
3.2.7	<i>Le projet JdF demain permettra la création d'un grand plateau de soins critiques, avec une forte augmentation du capacitaire armé (+6 lits) pour atteindre 40 lits.</i>	36
3.2.8	<i>Le regroupement de la chirurgie sur deux plateaux communs, respectivement en hospitalisation complète et en ambulatoire permet la proximité avec le bloc opératoire et une réduction capacitaire de 6 lits armés.</i>	37
3.2.9	<i>Le projet prévoit la création d'un nouveau bloc opératoire avec deux salles supplémentaires (soit 12 salles de bloc dont une salle hybride), sans optimiser totalement le taux d'ouverture.</i>	37
4	LES CONTOURS BATIMENTAIRES ET FINANCIERS DU PROJET DOIVENT ÊTRE ADAPTÉS POUR RÉPONDRE AUX ENJEUX ENVIRONNEMENTAUX ET DE MAÎTRISE DES COÛTS.	39
4.1	LA RENOVATION THERMIQUE DU BATIMENT EXISTANT NE SEMBLE PAS FIGURER AU PROJET NI DANS LES AUTRES OPÉRATIONS SIGNIFICATIVES DU PLAN PLURIANNUEL D'INVESTISSEMENT.	39
4.2	LA PROJET DE L'UPC SEMBLE GUIDÉ PAR L'OPPORTUNITÉ D'UN FINANCEMENT NATIONAL OU RÉGIONAL.	39
4.3	LA POLITIQUE ENVIRONNEMENTALE EST AMBITIEUSE MAIS LES IMPACTS EN TERMES DE DÉVELOPPEMENT DURABLE NE SONT PAS PRIS EN COMPTE À CE STADE DU PROJET D'EXTENSION JEANNE DE FLANDRE.	40
4.4	LES PROCÉDURES SONT ADAPTÉES ET LES CALENDRIERS PRÉVISIONNELS RESTENT À SÉCURISER.	41
4.5	LES ESTIMATIONS FINANCIÈRES SONT AMBITIEUSES ET SONT À CONSIDÉRER COMME DES FOURCHETTES BASSES À REINTERROGER À LA VALIDATION DE L'APD.	42
4.6	UNE CAPACITÉ ADAPTÉE DE PILOTAGE ET DE SUIVI DU PROJET.	43
5	LA DÉGRADATION DE LA SITUATION FINANCIÈRE FRAGILISE LE FINANCEMENT DES INVESTISSEMENTS ET LA MAÎTRISE DE L'ENDETTEMENT.	44
5.1	SI ELLE S'INSCRIT DANS TENDANCE NATIONALE, LA SITUATION FINANCIÈRE DU CHRU DE LILLE N'EN PRÉSENTE PAS MOINS UNE FRAGILITÉ ACCRUE.	44
5.2	LA TRAJECTOIRE FINANCIÈRE PRÉVISIONNELLE RESTE NEANMOINS TRÈS VOLONTARISTE ET CONDITIONNE LA MAÎTRISE DE LA DETTE DU CHRU.	45
5.3	LES INCERTITUDES PESANT SUR LA TRAJECTOIRE DU CHRU DE LILLE POURRAIENT FRAGILISER À TERME SON PLAN PLURIANNUEL D'INVESTISSEMENT ET L'ÉVOLUTION DE L'ENDETTEMENT.	48
5.4	UNE FOIS LE COÛT DU PROJET CONSOLIDÉ, LE PLAN DE FINANCEMENT DU PROJET « JDF DEMAIN » PEUT FAIRE L'OBJET D'UNE COMMUNICATION AU SEIN DU COPIL DU PROJET.	48
5.5	CERTAINES HYPOTHÈSES DU RSI DU PROJET JDF DEMAIN MÉRITENT D'ÊTRE ÉTAYÉES, AU-DELÀ DES PRÉVISIONS DE CROISSANCE D'ACTIVITÉ PAR NATURE, INCERTAINES.	49
5.5.1	<i>Les hypothèses du retour sur investissement (RSI) semblent largement détaillées à ce stade du projet.</i>	49
5.5.2	<i>Les impacts RH sur les organisations soignantes et les fonctions support doivent être régulièrement actualisés en fonction de l'avancement du projet.</i>	50

5.6	LES RECETTES LIEES A L'EXPLOITATION DU JDF DEMAIN PEUVENT ETRE APPROFONDIES, AU-DELA DES SIMULATIONS SUR L'ACTIVITE, NOTAMMENT POUR LES CHAMBRES INDIVIDUELLES.....	51
5.7	LE CHRU DE LILLE A ENGAGE UNE IMPORTANTE DEMARCHE D'EFFICIENCE, PACTE, DONT LA MISE EN ŒUVRE DOIT EGALEMENT S'APPUYER SUR LA COMMUNAUTE SOIGNANTE. L'OPTIMISATION DES RECETTES PEUT ETRE RENFORCEE.....	53
	LETTRE DE SAISINE.....	55
	LISTE DES ANNEXES	57
	ANNEXE N°1 : EVOLUTION DE LA POPULATION DU DEPARTEMENT DU NORD SUR LA TRANCHE D'AGE 0-20 ANS (MODELE OMPHALE 2022 DE L'INSEE).....	57
	ANNEXE N°2 : RESTITUTION DE L'ENQUETE ANNUELLE DE LA DREES POUR LES MATERNITES DE LA METROPOLE LILLOISE.....	58
	ANNEXE N°3 : SIMULATION DE L'EVOLUTION TENDANCIELLE DES CHARGES ET PRODUITS DU CRP	59
	ANNEXE N°4 : STRESS TEST AVEC 50% D'ECONOMIES REALISEES SUR LE PACTE ET UNE ACTIVITE STABLE SUR JDF	61

RAPPORT

Introduction

L'article 17 de la loi de programmation des finances publiques du 31 décembre 2021 a instauré l'obligation d'évaluation socio-économique des projets d'investissements et leur contre-expertise indépendante et préalable au-delà d'un certain niveau de financement public.

Le décret d'application 2013-1211 relatif à la procédure d'évaluation des investissements publics précise en particulier le cahier des charges du dossier d'évaluation socio-économique à constituer, le seuil fixé à 100 millions d'euros, au-delà duquel la contre-expertise est obligatoire, et les modalités de son organisation.

C'est en respectant toutes les règles prévues dans ce décret (exigences du contenu du dossier, indépendance des contre-experts, délais) que le SGPI a fait réaliser la contre-expertise indépendante du dossier d'évaluation préalable de ce projet.

Il est rappelé que même si les hôpitaux Roger Salengro et Jeanne de Flandre font partie du même ensemble immobilier, la présente mission n'a pas vocation à étudier la pertinence de priorisation de l'opération Jeanne de Flandre sur celle de Salengro, ni l'opération Salengro, car elles ne rentrent pas dans le périmètre soumis à la contre-expertise. Seul, le dossier d'extension et de réhabilitation de l'hôpital Mère-Enfant Jeanne de Flandre fait l'objet de la présente contre-expertise. La mission n'a pas eu connaissance du coût du projet d'extension-restructuration du bâtiment Robert Salengro, ni d'un potentiel calendrier. La trajectoire financière a donc été étudiée sur la période sans connaissance d'un projet complémentaire avant 2034.

Ce rapport a été établi à partir des documents transmis par la DGOS, fournis par l'ARS et le CHRU de Lille, ainsi que par les réponses apportées aux deux questionnaires des experts lors de la procédure.

Il ne saurait être reproché à ce rapport de ne pas tenir compte d'éléments qui n'auraient pas été communiqués à ses auteurs.

1 PRESENTATION ET PERIMETRE DU PROJET

1.1 Le Schéma Directeur Immobilier CHRU LILLE 2030 a vocation à restructurer les activités autour de trois chantiers majeurs.

Le Schéma Directeur Immobilier (SDI) CHU Lille 2030, établi en lien avec la stratégie médicale de l'établissement et reprise dans le projet d'établissement 2018-2022, a vocation à restructurer les activités du campus hospitalier autour de trois chantiers majeurs : l'Hôpital Femme Mère Enfant Jeanne de Flandre, l'Hôpital Roger Salengro et la Pharmacie centrale.

- **L'extension et la réhabilitation de l'Hôpital Jeanne de Flandre (JDF)** d'une capacité de 453 lits et places, ouvert en 1996, qui regroupe les activités de gynécologie-obstétrique, de néonatalogie (niveau III), et partiellement de pédiatrie (les urgences pédiatriques, l'imagerie et les activités chirurgicales, avec 8 salles dispersées de bloc opératoire pédiatrique, se situent dans l'Hôpital Roger Salengro). Le CHRU de Lille assure des activités de recours régional pour 21 surspécialités pédiatriques et chirurgicales et pour la réanimation néonatale et pédiatrique. Cependant l'approche pluridisciplinaire et les circuits des patients ne sont pas efficaces en raison notamment de la multiplicité des lieux de prise en charge. Plus du tiers de l'activité des enfants (hors urgence et hors néonatalogie) est encore réalisé en dehors de l'Hôpital Jeanne de Flandre.

La réhabilitation et l'extension de l'Hôpital Jeanne de Flandre, objet du présent dossier avec les opérations induites et préalables nécessaires sont motivées, notamment par le développement de la chirurgie cardiaque de l'enfant et par l'instauration d'un site dédié à la prise en charge de l'enfant. Le coût de cette opération s'élève à 258 434 658 €.

- **L'extension-restructuration de l'Hôpital Roger SALENGRO (RS) non intégrée dans le PPI présenté**, d'une capacité de 749 lits et places, ouvert en 1983 dans un bâtiment qui s'est rapidement dégradé. Il regroupe tous les services médicaux, chirurgicaux et médicotechniques centrés sur les affections neurologiques et ostéo-articulaires. Il donne accès aux spécialités médico-chirurgicales et à un plateau technique 24/24h. Il est adossé aux urgences générales du CHRU et à la réanimation médicale.

Ces deux projets sont liés en raison de connexions fonctionnelles existant entre les deux structures.

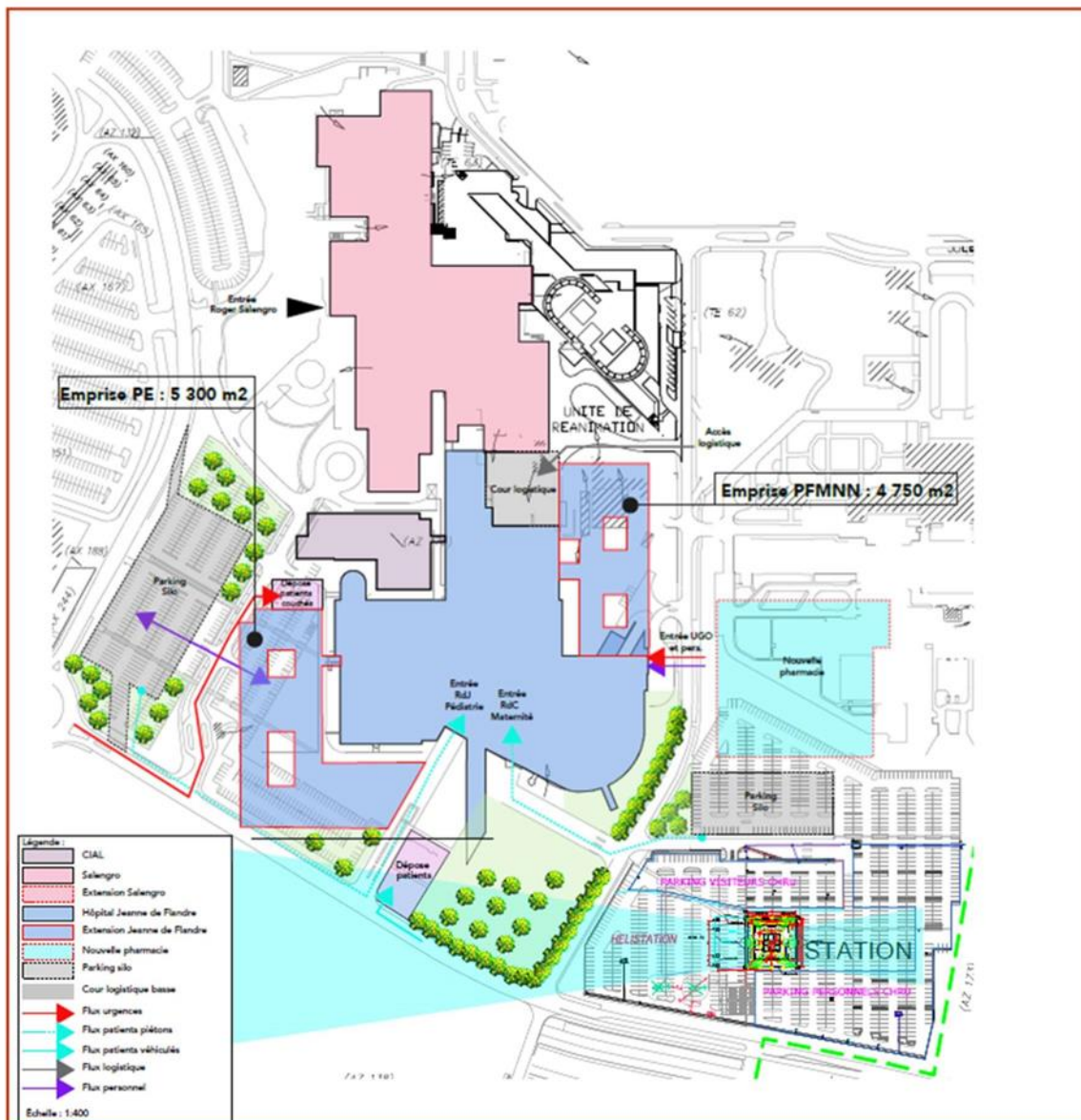
- **La reconstruction sur la même période que « JDF Demain » de la pharmacie centrale**, qui centralise ses activités sur un site unique, à partir duquel toutes les activités pharmaceutiques du campus hospitalier se déploient. Les locaux sont considérés comme inadaptés aux enjeux de modernisation des processus de production, aux besoins organisationnels et à l'évolution des activités pharmaceutiques. Le montant de l'opération s'établit à 66 M€ (travaux et équipements).

Le SDI du CHRU de Lille inclut également des opérations indépendantes, notamment la création d'un Logipôle. Dans la continuité de l'opération préalable visant à reconstruire une Unité Centrale de Production culinaire (UCP), il est prévu la création d'un logipôle permettant d'accueillir la plateforme logistique du CHU. Ce projet est valorisé à hauteur de 16,9 M€.

1.2 L'extension et la réhabilitation de l'Hôpital Jeanne de Flandre doit regrouper les activités Mère-Enfant, les équipes soignantes et réorganiser les filières de prise en charge.

Le projet soumis à la contre-expertise du SGPI consiste à rassembler l'ensemble des activités des pôles Enfant et Femme-Mère/Nouveau-né (FMNN) dans l'Hôpital Jeanne de Flandre en étendant son bâti.

Afin de conserver l'identité architecturale du bâtiment existant, il est prévu de construire 2 extensions. Le plan de masse ci-dessous identifie les nouvelles constructions envisagées sur le site et donne un aperçu de l'opération envisagée.



Source : Dossier RSE ARS HDF, en bleu, le site actuel et les nouvelles constructions

Une première extension située à l'Ouest du bâtiment actuel est dédiée au plateau technique de l'enfant, aux lits de soins critiques, à l'ambulatorio de chirurgie et l'hébergement de médecine pédiatrique.

La seconde extension située à l'Est du bâtiment existant permettra de réunir le plateau technique de gynécologie et d'obstétrique en une unité de lieu, le laboratoire de biologie de la reproduction, les soins intensifs et certains services d'hospitalisation conventionnelle du pôle FMNN.

Dans le cadre du schéma directeur immobilier, la réalisation d'opérations induites ou opérations préalables est également présentée dans le dossier soumis :

- La réalisation d'un Parkings Patients, Visiteurs et Personnels : construction d'un parking silo de 990 places permettant ainsi de remplacer les places supprimées par le projet d'extension du bâti JDF ainsi que la création d'un parking au Sud de l'hôpital Calmette (213 places) et au Nord-Ouest de l'hôpital Calmette (50 places).
- La relocalisation et reconstruction de la cuisine centrale (actuellement située dans les sous-sols de l'Hôpital Jeanne de Flandre) dans le cadre de la création d'un Logipôle permettant de regrouper l'ensemble des fonctions logistiques en une unité de lieu en proximité du campus hospitalier (magasin central, transports, blanchisserie) ;
- L'extension du Centre de Biologie Pathologie pour permettre le transfert du laboratoire de génétique actuellement installé à Jeanne de Flandre ;
- Et enfin, le raccordement aux réseaux du CHRU des bâtiments Jeanne de Flandre, Roger SALENGRO et parking.



Source : Dossier RSE ARS HDF, en encadré jaune, opérations induites ou préalables au projet JDF

Tableau 1 : coût des travaux d'extension et de réhabilitation de l'Hôpital Jeanne de Flandre et des opérations induites ou préalables

	<u>Coût HT</u>	<u>Coût TTC TDC VF</u>
Jeanne de Flandre Demain	154 172 990 €	185 007 588€
Parkings (silo et en nappe)	22 008 954€	26 410 744€
Unité de production culinaire y compris les équipements	26 888 620 €	32 267 064 €
Transfert du laboratoire de cytogénétique et biologie moléculaire	5 371 030€	6 445 236€
Raccordement aux réseaux	6 920 022 €	8 304 026€
TOTAL	<u>215 361 616€</u>	<u>258 434 658 €¹</u>

Source : Dossier RSE ARS HDF

Pour le projet JDF, selon la fiche immobilière, la surface dans œuvre (SDO) totale des bâtiments est de 54 996 m². Celle projetée pour les extensions intégrant de nouvelles activités est de 29 762 m² représentant ainsi une augmentation de 54,11%.

Cette augmentation de surface SDO résulte de trois scénarios alternatifs instruits à l'issue du passage en étape 2 du COPIL de l'investissement en santé en septembre 2024, sur la base d'un nouveau programme capacitaire avec pour objectif de réduire la part de construction neuve du projet.

Plus précisément, le projet permettra une importante rationalisation des organisations :

- **En pédiatrie**
 - Réunir les 21 surspécialités pédiatriques actuellement dispersées ;
 - Créer un plateau technique dédié à l'enfant (blocs opératoires, imagerie, salle hybride, explorations fonctionnelles, proximité de l'anesthésie-réanimation) ;
 - Structurer l'ambulatoire, actuellement dispersé, et le positionner à proximité du plateau technique et de l'imagerie ;
 - Organiser l'activité de chirurgie cardiaque pédiatrique ;
 - Regrouper les soins critiques et créer une réanimation cardiaque ;
 - Créer une unité de post-urgence et de pédiatrie polyvalente.
- **En gynécologie-obstétrique**
 - Augmenter les capacités du centre de naissance et modifier son organisation : toutes les salles de naissance et de travail deviennent salles de naissance ;
 - Regrouper les blocs gynécologique et obstétrical tout en prévoyant leur extension ;
 - Créer un plateau d'AMP commun entre activités cliniques et laboratoire de biologie de la reproduction ;
 - Créer un plateau d'imagerie de la femme.

Le projet JDF établi en lien avec la stratégie médicale de l'établissement déclinée dans le projet médical « Jeanne de Flandre demain » est présenté comme un « défi » :

¹ Coût hors équipements et hors assurance

- celui de penser l'hôpital de demain, en compensant les insuffisances du projet architectural initial des années 1990, aggravées au fil des années par l'évolution des besoins ;
- de créer de nouvelles activités pour mieux assurer les besoins de recours des enfants de la région dans une approche territoriale, en anticipant les potentielles restructurations à venir ;
- de regrouper les activités de soins des enfants et les équipes soignantes ;
- d'adapter l'offre de soins à l'évolution des prises en charge : parcours de soins, place des parents.

Depuis le COPIL de septembre 2024, le CHRU de Lille a poursuivi sa réflexion. Ainsi, le projet capacitaire cible, soumis à la contre-expertise est à la baisse pour le secteur Enfant et à la hausse pour le pôle FMNN.

Tableau 2 : Evolution capacitaire à l'ouverture et cible Projet JDF

		Actuel	Projet selon COPIL 09/2024		Projet soumis à contre-expertise		Evolution capacitaire à l'ouverture	Capacitaire non armé à l'ouverture	Evolution capacitaire Cible/Actuel
			A l'ouverture	Cible	A l'ouverture	Cible			
Secteur Enfant	Total capacitaire	232	237	266	237	251	+5	14	+19
	dont lits HC	177	180	195	180	190	+3	10	+13
	dont places HDJ	55	57	71	57	61	+2	4	+6
	Salles de bloc	8	12	12	12	12	+4	0	+4
Secteur FMNN	Total capacitaire	221	239	239	239	243	+18	4	+22
	dont lits HC	188	205	205	205	209	+17	4	+21
	dont places HDJ	33	34	34	34	34	+1	0	+1
	Salles de naissance	14	17	17	17	18	+3	1	+4
	Salles de bloc	10	11	11	11	11	+1	0	+1

Source : COPIL 3/2-A Comparaison scenarii capacitaire JDF Demain v5/Mission CE

Le projet soumis prévoit ainsi de limiter l'augmentation capacitaire cible à 19 lits et places (au lieu de 34 lits et places²) du secteur Enfant pour augmenter celui du pôle FMNN à 22 lits et places (au lieu de 18 lits et places³), afin de répondre à :

- L'évolution des indications à l'aide médicale à la procréation ;
- Une recomposition territoriale anticipée de certaines activités qui ne pourront être maintenues à terme dans les établissements de santé du GHT ;
- La mise à niveau des structures de néonatalogie en accompagnement de la hausse attendue des accouchements par report d'activité.

² COPIL du 26 septembre 2024

³ COPIL du 26 septembre 2024

La montée en charge progressive de l'activité entre 2030-2032 envisagée par le CHRU de LILLE, prévoit le non-armement de 14 lits et places pour le pôle Enfant et 4 lits et places pour le pôle FMNN.

Le projet JDF Demain, se traduit par un capacitaire en évolution de 41 lits et places, 5 salles de bloc opératoire et 4 salles de naissance supplémentaires.

Observations : La modernisation de l'offre hospitalière Jeanne de Flandre constitue une des priorités du schéma directeur CHRU de Lille 2030. Ce projet vise à mieux répondre à la redéfinition des parcours, en réponse aux besoins des prises en charge Femme Mère Enfant et d'optimisation des ressources. La réflexion stratégique conduite par le CHRU de Lille et la confrontation des étapes et leur évolution, lors des différents COPIL, renforcent la maturité du dossier présenté.

2 LE PROJET « JDF DEMAIN » S'INSCRIT DANS UN CONTEXTE DE FORTE BAISSÉ DE LA NATALITÉ ET D'UNE RECOMPOSITION DE L'OFFRE ENCORE INCERTAINE.

2.1 Les caractéristiques démographiques constituent le principal déterminant des besoins de soins du territoire.

Les perspectives démographiques à moyen et long terme au sein de l'ancienne région Nord-Pas-de-Calais, tant en termes d'évolution que de vieillissement de la population, constituent un des facteurs essentiels à prendre en compte dans l'élaboration des projections d'activité à moyen-terme.

2.1.1 Le taux de variation de la population du Nord et celle du Pas-de-Calais diminue de manière structurelle depuis 2011.

Depuis plusieurs décennies, la population de la région Hauts-de-France enregistre davantage de départs que d'arrivées. Le recul des naissances également observé s'explique en grande partie par la baisse de la fécondité et du nombre de femmes en âge de procréer, la région rejoignant les standards nationaux. À cela s'ajoute une légère hausse des décès en lien avec le vieillissement de la population. Ainsi, le solde naturel n'influe plus qu'à hauteur de +0,2 % par an en moyenne (+10 740 habitants) sur l'évolution démographique entre 2016 et 2022, contre +0,4 % entre 2011 et 2016.

Tableau 3 : Évolution de la population des départements du Nord et du Pas-de-Calais entre 2016 et 2022

Libellé	Population 2022	Taux de variation annuel de la population entre 2016 et 2022 (en %)			Taux de variation annuel de la population entre 2011 et 2016 (en %)
		Total	Dû au solde naturel	Dû au solde migratoire apparent	
Nord	2 616 909	+0,1	+0,3	-0,2	+0,2
Pas-de-Calais	1 460 184	-0,1	+0,0	-0,2	+0,1

Libellé	Population 2022	Taux de variation annuel de la population entre 2016 et 2022 (en %)			Taux de variation annuel de la population entre 2011 et 2016 (en %)
		Total	Dû au solde naturel	Dû au solde migratoire apparent	
Hauts-de-France	5 998 916	-0,0	+0,2	-0,2	+0,2
France métropolitaine	65 846 255	+0,4	+0,2	+0,2	+0,4

Source : Insee, recensements de la population 2011, 2016 et 2022.

C'est principalement dans l'aire d'attraction de Lille (département du Nord) que sont enregistrées les plus fortes croissances démographiques entre 2016 et 2022. En 2022, le département du Nord comptait 2 616 909 habitants, en évolution de +0,51 % par rapport à 2016, quand celui du Pas-de-Calais comptait 1 460 184 habitants, en évolution de -0,72 % par rapport à 2016.

Au 1er janvier 2022, l'aire d'attraction de Lille compte 1,53 million d'habitants, une population qui la place au 1er rang des aires de la région. Entre 2016 et 2022, sa population augmente de 0,4 % par an (soit +5 790 personnes), seul cas dans la région d'un rythme de croissance qui se maintient par rapport à celui observé entre 2011 et 2016.

Tableau 4 : Évolution et structure de la population Métropole Européenne de Lille en 2021

Âge	2010	%	2015	%	2021	%
0 à 14 ans	231 392	20,3	233 426	20,0	227 287	19,1
15 à 29 ans	269 687	23,6	267 060	22,9	271 820	22,9
30 à 44 ans	233 536	20,5	235 024	20,2	236 186	19,9
45 à 59 ans	205 125	18,0	208 291	17,9	210 673	17,7
60 à 74 ans	125 509	11,0	142 682	12,2	159 903	13,5
75 ans ou plus	76 466	6,7	79 226	6,8	82 038	6,9
Ensemble	1 141 715	100,0	1 165 708	100,0	1 187 907	100,0

Source : Insee, RP2010, RP2015 et RP2021, exploitations principales, géographie au 01/01/2024.

2.1.2 Des projections présentant un repli démographique plus marqué parmi la population jeune, avec toutefois un phénomène de concentration populationnelle sur le bassin lillois.

Les projections de l'INSEE à horizon 2070 (modèle OMPHALE 2022 basé sur le recensement 2018 (cf. annexe n°1) indiquent que le repli démographique dans les prochaines décennies, se ferait en deux phases. Les évolutions démographiques ne seraient cependant pas similaires au sein de la région. Le nombre d'habitants diminuerait, notamment dans le Pas-de-Calais et dans une moindre mesure dans le Nord.

Tableau 5 : Évolution de la population au sein des départements du Nord et du Pas-de-Calais entre 2018 et 2050 (indices, base 100 en 2018)

Année	Nord	Pas-de-Calais	Hauts-de-France
2018	100,0	100,0	100,0
2019	100,0	99,9	100,0
2020	100,0	99,7	99,9
2021	100,0	99,5	99,9
2022	100,0	99,3	99,8
2023	100,0	99,2	99,7
2024	100,0	99,0	99,6
2025	99,9	98,8	99,5
2030	99,8	97,8	99,1
2035	99,6	96,9	98,7
2040	99,3	96,0	98,1
2045	98,7	94,8	97,5
2050	98,0	93,5	96,6

Source : Insee, Omphale, scénario de fécondité basse ajusté⁴/Retraitement mission

- **Dans le Nord, l'indice de la population serait de 98 en 2050 exprimé en indice base 100 pour l'année 2018, ce qui signifie que la population devrait baisser de 2 % entre ces deux années.**

Au cours de la période, le nombre d'habitants dans le Nord resterait stable jusqu'en 2035, date à partir de laquelle la population diminuerait modérément sous l'effet de la baisse des naissances et de la hausse des décès.

- **D'ici 2050, la trajectoire démographique du Pas-de-Calais présenterait une baisse annuelle de la population de 0,2 % (contre -0,1 % pour la région).**

Comme dans le Nord, les départs plus nombreux que les arrivées (-0,2 % chaque année) réduiraient les perspectives de croissance démographique dans le département. Toutefois, les naissances ne compenseraient plus les décès (-0,01 %). Contrairement au Nord, le recul démographique du Pas-de-Calais s'accroîtrait à partir de 2045, où la population diminuerait de -0,3 % chaque année sous l'effet de la dégradation du solde naturel (-0,2 % par an).

- **Le repli démographique serait le plus marqué parmi la population jeune et la croissance démographique se concentrerait sur l'arrondissement de Lille**

La perte de population pour la région, est particulièrement marquée parmi les 15-39 ans dont le nombre devrait décroître d'environ 221 000 habitants, soit -11,8 % entre 2018 et 2050. Cette baisse sur cette tranche d'âge s'accroîtrait à partir de 2035. Les tranches d'âge des moins de 14 ans et des 40-64 ans seraient également affectées par une diminution du nombre d'habitants, respectivement de -209 100 (-17,8 %) et -230 300 (-12,0 %).

Dans le département du Nord, très jeune, l'excédent naturel ne permettrait pas de compenser l'important déficit migratoire. Les croissances démographiques se concentreraient dans les territoires sous l'influence de la Métropole Européenne de Lille⁵ (MEL) qui chaque année attire de jeunes ménages, avec ou sans enfants. Ainsi, au nord de la région, seul l'arrondissement de Lille serait en

⁴ Compte tenu des tendances récentes dans la région en matière de fécondité, le choix de l'INSEE s'est porté sur celui de « fécondité basse ». Il repose en effet sur un indicateur conjoncturel de fécondité proche de celui observé ces dernières années dans les Hauts-de-France (1,88 enfant par femme).

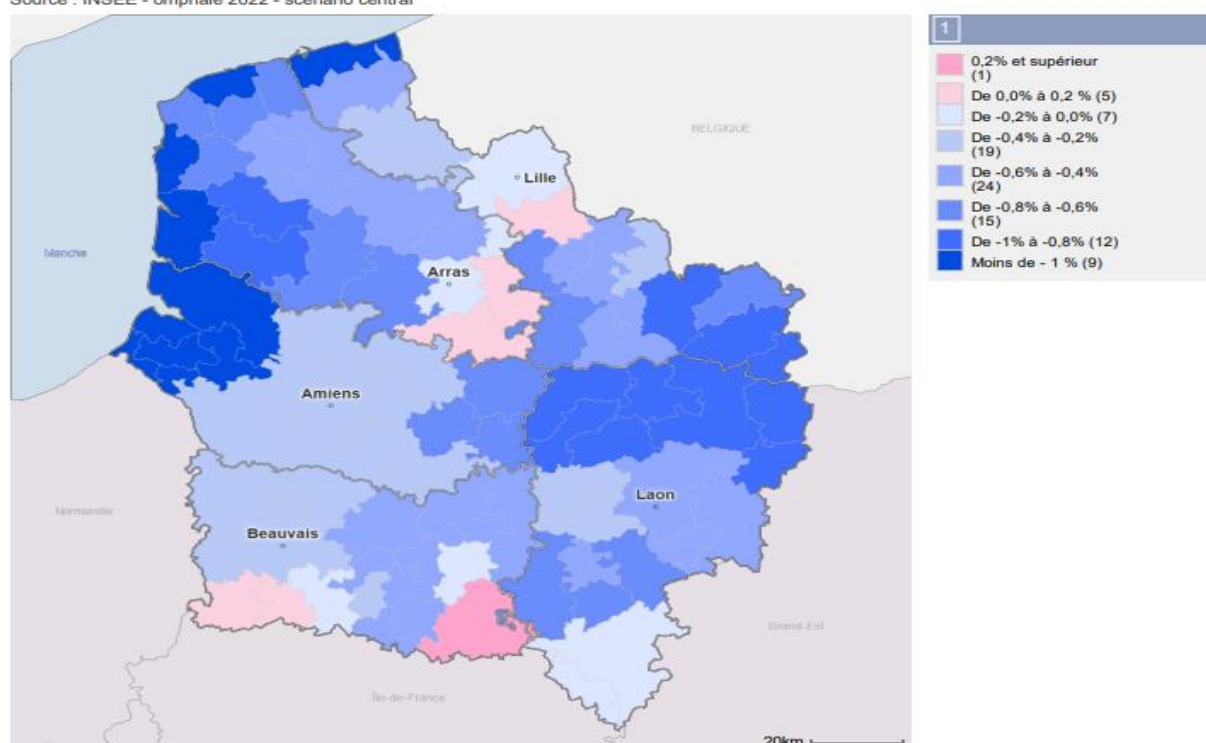
⁵ MEL qui réunit 95 communes dont Lille, Roubaix, Tourcoing et Villeneuve-d'Ascq

croissance démographique (+ 0,1 % par an). Il gagnerait près de 1 000 habitants en moyenne chaque année d'ici 2050 sous l'effet d'un net excédent naturel (+ 0,6 % par an)⁶.

Il faut cependant noter que le modèle OMPHALE ne prend pas en compte, à ce stade, la baisse importante de la natalité post-COVID.

1 Taux de croissance annuel moyen des 15-39 ans entre 2018 et 2050 (%)

Source : INSEE - omphale 2022 - scénario central



IGN

Projection d'évolution de population d'ici 2050 pour les 15-39 ans

Le taux de natalité a régulièrement baissé depuis 2010 sur la métropole lilloise. La baisse enregistrée entre 2014 et 2023 représente 4 220 naissances, soit -24,21%.

Tableau 6 : Naissances et décès domiciliés en Métropole Européenne de Lille

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Décès domiciliés	8 203	8 678	8 527	8 587	8 653	8 642	9 701	9 406	9 544	9 110
Naissances domiciliées	17 430	16 897	16 582	15 888	15 660	15 603	14 953	14 623	13 881	13 210

Source : Insee, statistiques de l'état civil en géographie au 01/01/2024.

Observations : Devant ce constat sur les dix dernières années et au regard des projections de l'INSEE qui offrent des perspectives très modérées de croissance de la demande en soins sur la métropole lilloise, la mission estime que les caractéristiques démographiques plaident, au mieux, pour le maintien

⁶ Insee Analyses Hauts-de-France No 125 du 08/07/2021

de l'offre de soins de JDF, par son rôle de recours, pour les femmes en âge de procréer et pour les enfants.

2.1.3 Les départements du Nord et du Pas-de-Calais présentent un cumul de fragilités sociales et des indicateurs socio-économiques plus dégradés que la moyenne nationale.

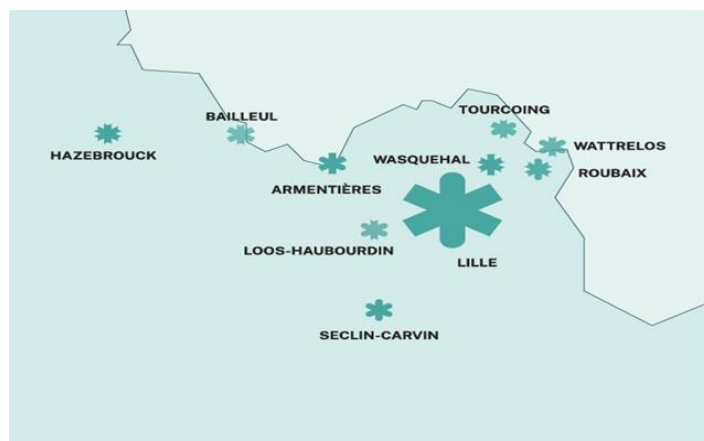
Les départements du Nord et du Pas-de-Calais connaissent des fragilités sociales et économiques fortes, pouvant peser sur le besoin et l'accès aux soins :

- Un taux d'activité relativement plus faible que la moyenne de la France Métropolitaine (71 % dans le Pas-de-Calais et 71,3% dans le Nord en 2020 soit plus de 3 points de moins que la France métropolitaine) et un taux de chômage particulièrement élevé (avec 9,3 % dans le Nord et 8,3% pour le Pas-de-Calais en 2022 contre 7,1 % en France métropolitaine) malgré des projets d'investissement qui devaient permettre la reconquête industrielle de certains territoires et ainsi, la création ou le maintien d'emplois.
- Un niveau de vie plus faible que la moyenne de France métropolitaine et un taux de pauvreté en Pas-de-Calais et dans le Nord figurant parmi les plus élevés : 17,8 % et 18,4% contre 14,4 % en 2020 pour la France métropolitaine.
- Le nombre de bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire en 2021, se situe à 407 800 (15,6%) pour le Nord et 209 300 (14,3%) pour le Pas-de-Calais contre 6 551 200 (10%) pour la France métropolitaine. Le nombre de victimes de violences conjugales enregistré par les services de police et de gendarmerie a augmenté de 10 % entre 2022 et 2023 dans le département du Nord, qui est le troisième département métropolitain le plus impacté.
- L'espérance de vie à la naissance des femmes en 2022 (ans) 83,6 pour le Nord et 83,4 pour le Pas-de-Calais contre 85,3 ans en moyenne nationale, et celle des hommes se situe à 77,3 pour le Nord et 76,6 pour le Pas-de-Calais contre 79,4 ans pour la France métropolitaine.

2.2 L'établissement évolue dans un territoire de santé très dense en termes de structures d'hospitalisation.

2.2.1 Le territoire se caractérise par une forte densité de l'offre de soins publique et privée impactant les parts de marché du CHRU de Lille.

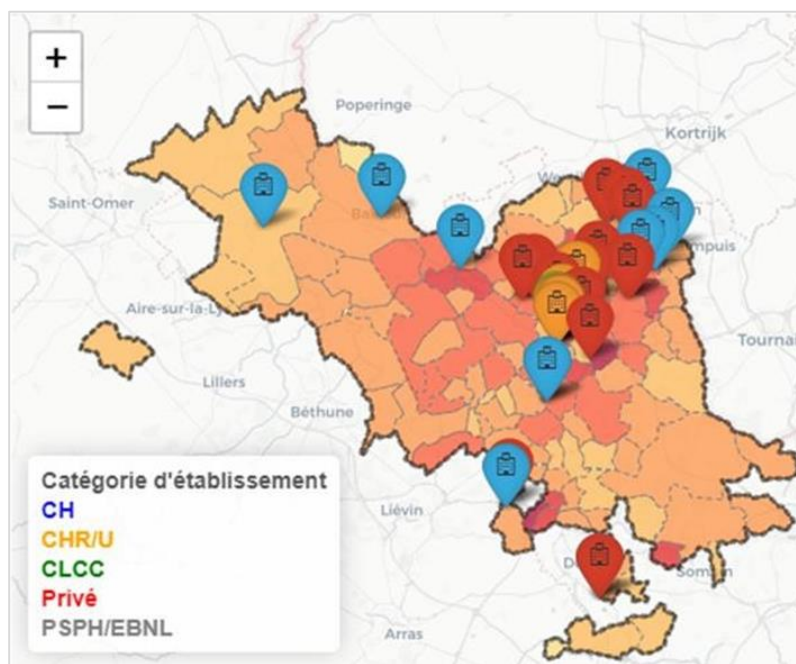
Le CHRU de Lille est l'établissement support du Groupement Hospitalier de Territoire « Hôpitaux Publics Grand Lille », qui rassemble 9 autres établissements : le CH de Roubaix, le CH de Tourcoing, le CH d'Armentières, le GH Seclin-Carvin, le CH de Bailleul, le CH d'Hazebrouck, le GH Loos-Haubourdin, le CH Intercommunal de Wasquehal et le CH de Wattrelos.



Source : ARS HDF

L'offre de soins hospitalière s'inscrit dans un environnement particulièrement dense et concurrentiel, notamment avec le secteur privé. Le territoire de santé de 1 770 342 habitants en 2023, se caractérise par une concentration hospitalière publique et privée particulièrement importante et par la proximité des établissements entre eux :

- 8 établissements MCO du GHT ;
- 1 CLCC (le centre Oscar Lambret) ;
- 2 établissements MCO du groupe hospitalier catholique de Lille (GHICL) ;
- 10 établissements privés dont 8 font partie du groupe Ramsay.



Source : PMSP GHT HOPITAUX PUBLICS GRAND LILLE

Cette concentration d'établissements induit :

- Un ratio de lits pour 100 000 habitants globalement élevé en MCO, au regard du faible volume de fuites extraterritoriales principalement de recours pour des activités non assurées par le CHRU de Lille (certaines prises en charge de chirurgie cardiaque infantile par exemple).
- Une forte attractivité pour les soins MCO au-delà du territoire du GHT. Le rôle de recours du CHRU le positionne sur l'ensemble du Nord et du Pas de Calais.

Tableau 7 : Offre de soins hospitalière Territoire Métropole Européenne de Lille

Indicateurs	Métropole Européenne de Lille		France
Médecine - HC	25,8	▲	17,6
Médecine - Alternative à l'HC	4,0	▲	2,4
Chirurgie - HC	12,9	▲	7,8
Chirurgie - Alternative à l'HC	3,9	▲	3,2
Gynécologie-Obstétrique - HC	14,4	▲	11,0
Gynécologie-Obstétrique - Alternative à l'HC	1,7	▲	0,8

Source : Drees, SAE - Insee, RP – 2023/ SIRSé Rapports et portraits des Territoires

L'analyse concurrentielle fait ressortir les éléments suivants :

Sur le territoire, le GHT Hôpitaux Publics Grand Lille est leader en 2023, en médecine (60,1% dont 28,5% pour le CHRU), obstétrique (74,8% dont 26,2% pour le CHRU) et néonatalogie (68,4% dont 26,1% pour le CHRU) et le groupe privé Ramsay en chirurgie (44,8% contre 31,5% pour le GHT et 15% pour le CHRU) et activité peu invasive (47,5% contre 25,7% pour le GHT et 14,1% pour le CHRU).

S'agissant des nouveau-nés, la part de marché du CHRU se maintient autour de 26% entre 2019 et 2023. La hausse des parts d'activité se concentre au profit de deux centres hospitaliers (Roubaix et Seclin) ainsi que le Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille.

En obstétrique, la part de marché du CHRU est en baisse de 2,4 % entre 2019 et 2023. La hausse des parts d'activités, se concentre au profit essentiellement du CH de Roubaix et du CH de Seclin, comme pour l'activité nouveau-nés mais aussi du CH de Tourcoing. Entre 2019 et 2022, JDF enregistre une baisse des naissances de 9% malgré les difficultés de fonctionnement des maternités de Tourcoing et d'Armentières.

2.2.2 En termes d'offre de soins, le recul de la natalité s'est traduit par une première diminution du capacitaire en obstétrique à l'échelle de la métropole lilloise.

L'enquête annuelle de la DREES sur les maternités permet d'analyser finement les dynamiques à l'échelle de la métropole lilloise (Cf. annexe n°2) sur la dernière décennie.

Ainsi, la maternité Jeanne de Flandre a connu une baisse d'activité à compter de 2020 sans revenir à son niveau antérieur. Par rapport à 2013, le nombre d'accouchements baisse de 12% (-677), même si l'activité s'est globalement maintenue jusqu'en 2019.

La tendance est plus marquée à l'échelle de l'ensemble des maternités de la métropole lilloise ou encore du département, avec respectivement une baisse de 20% et 24% par rapport à 2013. Le nombre d'accouchements pris en charge sur la métropole s'élève ainsi à 17.303, soit 4.233 de moins par rapport à 2013.

Cette baisse de 20% de l'activité sur la métropole est équivalente à la tendance française sur la période (-18% d'accouchements entre 2013 et 2023). Elle s'est accompagnée d'une baisse du nombre de lits

d'obstétrique déclarés sur le territoire, proportionnelle à celle de l'activité, principalement imputable à la diminution du capacitaire de Jeanne de Flandre (-42 lits) et la fermeture de maternité de la clinique du Val de Lys de Tourcoing (-30 lits), sans reprise du capacitaire par un autre opérateur a priori. Avec 97 lits en moins par rapport à 2013, la métropole compte désormais 389 lits d'obstétrique.

L'étude annuelle de la DREES relative aux maternités permet également de comparer le nombre d'accouchements rapporté au lit ou à la salle de naissance déclarés à l'échelle d'un établissement, d'un territoire et de la moyenne nationale, à l'instar d'un taux d'équipement.

On constate ainsi que la maternité du CHRU de Lille présente un volume d'accouchements rapporté au lit ou la salle de naissance supérieur à la moyenne départementale ou nationale.

Pour autant, la métropole de Lille semble mieux dotée en lits d'obstétrique (44 accouchements/lit en 2023) que la moyenne départementale ou nationale (respectivement de 45 et 47 accouchements/lit en 2023). A l'inverse, l'équipement en salles de naissance semble inférieur, avec 385 accouchements/salle contre 337 en moyenne départementale et 304 en moyenne nationale⁷.

Deux maternités en proximité du CHRU de Lille, les hôpitaux privés Le Bois et de Villeneuve d'Ascq, présentent une activité déclinante, en décrochage par rapport à leur capacitaire initial. En 2023, leur activité cumulée représentait 2.665 accouchements, soit 16% du besoin sur la métropole et plus de la moitié de l'activité actuelle de la maternité Jeanne de Flandre. Néanmoins, ces deux maternités ainsi que le CH d'Armentières, gardent encore un volume annuel d'accouchements à ce stade supérieur à 1.000.

A l'inverse, la maternité d'Hazebrouck présente un niveau de 815 accouchements en 2023, bien inférieur au seuil de 1000 accouchements⁸, tout comme 7 autres maternités du Département du Nord dont 3 maternités privées (de 342 à 820 accouchements)⁹.

Si toute évolution à moyen terme de l'offre mérite d'être anticipée dans le cadre du projet de restructuration « JdF demain », il faut toutefois prendre en considération un effet de report évident sur d'autres opérateurs privés, au regard du choix des parturientes. Le CHRU de Lille évoque ainsi un possible report potentiel de 33 à 66% des accouchements en cas de fermeture des maternités d'Hazebrouck et d'Armentières, soit entre 600 et 1.200 accouchements supplémentaires à activité constante.

Observations : la mission relève que malgré les difficultés passées des maternités de Tourcoing et d'Armentières, l'activité du CHRU a pour autant évolué à la baisse. La densité et la structuration de l'offre de soins sur le territoire engendrent une évolution des parts de marché pour le CHRU de Lille qui ne constitue pas un contexte favorable.

2.2.3 Concernant la démographie médicale, si certaines spécialités médicales apparaissent en tension, la densité en praticiens hospitaliers reste supérieure à la moyenne nationale.

Parmi les plus importantes densités relevées concernant les établissements publics de santé¹⁰, figure la région Hauts de France avec une densité supérieure (79,2 praticiens hospitaliers (PH) pour 100 000 habitants au 1er janvier 2024) à celle observée au niveau national (71 PH pour 100 000 habitants) avec

⁷ Pour mémoire, l'arrêté du 25 avril 2000 relatif aux locaux de travail et de prétravail définit un besoin d'une salle de naissance supplémentaire par tranche de 500 accouchements, à l'échelle d'un établissement.

⁸ Seuil réputé de « rentabilité » utilisé par la mission mais non défini réglementairement ou s'appuyant sur une étude Maternités de Cambrai (Public et Privé), Le Cateau Cambrésis, Denain, Lambres les Douai, Fournies, Saint Saulve)

¹⁰ CNG/ ELEMENTS STATISTIQUES SUR LES PRATICIENS HOSPITALIERS (PH) STATUTAIRES - SITUATION AU 1er JANVIER 2024 -

une concentration plus importante des ressources médicales hospitalières dans le Nord (poids du CHRU de Lille).

S'agissant des spécialités médicales qui relèvent du périmètre JDF, les tensions démographiques et organisationnelles existent en gynécologie obstétrique, en anesthésie-réanimation intervenant en obstétrique, en pédiatrie (en particulier les néonatalogistes) mais aussi en sage-femmes et puéricultrices. A noter, le Pas-de-Calais se caractérise par des densités en professionnels de la périnatalité plus faibles et des proportions de médecins au-delà de 60 ans les plus élevées.

La rapport ARS indique qu'à Jeanne de Flandre, le taux de postes vacants (PU-PH et PH) est de 5 % en moyenne au sein des pôles enfant et femme mère nouveau-né, mais avec pour chacun de ces postes un candidat fléché dans les 1 à 2 ans. Les difficultés actuellement modérées grâce à une politique de recrutement attractive du CHRU, se concentrent sur les effectifs de pédiatres en néonatalogie (3 postes de PH vacants sur 11 postes, suite à des mutations ou départs en libéral avec toutefois, pour les 3 un candidat fléché dans les 1 à 2 ans).

Tableau 8 : Vacances de postes de PH sur le périmètre du projet « JDF demain »

Spécialités médicales	Nombre total de postes de titulaires	Nombre de postes de titulaires vacants	Taux de vacance	Nombre de postes de Contractuels hors internes
Anesthésistes-réanimateurs	18,5	2	10,8%	1,7
Gynécologues obstétriciens	17,5	2	11,4%	2
Pédiatres	55,6	6,5	11,7%	4

Source : ARS-RSE

Selon les données du CHRU, en 2021, en Nord-Pas-de-Calais, sur 301 postes de pédiatres PH ouverts (pédiatrie et néonatalogie) 42 postes sont vacants, soit 14%. Ce taux de vacance représente jusqu'à 27 % des postes dans les CH avec équipes communes néonatalogie et pédiatrie (CH les plus petits), 16 % dans les services de néonatalogie et 3% dans les services de pédiatrie (séparés de la néonatalogie).

L'existence de nombreux tableaux de gardes assurées parfois par de petites équipes de pédiatres (moins de 6 praticiens) représente à l'évidence, un risque de restructuration de l'offre pédiatrique hospitalière.

La récente publication du nouvel atlas ordinal de la démographie médicale en France, au 1er janvier 2025 confirme les fragilités actuelles de la démographie notamment dans le Pas-de-Calais mais aussi la variation positive de la densité des médecins en activité qui malgré tout, peut masquer des disparités au sein des départements concernés.

Tableau 9 : Densité au 1^{er} janvier 2025 des spécialités en tension

Département	Densité d'actifs réguliers en 2010 (pour 100 000 habitants de moins de 15 ans)	Densité d'actifs réguliers en 2025 (pour 100 000 habitants de moins de 15 ans)	Variation de la densité 2010 -2025
Densité moyenne France métropolitaine : 53,16 pédiatres pour 100 000 habitants de moins de 15 ans			
NORD	57,3	67,4	17,7%

PAS DE CALAIS	32,4	36,7	13,3%
Densité moyenne France métropolitaine : 15,02 Gynécologues Obstétriciens pour 100 000 habitants de 15 ans et plus			
NORD	14,4	20,6	42,5%
PAS DE CALAIS	10,4	11,6	11,2%
Densité moyenne France métropolitaine : 12,88 Anesthésistes Réanimateurs pour 100 000 habitants			
NORD	16,7	18,9	13,4%
PAS DE CALAIS	9,9	10,6	6,9%

CNOM : Atlas de la démographie médicale 2025 -Approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicales

La mission note que les projections globales de la DREES confirment toutefois l'écart positif de densité des médecins (autres spécialités que médecine générale dans leur globalité) pour 100 000 habitants pour le Nord-Pas-de-Calais comparativement à la moyenne France Entière pour les décennies à venir et un tassement de la densité des médecins généralistes d'ici à 2030.

Tableau 10 : Projections densité de médecins salariés en Nord-Pas-de-Calais et France entière

Hypothèses de projection :							
Nombre d'étudiants admis en deuxième année d'études médicales : 8 700							
Flux de diplômés à l'étranger par an : 1 200							
	2024	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Ensemble des médecins NPC	153	157	176,5	200,6	226,4	251,1	271,5
Ensemble des médecins France Entière	150,9	153,9	170,3	191,5	213,6	234,5	251,9
Médecins généralistes NPC	43,6	43,3	43,9	47	51,2	56,3	61,1
Médecins généralistes France Entière	45,4	44,9	44	46	49,6	53,5	57
Ensemble des autres spécialistes NPC	109,4	113,6	132,6	153,7	175,2	194,8	210,3
Ensemble des autres spécialistes France Entière	105,5	109	126,3	145,4	164	181	194,9

Source : Projections DREES réalisées en 2023¹¹/retraitement mission

2.2.4 La gradation des prises en charge en obstétrique, de néonatalogie et de périnatalité figure parmi les objectifs du Projet Médico-soignant partagé (PMSP) du GHT.

L'ARS considère que le PMSP 2024-2029, s'inscrit pleinement dans le cadre des orientations du projet régional de Santé (PRS). Les enjeux liés à l'activité d'obstétrique, de néonatalogie et de périnatalité y sont présentés, rappelant ainsi que six maternités se répartissent les naissances du territoire concerné dont une maternité de niveau 1 à moins de 1000 accouchements.

Tableau 11 : Répartition des accouchements au sein des maternités du GHT

Naissances	Site	Niveau	2021	2022	2023
Hôpital	Armentières	Niv. II A	1 023	1 034	1042

¹¹ Les données diffusées ne sont plus déclinables par spécialité médicale

Hôpital	Hazebrouck	Niv. I	806	811	815
Jeanne de Flandre	Lille	Niv. III	5 162	5 114	4765
Maternité de Beaumont	Roubaix	Niv. II B	3 168	3 021	2934
Hôpital	Seclin	Niv. II A	1 919	1 835	1825
Hôpital	Tourcoing	Niv. II A	1 402	1 461	1438

Source : Enquête DREES données au 31 décembre 2023

Concernant l'activité de néonatalogie, le GHT compte cinq établissements réalisant cette activité (CHRU, CH de Roubaix, CH Armentières, CH de Tourcoing et le GH Seclin Carvin) et prenant également en charge les urgences néonatales avec une gradation des soins définies en fonction du niveau de la maternité. L'organisation de la prise en charge de ces urgences néonatales, et plus largement pédiatriques, au sein du GHT souffre de difficultés liées aux ressources médicales et soignantes.

Compte-tenu de ces contraintes de ressources, une réflexion sur l'optimisation de la prise en charge des urgences chirurgicales pédiatriques en néonatalogie et l'adéquation entre besoins et professionnels de la périnatalité (Gynéco Obstétriciens, Anesthésistes, pédiatres, SF et paramédicaux), est engagée à l'échelle du territoire.

Il s'agit pour les acteurs, de renforcer l'attractivité et la fidélisation des soignants, de tendre à l'uniformisation des modalités de recrutements du personnel médical et non médical au sein du GHT et de sécuriser la permanence des soins.

Par ailleurs, la mise en place d'un maillage territorial et d'une filière de soins répondant à la demande des IVG tardives est annoncée avec la création d'une plateforme d'appel pour faciliter l'orientation ainsi qu'une procédure d'orientation des patientes sur le territoire du GHT.

S'agissant de la prise en charge de l'enfant, l'enjeu est de formaliser et rendre visible les parcours de soins pédiatriques par tranche d'âge, au sein du GHT en tenant compte de la gradation des soins, pour la médecine / chirurgie / psychiatrie infanto-juvénile, de l'état des lieux des ressources médicales et paramédicales dans chaque service des établissements parties du GHT et des organisations de la permanence des soins incluant l'accès à l'imagerie.

La mission note toutefois que le projet médico-soignant du GHT met en avant d'importantes complémentarités sur la filière obstétrique et pédiatrique, alors que le projet JDF Demain repose sur une croissance d'activité nécessaire liée à une concentration des prises en charge, face à la baisse de la natalité.

Observations : Pour chaque filière, les objectifs, les actions, les moyens et les indicateurs ont été dressés. Pour autant, l'absence d'objectifs chiffrés, de calendriers de réalisation et de modalités de suivi est à souligner. Les objectifs ambitieux fixés nécessiteront une gouvernance reconnue au sein du GHT et un management au long cours, proche du terrain et des acteurs.

2.2.5 Le projet médical JDF Demain s'inscrit dans les orientations du SROS-PRS.

L'ARS précise que le projet médical JDF Demain s'inscrit dans le cadre des orientations régionales de santé 2023-2028. Le projet tel que soumis permettrait de limiter le risque de rupture en regroupant les activités et les compétences au service du territoire sur un nombre de plateaux techniques de recours resserrés.

Le projet JDF Demain aborde des thématiques définies comme prioritaires sur la période 2022-2026 :

- Mieux assurer les besoins de recours des enfants de la région dans une approche territoriale en répondant à l'évolution des besoins et à l'intégration de nouvelles activités de recours ;
- Regrouper les activités de soins des enfants et les équipes soignantes notamment pour des maladies chroniques de recours qui nécessitent des prises en charge multidisciplinaires par rapprochement des lieux de soins et des équipes ;
- Adapter l'offre de soins à l'évolution des prises en charge : coordination des parcours de soins pour toutes les affections chroniques de l'enfant, la place des parents facilitée dans la maternité (conditions d'hébergement du second parent) et dans les services de néonatalogie (chambres parent-nouveau-né y compris en réanimation et soins intensifs) ;
- Hisser la qualité de l'accueil et du plateau technique au niveau d'exigence des équipes de maternité et de gynécologie, les plateaux techniques se révélant sous-dimensionnés (nombre de salles de travail en deçà des besoins), non efficaces (éclatés à plusieurs endroits) et ne répondant pas aux besoins (absence de secteur d'imagerie dédié à la femme) en associant la redéfinition des parcours, plus conformes aux besoins des prises en charge et d'optimisation des ressources ;
- Utiliser au mieux les outils numériques et l'intelligence artificielle en priorisant la fluidification des parcours de soins, la gestion, le traitement, et la transmission des données médicales du patient et l'automatisation des procédures logistiques et de stockage ;
- S'inscrire dans un projet de haute qualité environnementale, JDF déjà inscrit dans une démarche écoresponsable lui ayant permis d'obtenir en novembre 2021 le label Très haute qualité environnementale et sociale (THQSE) ;
- Accompagner le développement de la recherche avec notamment un agrandissement du CIC pédiatrique, et une zone tertiaire à proximité pour accueillir les nouveaux métiers de la recherche et s'adapter aux nouvelles formes d'enseignement par simulation.

Le regroupement des disciplines actuellement dispersées sur un site unique permettra d'améliorer le parcours patient et de mieux répondre à la demande de soins. Les éléments positifs relevés dans le projet JDF demain sont les suivants :

- Un ensemble fonctionnellement cohérent.
- Une mutualisation et une modularité des unités de soins.
- Une logique axée sur la fluidification des parcours de soins.

La mission relève toutefois que le projet a pour ambition de répondre aux enjeux organisationnels des prises en charge de la mère et de l'enfant et note l'absence d'objectifs chiffrés, de calendriers de réalisation et d'indicateurs de résultats.

L'établissement entend ainsi professionnaliser ses pratiques d'ordonnement, de programmation et de pilotage du parcours patient. Un projet de cellule d'ordonnement globale serait en cours de réflexion sous la forme d'un Centre Opérationnel de Ressources des Parcours de Soins (CORPS) pour fluidifier les parcours patients et optimiser la gestion des blocs opératoires. Son pilotage et ses modalités de fonctionnement, y compris sur le périmètre du projet, ne sont pas précisés dans les réponses apportées par le CHRU.

Recommandation n°1 Traduire les orientations générales fixées par le projet médical et de soins 2022-2026, en matière de parcours patient et d'ordonnement des flux, en actions plus concrètes dans le cadre d'une contractualisation renouvelée avec les pôles.

Le bilan du SROS précédent a également permis de confirmer un impact plus important des tensions de la démographie des professionnels de santé et l'importance des inégalités sociales et territoriales de santé. Comme sur la durée du schéma régional de santé précédent, des évolutions pourront être constatées sur la durée du schéma. Depuis 2015, 10 maternités ont été fermées dans les Hauts-de-France et d'autres ont vu leur niveau revu à la baisse.

Plusieurs situations d'établissements du territoire pourraient évoluer, mais le caractère multifactoriel de ces évolutions qualifiées de probables (voire certaines) par l'ARS dans son avis général, ne permet pas de les anticiper de manière fiable.

Ce contexte génère des incertitudes comme dans bon nombre de territoires sur le plan national, qu'il s'agisse du maintien du nombre actuel des maternités ou des structures de prise en charge pédiatrique, et particulièrement du nombre de sites de permanence de soins avec des équipes médicales réduites.

3 LES EVOLUTIONS CAPACITAIRES PERMETTENT UNE RATIONALISATION DES ORGANISATIONS SOIGNANTES MAIS REPOSENT SUR UN DEVELOPPEMENT D'ACTIVITE INCERTAIN.

Les évolutions capacitaires proposées et l'activité projetée ont été analysées autant que possible à l'aune :

- Du besoin de soins, appréhendé au travers de l'activité hospitalière sur le territoire, et de ses déterminants démographiques (évolution la natalité et de la population mineure) ;
- De l'évolution de l'activité récente ;
- Des indicateurs de performance actuels, permettant ici d'anticiper une potentielle croissance à capacitaire constant. Seuls les taux d'occupation ont été analysés en l'absence d'IP-DMS¹² communiquée systématiquement. En outre, toute hypothèse d'amélioration de la durée moyenne des séjours mérite d'être documentée concrètement, car plus complexe que la seule optimisation du taux d'occupation. La mission a donc supposé une DMS stable.

3.1 Le pôle Femme-Mère/Nouveau-né (FMNN) présente une augmentation capacitaire importante (+18 lits et places à l'ouverture) principalement sur la néonatalogie.

Au regard de l'évolution démographique présentée aux paragraphes 2.1 et 2.2, le besoin de soins en obstétrique resteront stables au mieux à l'avenir en obstétrique, avec toutefois la nécessité d'anticiper une recomposition de l'offre à long terme.

Le développement d'activité associé au projet correspond toutefois à une hypothèse d'augmentation de 30% (+5.500 séjours) sur le pôle Femme-Mère/Nouveau-né et peut apparaître incertain (notamment le retour au nombre d'accouchements ante-COVID pour un tiers et le développement de la chirurgie gynécologique ambulatoire et la préservation de la fertilité pour un tiers).

¹² Indice de Performance de la Durée moyenne de séjour (DMS établissement/DMS nationale), devant tendre vers la moyenne donc vers 1

L'établissement justifie l'augmentation du capacitaire de 18 lits et places (+8%) et 4 lits en réserve par l'évolution des prises en charge avec :

- Le renforcement des soins critiques (+7 places) ;
- Le renforcement de l'unité kangourou (+7 places) ;
- La transformation de lits d'hospitalisation suite de naissance en unité de déclenchement (10 lits) ;
- La création d'une unité de Soins intensifs de gynécologie-obstétrique (+4 lits).

L'absence de diminution du nombre de lits et places au global peut faire craindre un surcapacitaire à l'ouverture. Sans pour autant préconiser une réduction des surfaces, compte-tenu de la mutualisation des unités de soins, du type de projet (réhabilitation/extension) et des enjeux organisationnels des prises en charge, la mission propose ainsi de réinterroger, pour certains services, le capacitaire ouvert et les maquettes RH à moyen terme. Cette approche permet à l'établissement et à l'ARS de réviser son capacitaire en réserve, afin d'ajuster au mieux les ressources à l'activité.

3.1.1 La création d'un plateau commun de soins critiques en néonatalogie (47 lits à l'ouverture) s'accompagne d'une augmentation capacitaire de 7 lits supplémentaires.

L'activité a baissé de 11% entre 2019 et 2023 (-123 passages) en corrélation avec la baisse des accouchements sur la période à Jeanne de Flandre (-700, -13%).

Les taux d'occupation s'élèvent en 2023 respectivement à 76% et 72% en réanimation et soins intensifs de néonatalogie. A travers l'analyse des demandes d'admission et du PMSI, l'établissement identifie toutefois un besoin d'hospitalisation supérieur au capacitaire actuel 15% des jours de l'année et met en avant 279 transferts vers d'autres CH et refus d'admission, ce qui équivaut à près de 30% de l'activité annuelle.

Recommandation n°2 Réajuster le nombre de lits armés en soins critiques, par tranche de 6/12 lits, et les maquettes RH en fonction de l'activité après 1 an de fonctionnement et inscrire ce principe dans le contrat « article 50 » entre l'ARS et l'établissement.

3.1.2 L'augmentation de 8 lits en néonatalogie (42 lits à l'ouverture) est justifiée par l'évolution des prises en charge et l'accroissement de l'activité récente.

En tant qu'aval des soins critiques, l'activité de néonatalogie diminue aussi mécaniquement entre 2019 et 2023 de 10% (-120 passages). L'établissement impute cette baisse plutôt à une fermeture de lits importante. On note toutefois une forte fréquentation de l'unité de surveillance continue kangourou, avec un débordement fréquent en maternité. Les taux d'occupation de néonatalogie et de l'unité kangourou s'élevaient respectivement à 67% et 133% en 2023. L'unité Kangourou gagnera 7 lits, pour atteindre 18 lits armés.

Recommandation n°3 Réajuster le nombre de lits armés en néonatalogie, par tranche de 6/12 lits, et les maquettes RH en fonction de l'activité après 1 an de fonctionnement et inscrire ce principe dans le contrat « article 50 » entre l'ARS et l'établissement.

3.1.3 La quasi-stabilité du capacitaire en hospitalisation complète d'obstétrique permet une réallocation des lits vers l'unité de déclenchement.

L'évolution de l'activité est fonction de la baisse des naissances observée, soit une diminution du nombre de passages de 14% entre 2019 et 2023 (-1.305) sur les deux unités d'obstétrique, avec une baisse concentrée entre 2022 et 2023. A noter qu'entre 2013 et 2019, le nombre d'accouchements n'a

pas diminué sur la maternité de Jeanne de Flandre, malgré une baisse constante de la natalité sur le département du Nord. La « part de marché » du CHRU a mécaniquement progressé entre 2013 et 2023, passant de 24% à 27% des accouchements de la métropole lilloise¹³. A cet égard, le CHRU n'anticipe à l'ouverture de Jeanne de Flandre Demain qu'un retour au niveau d'activité connu en 2019 et 2022, bien que difficile à appréhender à ce stade.

Le taux d'occupation des lits d'obstétrique (ou suite naissances) s'élève à 89% en 2023, avec une saturation évaluée à 75% des jours de l'année selon l'établissement. Le taux d'occupation s'élevait à 69% dans le service des pathologies materno-fœtales en 2023 sur unité de 23 lits mais avec 5 lits modulaires (chambres doubles). Ce taux d'occupation justifie la diminution du capacitaire de pathologies materno-foetales par rapport à l'étape 1 et l'ajustement opéré sur les maquettes RH. A noter que l'IP-DMS globale en obstétrique ne semble pas présenter d'écart significatif à la moyenne des CHRU (1,06 en 2022¹⁴).

La baisse prévue de capacitaire en HC d'obstétrique (-11 lits dont 8 en pathologies materno-foetales) permet, à capacitaire constant, la création d'une unité de déclenchement au regard de l'évolution des pratiques (taux de déclenchement actuellement de 32 % à JDF) : 10 lits identifiés à proximité du plateau d'obstétrique, avec report de parturientes actuellement situées en pathologies materno-fœtales. A noter que l'établissement fait également la promotion du déclenchement artificiel à domicile. Le volume d'accouchements représente une moyenne journalière lissée de 13 accouchements. Si la maternité Jeanne de Flandre a vocation à prendre en charge les maternités à risque, la mission s'interroge néanmoins sur le dimensionnement de l'unité de déclenchement et des ressources associées.

Recommandation n°4 Réajuster, compte tenu de la baisse des naissances observée, le nombre de lits armés en suites de naissance, par tranche de 10/12 lits, et les maquettes RH en fonction de l'activité après 1 an de fonctionnement et inscrire ce principe dans le contrat « article 50 » entre l'ARS et l'établissement.

3.1.4 Le projet comprend une augmentation de 4 salles de naissance (soit 18 salles construites dont 17 armées à l'ouverture).

Les salles de travail et pré-travail passeraient de 14 à 18 salles (dont 17 armées). Si le nombre de salles actuel respecte les seuils fixés pour 5.500 naissances fixés par l'arrêté du 25 avril 2000, l'établissement considère que l'augmentation de 3 salles supplémentaires correspond à l'allongement de la durée de travail en salle, notamment pour les parturientes déclenchées. La contre-expertise note également l'intérêt de prévoir un nombre de salles de naissance en réserve. Le projet prévoit des salles mixtes (pré-travail + travail) pour éviter les transferts entre salles, facteurs d'inconfort et de perte de temps.

Recommandation n°5 Réajuster le nombre de salles de naissance armées en fonction de l'activité après 1 an de fonctionnement et inscrire ce principe dans le contrat « article 50 » entre l'ARS et l'établissement.

¹³ Enquête DREES 2023

¹⁴ HOSPIDIAG

3.1.5 Le projet doit permettre un développement d'activité de gynécologie à capacitaire constant grâce au regroupement des activités chirurgicales autour d'un plateau technique opératoire unique.

L'activité de gynécologie a diminué de 17% entre 2019 et 2023 en hospitalisation complète, avec un taux d'occupation de 53% pour 21 lits. Cette faible fréquentation est imputable selon l'établissement à la sous-utilisation du bloc opératoire (tensions sur les effectifs d'anesthésistes puis de chirurgiens).

L'établissement anticipe une augmentation d'activité de 45% (+690 passages) avec la reconstitution d'une équipe chirurgicale complète, la concentration des files active de cancérologie avec le rehaussement des seuils d'activité aux dépens des hôpitaux périphériques, le doublement de la file active en endométriose et l'acquisition d'un robot chirurgical en 2025.

Le projet permet le regroupement des salles opératoires actuellement dispersées sur plusieurs sites sur un plateau commun, avec une salle supplémentaire en gynécologie, soit 11 salles de bloc au total : 6 salles de gynécologie dont une dédiée au robot chirurgical, 2 salles pour la procréation médicalement assistée, 3 salles de césarienne. Si le taux d'occupation des salles de gynécologie s'élève à 84% en 2023 (pour une cible ANAP à 85%), le taux d'ouverture¹⁵ s'élève à 77% et laisse envisager une augmentation sensible sur le capacitaire existant. Le taux d'occupation des deux salles dédiées à l'AMP reste structurellement faible, à hauteur de 57% en 2023.

A noter que le plateau unique (PTIO) comprendra également les 18 salles de naissance construites.

Le dimensionnement des plateaux techniques de « Jeanne de Flandre demain » a été réalisé à partir du temps opératoire en 2022 (TROS), de l'évolution du nombre d'interventions anticipée et de l'optimisation jugée possible de temps de vacation offert (passage de certains blocs en 9h).

3.1.6 Le projet doit permettre la création d'une unité de Soins intensifs de gynécologie-obstétrique (4 lits) actuellement absente dans l'organisation des soins.

Le projet permettra d'isoler 4 lits au profit des soins intensifs en gynécologie-obstétrique (hémorragies post-partum, cardiopathies sévères, pré-éclampsies sévères, chirurgies carcinologiques lourdes). Le CHRU de Lille a identifié 447 patientes éligibles en 2022 avec une durée prévisionnelle de séjour de 2 à 3 jours. Actuellement, les patientes sont hébergées en salle de réveil ou sur des lits d'obstétrique.

A noter que l'établissement anticipe 835 passages à l'ouverture de l'unité, avec une durée de passage de 1,5 jours, en contradiction avec les hypothèses précitées.

3.1.7 La création d'un plateau ambulatoire chirurgical/interventionnel à proximité des blocs opératoires devrait permettre d'optimiser le taux de rotation, actuellement inférieur à 100%.

Un plateau ambulatoire chirurgical/interventionnel unique doit permettre de regrouper l'ensemble des activités de gynécologie, obstétrique, orthogénie (IVG) et d'assistance médicale à la procréation (AMP), avec une baisse de capacitaire de 3 places pour atteindre 24 places au total.

L'activité sur ce périmètre a augmenté de 16% entre 2019 et 2023 (+826 séjours). Le CHRU de Lille anticipe une croissance de 25% à l'ouverture de l'unité (+1.500 séjours), notamment sur la préservation de la fertilité. Cette hausse d'activité doit passer par une optimisation importante du taux

¹⁵ TVO / temps conventionnel de 50h par semaine hors samedi et 4 semaines de congés

de rotation passant à une cible à 130%, contre un taux global actuel d'environ 70% (aucune des 5 unités d'hospitalisation de jour actuelle ne dépasse un taux de rotation de 100%). Cette évolution nécessitera a priori une optimisation importante des parcours patient (outils et référents de la programmation).

3.2 L'évolution du capacitaire pédiatrique permet une rationalisation importante des organisations, avec des plateaux mutualisés, mais repose sur des prévisions d'activité optimistes.

Comme présenté au paragraphe 2.1.2, l'INSEE anticipe une baisse démographique de 13% entre 2018 et 2050 de la tranche 0-20 ans dans le département du Nord (soit 66.500 d'habitants sur cette tranche d'âge de moins qu'en 2018). En comparaison, le CHRU de Lille anticipe une croissance d'activité pédiatrique liée au projet de 42% par rapport à 2023 :

- Soit 31% en hospitalisation complète (+3.800 séjours) et de 53% en hospitalisation de jour (+6.800 séjours).
- Soit 37% en médecine et soins critiques (+6.600) et 55% en chirurgie (+4.000).

Sur la dernière décennie, si l'activité décroît en chirurgie pédiatrique, elle augmente en médecine :

- Les séjours de chirurgie pour les patients de moins de 18 ans au CHRU de Lille diminuent de 6% entre 2014 et 2024¹⁶.
- A l'inverse, les séjours de médecine pour les patients de moins de 18 ans ont augmenté de 23% au CHRU de Lille.

Sur son territoire de recours, le CHRU de Lille reste le premier acteur en médecine pédiatrique, à l'inverse de la chirurgie et des activités interventionnelles dominées par le groupe Ramsay. Ce dernier assurait respectivement 26% et 32% de l'activité sur ces deux segments en 2019.

Les taux d'occupation actuels sur le pôle Enfant révèlent un fort potentiel d'optimisation, c'est-à-dire une croissance d'activité possible à capacitaire constant. L'établissement communique ainsi sur une augmentation marginale de 7 lits et places à l'ouverture. Mais il prévoit néanmoins 14 lits et places en réserve, soit une augmentation totale de 8% par rapport au capacitaire actuel. La suppression de 15 lits et places en chirurgie par rapport à l'existant permet de compenser partiellement les créations de lits en médecine. Ces augmentations capacitaires sont justifiées par le corps médical :

- Sur les activités de recours (dont +2 lits en gastro-entérologie, +2 lits en hématologie, +3 lits d'HDJ sur les spécialités de recours) par des prévalences en hausse, de nouvelles indications ou des fragilités sur la démographie médicale hospitalière.
- Des besoins mieux couverts par la modernisation et le regroupement des activités (dont 4 lits supplémentaires sur l'unité sommeil ventilation et 6 lits supplémentaires en soins critiques)

Le projet permet en effet une rationalisation importante des organisations (plateaux mutualisés, développement de l'ambulatoire). Il intègre le rapprochement de plusieurs activités, (allergologie, pneumologie, néphrologie, endocrinologie, maladies métaboliques (APNEM), neurologie et cardiologie, spécialités chirurgicales), la création d'un plateau unique pour les activités chirurgicales et interventionnelles, la création d'un grand plateau de soins critiques, ainsi qu'une unité dédiée aux hospitalisations en post-urgences, remplaçant l'unité d'hospitalisation de semaine actuelle.

¹⁶ Source : SNDS

3.2.1 Le secteur commun de neurologie et de cardiologie pédiatrique doit permettre d'optimiser le taux d'occupation, avec toutefois un rattrapage du niveau d'activité de 2019 incertain.

Sur le périmètre futur de l'**unité commune à la neurologie et cardiologie pédiatriques (-1 lit armé prévu)**, les taux d'occupation sont tous inférieurs à 85% et l'activité a diminué de 18% entre 2019 et 2023. Le CHRU anticipe plus qu'un rattrapage du niveau d'activité antérieur à l'ouverture (+34%), avec un capacitaire armé inférieur de 1 lit par rapport à l'existant (soit 24 lits) et une maquette RH de 1 PUER pour 6 lits en journée. Le regroupement des deux spécialités sur un plateau commun doit permettre d'optimiser le taux d'occupation, avec une meilleure gestion des pics d'activité. L'établissement anticipe un développement de la cardio-pédiatrie avec la montée en charge de la chirurgie cardiaque lilloise, aux dépens de l'adressage vers la région parisienne, et d'une meilleure collaboration avec la médecine libérale.

A noter que la part de marché du CHRU de Lille à l'échelle du département du Nord apparaît globalement stable entre 2014 et 2024. Le CRHU assure 62% des hospitalisations des patients mineurs en cardiologie¹⁷. Elle progresse légèrement en neurologie passant de 41% à 42,6% entre 2014 et 2024¹⁸.

Sur le même plateau, l'**unité sommeil (+4 lits armés)** doit permettre d'accueillir une activité augmentant de moitié à l'ouverture, avec un taux d'occupation proche de 90%.

3.2.2 Le service d'hématologie pédiatrique augmente son capacitaire de 2 lits (16 lits) pour mieux accueillir les patients immunodéprimés, mais les hypothèses d'activité peuvent sembler fragiles.

Le taux d'occupation en **hématologie pédiatrique (+2 lits armés prévus)** s'élève à 75% en 2023, correspondant au taux cible de l'établissement. Bien qu'elle doive prendre en compte les pics de fréquentation et les contraintes relatives aux mesures d'isolement protecteur, cette cible reste même inférieure, à titre d'exemple, à celle évoquée dans le cadre de la réforme des autorisations pour les soins critiques¹⁹.

Or, l'établissement prévoit d'armer 2 sur 4 lits supplémentaires construits, avec un objectif de doublement de l'activité et une baisse de la DMS de près de moitié par rapport à 2023 (-2,6 jours). On peut douter de la conjonction de ces hypothèses (réduction de la DMS, TO inférieur à 80%, doublement de l'activité). L'établissement communique toutefois sur un pic observé de 9 patients sur secteur stérile, avec actuellement 4 lits et des perspectives de recrutement sur les hémoglobinopathies, l'élargissement des indications d'immunothérapie et le développement de la thérapie génique (lymphodéplétion réalisée dans le service). La contre-expertise s'interroge sur la modularité de l'ensemble des chambres d'hématologie pour répondre en majorité aux conditions d'un secteur stérile : surpression (pression positive) et air filtré.

¹⁷ Domaines d'activité PMSI : D06 - Cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels, D07 - Cardio-vasculaire

¹⁸ Domaine d'activité 05 - Système nerveux, uniquement sur les groupes de planification de neurologie médicale

¹⁹ INSTRUCTION N° DGOS/R3/2023/47 du 6 avril 2023 relative à la mise en œuvre de la réforme des autorisations de l'activité de soins critiques

A noter que le CHRU de Lille assume une part croissante des hospitalisations en hématologie pédiatrique à l'échelle du département du Nord, passant de 42% en 2014 à 51% en 2024²⁰, confirmant le phénomène de concentration anticipé par l'établissement sur les spécialités de recours.

3.2.3 Malgré une baisse récente de l'activité, le service de gastro-entérologie pédiatrique souhaite se doter de 2 lits supplémentaires, pour anticiper le risque de report pérenne d'activité, dans un contexte de fragilité des ressources médicales hospitalières sur le territoire.

Le secteur de **Gastro-entérologie pédiatrique (+2 lits armés prévus)**, intégrant 8 lits de Soins intensifs, présente un taux d'occupation d'environ 77% en 2023, après une baisse d'activité de 7% par rapport à 2019. Le projet prévoit néanmoins 2 lits supplémentaires compte tenu des pics observés (dépassant 20 patients sur 20% des jours) et de la fragilité des ressources médicales en établissement sur la métropole.

Le CHRU de Lille assure une part croissante des hospitalisations de patients mineurs sur le département du Nord, passant de 16% en 2014 à 22% en 2024 (1.966 séjours)²¹.

3.2.4 Le projet prévoit un regroupement d'activité sur le périmètre de la pneumologie, néphrologie, de l'endocrinologie et des maladies infectieuses permettant une réduction capacitaire au regard des taux d'occupation actuels.

Sur le périmètre de l'**APNEM**, l'activité semble progresser de 34% entre 2019 et 2023 avec un taux d'occupation toutefois inférieur à 80.

Le projet prévoit ainsi une baisse du capacitaire de 4 lits pour atteindre 20 lits à l'ouverture mais le capacitaire actuel difficile à reconstituer (oscillant entre 21 et 26 selon les documents) au regard d'une activité dispersée). Cette unité commune disposerait de 4 lits en réserve pour les épidémies saisonnières.

La réduction du nombre de lits armés et l'augmentation anticipée de l'activité (+8%) permettraient selon l'établissement de réajuster le TO à 90%. L'augmentation d'activité est fondée sur un besoin de recours en allerge-pneumologie, une prévalence croissante de l'asthme et des allergies. Un impact similaire en diabétologie semble plus incertain. L'établissement prévoit toutefois une maquette RH conséquente avec 1 IDE de puériculture pour 7 lits en journée.

Le CHRU de Lille assume une part croissante des hospitalisations de patients mineurs sur ses spécialités à l'échelle du département du Nord. Entre 2014 et 2024, elle passe de 22% à 29% en pneumologie²², de 20% à 32% en maladies infectieuses²³ et de 23% à 43% en néphrologie (hors séance)²⁴. Elle reste stable en endocrinologie (33% en 2014²⁵).

²⁰ Domaine d'activité D16 - Hématologie

²¹ Groupes de planification K01, K02, M01, M02, X02

²² Domaine d'activité D09 - pneumologie hors chirurgie

²³ D18 - Maladies infectieuses (dont VIH)

²⁴ Groupes de planification d'uro-néphrologie médicale (hors séances) M16 et X12

²⁵ D19 - endocrinologie hors chirurgie

Recommandation n°6 Réinterroger les maquettes RH de l'allergologie, pneumologie, néphrologie, endocrinologie, maladies métaboliques (APNEM), de neurologie et de cardiologie en fonction de la charge en soins et de la fréquentation réelle des services, dans un contexte de bascule ambulatoire et de centralisation du post-urgences, afin d'assurer une relative équité entre les ratios des différents services.

Malgré une baisse d'activité de 20% entre 2019 et 2023, l'établissement anticipe un report d'activité d'autres centres sur son **centre de dialyse pédiatrique** sans augmentation du nombre de places (6 actuellement). L'ante-région du Nord-Pas-de-Calais se caractérise par une prévalence de l'insuffisance rénale terminale en augmentation entre 2004 et 2019 (+21%) mais sans surreprésentation de la tranche d'âge 0-19 ans par rapport à la moyenne nationale²⁶.

3.2.5 Le regroupement des secteurs d'HDJ de médecine (-5 places) devrait permettre une réelle optimisation du taux de rotation, actuellement inférieur à 100% sur chacun des secteurs.

Avec un capacitaire cible de 23 places, l'établissement se donne une cible de croissance de 25% à l'ouverture pour un taux de rotation de 130%. Cette mutualisation devrait s'accompagner d'une meilleure coordination des examens, à la condition de parcours patients optimisés avec des outils de programmation et ressources dédiées.

3.2.6 Le projet prévoit la transformation de l'hospitalisation de semaine en médecine post-urgences.

La création d'une **unité de médecine post-urgence de 8 lits** (12 lits en cas d'épidémie saisonnière) a vocation à reprendre une partie de l'activité de l'unité d'hospitalisation de semaine de 10 lits, soit une augmentation nette de l'activité de 1.100 séjours (+120%). L'effet de report depuis les autres unités d'hospitalisation de médecine ne semble pas avoir été intégré dans les prévisions d'activité.

3.2.7 Le projet JdF demain permettra la création d'un grand plateau de soins critiques, avec une forte augmentation du capacitaire armé (+6 lits) pour atteindre 40 lits.

Le projet intègre également un grand **plateau de soins critiques de 40 lits**. Cette implantation répond aux exigences de la réforme des autorisations de soins critiques : l'instruction du 6 avril 2023 rappelant les principes de contiguïté, flexibilité et « continuum de fonctionnement en circuit court ».

Si l'activité a progressé de 6% entre 2019 et 2023, les taux d'occupation restent inférieurs à 70% en 2023. L'établissement justifie néanmoins l'augmentation capacitaire et la croissance de l'activité attendue à l'ouverture (+30%) par le développement de la chirurgie cardiaque et la fragilité des ressources sur les unités de soins intensifs dérogatoires (sans proximité avec une réanimation pédiatrique) des autres établissements. Ce dernier risque n'est cependant pas expliqué dans le projet de service.

²⁶ Rapport REIN 2019

3.2.8 Le regroupement de la chirurgie sur deux plateaux communs, respectivement en hospitalisation complète et en ambulatoire permet la proximité avec le bloc opératoire et une réduction capacitaire de 6 lits armés.

Le regroupement des hospitalisations de **chirurgie (-6 lits armés)** sur un plateau de 40 lits permet de réduire le capacitaire, tout en anticipant une croissance d'activité de 16% à l'ouverture (+530 gestes) avec un taux d'occupation cible de 85%, contre un taux d'occupation cumulé sur les secteurs inférieurs à 50% en 2023. Cette progression d'activité repose sur des besoins non couverts en endoscopie, une file d'attente importante en odontologie et sur le développement de la chirurgie cardiaque et de la pose d'implants cochléaires.

Recommandation n°7 Réajuster le nombre de lits de chirurgie HC en semaine, par tranche de 8/10 lits, et les maquettes RH en fonction de l'activité après 1 an de fonctionnement et inscrire ce principe dans le contrat « article 50 » entre l'ARS et l'établissement.

Le rapprochement de l'unité de **chirurgie ambulatoire de 20 places (-1 place par rapport à 2023)** près du bloc opératoire permettra d'optimiser le parcours patient, avec des sorties accélérées autour d'une salle de réveil. Le CHRU de Lille prévoit tout de même 3.500 interventions supplémentaires soit un doublement de l'activité ambulatoire, dont la moitié correspond à de l'imagerie interventionnelle sous AG et de l'endoscopie. Il faut toutefois noter l'absence de bascule ambulatoire estimée.

3.2.9 Le projet prévoit la création d'un nouveau bloc opératoire avec deux salles supplémentaires (soit 12 salles de bloc dont une salle hybride), sans optimiser totalement le taux d'ouverture.

Le dimensionnement du **bloc opératoire (+2 salles)**, comprenant 12 salles dont une nouvelle salle hybride pour les cathétérismes cardiaques, a été travaillé en prenant en compte :

- La réintégration d'activités réalisées en dehors du bâtiment JdF (chirurgie maxillo-faciale, ORL, ophtalmologique, oto-neurologique, plastique et reconstructrice, dentaire) ;
- La réinternalisation d'activités hors CHRU : endoscopies sous AG, ORL, chirurgie plastique ;
- La création d'une nouvelle activité de chirurgie cardiaque néonatale et infantile ;
- Les activités non honorées et le développement d'activités correspondant tout de même à une hypothèse d'augmentation de 15% du temps opératoire actuel.

Les hypothèses de croissance d'activité en chirurgie liés au projet apparaissent très optimistes (+4.000 séjours HC et ambulatoires confondus, soit +55%). En parallèle, l'établissement anticipe un besoin accru de 30% du temps de vacation entre 2022 et 2030.

Le taux d'occupation s'élève à 85% (cible ANAP) en 2023 sur le bloc opératoire pédiatrique selon l'établissement. Le taux d'ouverture²⁷ reste optimisable, avec la mise en place progressive d'un temps de vacation de 9h au lieu de 7h30. L'établissement prévoit cependant de conserver 6 salles avec un taux de vacation à 7h30. La mise en place d'un TVO de 9h est centrée sur l'activité programmée non ambulatoire et reste présentée par le CHRU de Lille comme un risque pesant sur l'attractivité RH. A noter toutefois, que le cycle horaire anticipé dans le service chirurgie ambulatoire semble être en 12 heures contre une amplitude opératoire de 7h30.

Recommandation n°8 Définir un cycle horaire unique sur les recrutements des nouvelles IBODE pour optimiser l'utilisation du plateau technique pédiatrique.

²⁷ TVO / temps conventionnel de 50h par semaine hors samedi et 4 semaines de congés

Observations : La simulation du Conseil scientifique (CSIS), citée dans le rapport d’instruction – étape 3 de l’ARS-HDF, confirme bien l’impact démographique négatif sur le capacitaire MCO qui se situe à - 0,48 % par an pour le département du Nord et à -0,43% pour le département de Pas-de-Calais. Les croissances démographiques très modérées, concentrées dans les seuls territoires de la Métropole Européenne de Lille ne peuvent avoir pour conséquence, une augmentation capacitaire directe du projet JDF Demain, alors que le CHRU de Lille prévoit une augmentation capacitaire à l’ouverture de JDF de 20 lits et 3 places pour une capacité construite de 34 lits et 7 places.

La hausse capacitaire sur des activités de recours, argumentée par l’ARS, s’expliquerait ainsi par :

- Une augmentation des besoins de la population du territoire de proximité du CHRU liée à l’évolution de l’incidence et de la prévalence chez l’enfant de certaines pathologies : pneumologie et allergologie, pathologies digestives inflammatoires et neurologiques notamment ;
- La création d’une nouvelle activité de chirurgie cardiaque néonatale et infantile et ses conséquences capacitaires en chirurgie, réanimation pédiatrique (et néonatale), en cardiologie infantile et explorations fonctionnelles cardiaques pédiatriques, en neurologie pédiatrique ;
- Une recomposition territoriale anticipée de certaines activités gynécologiques, obstétricales et pédiatriques qui ne pourront être maintenues à terme dans les établissements de santé du GHT et la poursuite de la restructuration des établissements privés.

Sans pour autant préconiser une réduction des surfaces, compte-tenu de la mutualisation des unités de soins, du type de projet (réhabilitation/extension) et des enjeux organisationnels des prises en charge, la mission de contre-expertise recommande ainsi de réinterroger le capacitaire ouvert et les maquettes RH à moyen terme. Cette règle de bonne gestion permettra à l’établissement et à l’ARS de réviser son capacitaire en réserve, afin d’ajuster au mieux les ressources à l’activité. **Cette logique répond aux enjeux de maîtrise des coûts réaffirmés par la circulaire du 23 avril 2025 relative à l’efficience et à la performance des établissements de santé.** A cet égard, les diverses recommandations de la mission pourront utilement être reprises dans le contrat relatif au projet d’investissement liant l’établissement et l’agence régionale de santé, prévu à l’article 50 de la Loi n° 2020-1576 du 14/12/2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021, relatif aux contreparties d’une dotation annuelle, dit « contrat article 50 ».

4 Les contours bâtimentaires et financiers du projet doivent être adaptés pour répondre aux enjeux environnementaux et de maîtrise des coûts.

4.1 La rénovation thermique du bâtiment existant ne semble pas figurer au projet ni dans les autres opérations significatives du plan pluriannuel d'investissement.

Le projet JDF repose, pour une part importante, sur la réhabilitation du bâtiment existant (45% des surfaces SDO) dans un souci de limiter au maximum la création de surfaces neuves. Il est dommage que ce choix, plutôt vertueux, ait exclu la rénovation thermique par le biais de travaux d'isolation par l'extérieur (ITE enduit, remplacement des châssis, isolation extérieure en toiture). Et ce d'autant plus, que l'établissement confirme « *qu'à la fin des travaux de l'opération JDF Demain, les locaux existants seront tous mis en conformité d'un point de vue technique* », le tout s'articulant « *avec les données du schéma directeur technique pour lequel les limites d'intervention ont été définies conjointement entre les 2 opérations* ». La rénovation thermique du bâtiment semble avoir été écartée à l'heure actuelle au vu des montants, faute de financements et en raison d'un ROI de long terme. Sa programmation ne figure pas pour autant dans les autres opérations significatives du plan pluriannuel d'investissement (PPI). En outre, **une mise en œuvre après la livraison de l'opération « JDF Demain » imposera de nouvelles contraintes – ce qui ne sera pas sans risque en termes d'acceptabilité par les utilisateurs. Ne pas l'inclure représenterait un traitement énergétique différencié avec la partie neuve, au détriment du confort pour le patient.**

4.2 La projet de l'UPC semble guidé par l'opportunité d'un financement national ou régional.

Le projet JDF est présenté avec un périmètre incluant la réalisation de 4 opérations préalables ou induites. Deux opérations n'appellent pas de remarque quant à leur intégration au périmètre financier du projet JDF.

La réalisation **de l'opération Parking** s'avère indispensable pour libérer l'emprise foncière des extensions et permettre de reconstituer une offre de stationnement, voire de l'étendre. Ce qui, *a contrario*, serait particulièrement pénalisant en termes d'attractivité pour la patientèle ou les professionnels.

L'identification **d'un schéma directeur technique** à l'échelle de la partie SUD du campus (JDF mais également Salengro et la nouvelle Pharmacie) est un point particulièrement positif. Il apporte en effet une vision d'ensemble de ce secteur SUD qui ne pouvait se circonscrire qu'au seul périmètre du projet JDF, offrant de surcroît in fine des économies d'échelle tant en investissement qu'à terme, en exploitation.

L'intégration des deux autres opérations dans le périmètre financier de l'opération est plus contestable. Le motif du rattachement est justifié dans les deux cas de figure par la libération d'espaces sans lesquels la partie de réhabilitation du projet JDF ne pourrait pas se faire. La mission postule à l'inverse que ces projets auraient été nécessaires, indépendamment de la restructuration de l'hôpital Jeanne de Flandre.

Le transfert du laboratoire de génétique dans les locaux du Centre de Biologie et Pathologie (CBP) présente le double intérêt de libérer des surfaces nécessaires aux besoins tertiaires de l'hôpital Jeanne de Flandre et d'apporter une cohérence d'ensemble à la biologie moléculaire. Le regroupement des

activités induit et la faible portée financière de l'opération (2,45% du montant total du projet JDF) permet de relativiser cet enjeu de périmètre.

A l'inverse, la mission recommande d'exclure du périmètre la reconstruction de l'**Unité de production centralisée (UPC)**. En effet, la libération de m² sur l'hôpital Jeanne de Flandre pourrait apparaître comme un effet d'aubaine au regard du financement du projet. Sur le fond, la nécessité de cet investissement semble incontestable au regard de la vétusté et des limites de l'actuelle UPC. En tout état de cause, même en l'absence de projet JDF, le projet de l'UPC ne saurait être trop longtemps différé comme en atteste les éléments de diagnostics transmis : « *Construite en 1995, la cuisine centrale dispose d'un bâti inadapté et vétuste, dont l'état est régulièrement relevé dans les inspections de la Direction Départementale de la Protection des Populations* », ou encore « *Les coûts de maintenance et d'entretien de ces locaux sont élevés pour un service rendu qui ne se situe plus au niveau attendu* ». Cette reconstruction de l'UPC s'inscrit par ailleurs, comme la première marche de la constitution d'un pôle logistique centralisé, ce qui est une orientation opportune en termes de schéma directeur logistique.

Autrement dit, la réalisation des investissements des fonctions supports (Restauration, Blanchisserie notamment) doit être avant tout guidée par l'obsolescence des outils de production et faire l'objet d'une programmation en tant que telle au sein du PPI. Par ailleurs, de telles opérations de modernisation des outils de production dégagent des ROI permettant de supporter le coût des investissements.

Recommandation n°9 Réinterroger le périmètre de l'opération JDF Demain en y intégrant le coût de la rénovation thermique (+ 40 millions HT) et en excluant le projet de l'UPC (-26,888 millions HT).

4.3 La politique environnementale est ambitieuse mais les impacts en termes de développement durable ne sont pas pris en compte à ce stade du projet d'extension Jeanne de Flandre.

Les principaux enjeux et impacts environnementaux du projet sont clairement décrits et appréhendés avec des ambitions fortes :

- **en matière de développement durable** par la volonté politique affirmée et partagée avec la Métropole, de **préservation des ressources naturelles et de la biodiversité** du campus hospitalier, notamment par l'insertion d'une trame verte, la prise en compte des enjeux en termes **d'accessibilité et de flux** (public comme logistique) mais aussi **les résultats d'étude acoustique et de qualité de l'air**.
- **Sur un plan énergétique**, avec l'engagement mentionné dans le tome technique du PTD que « *Quelle que soit la date de dépôt du permis de construire, le projet d'extension Jeanne de Flandre sera conforme à la nouvelle réglementation thermique RE 2020.* »
- **En termes de consommations et d'exploitations énergétiques** en formulant le souhait que « *le futur bâtiment soit exemplaire sur le plan de la consommation énergétique et que toutes les dispositions soient prises pour rationaliser l'empreinte environnementale des nouveaux locaux* ».

La mission s'interroge sur la bonne prise en compte de ces impacts dans le coût prévisionnel du projet JDF.

Une réponse claire est apportée sur « *les impacts financiers du décret tertiaire (qui) sont inclus dans les estimations présentées pour les constructions neuves. Cela représente 3% du HT travaux.* » (Rapport

instruction technique étape 3 p 103) ; ce qui est parfaitement logique compte tenu du caractère obligatoire fixé par ce décret en matière de réduction progressive de la consommation d'énergie des bâtiments à usage tertiaire (existant comme neufs)

En revanche, les impacts en termes de développement durable et RT 2020 semblent, à ce stade exclus comme en fait mention la fiche immobilière JDF Demain : « *NC DD et RE 2020* ». Le sujet semble être renvoyé aux études qui seront conduites avec le Maître d'œuvre, sans que par ailleurs, un niveau à atteindre ait été fixé sur un plan Energie et Carbone dans l'attente de l'entrée en vigueur de la RE 2020.

Recommandation n°10 Anticiper l'évolution réglementaire portée par la RE2020 en visant un niveau E3C1 et en ajoutant au coût de l'opération une provision (de 2 à 3% du montant HT des travaux) pour financer l'atteinte de ce niveau en matière d'isolation, d'étanchéité et de choix de matériaux à utiliser (béton bas carbone...)

4.4 Les procédures sont adaptées et les calendriers prévisionnels restent à sécuriser

- **Sur les opérations préalables ou induites**

Le projet JDF demain repose sur l'existence de 4 opérations préalables ou induites dont la parfaite maîtrise de leur réalisation est garante du respect du calendrier des extensions et de la réhabilitation du bâtiment JDF.

S'agissant des parkings, le choix de la procédure « Marché Global Sectoriel » (MGS) est parfaitement adapté et le fait que les trois groupements sélectionnés aient déjà remis leurs offres est rassurant quant à la maîtrise du calendrier de l'offre. Il conviendra cependant de demeurer vigilant, le CHRU annonçant une livraison du parking pour le premier trimestre 2027 et un début des travaux d'extension à l'automne 2027 soit une marge en principe suffisante pour absorber un éventuel retard. On peut considérer à ce stade et sur la base des éléments fournis que cette opération préalable est sous contrôle du MOA.

S'agissant du schéma directeur technique, celui-ci a clairement identifié les calendriers des raccordements aux réseaux du bâtiment JDF ainsi que du bâtiment Salengro et de la future Pharmacie Centrale. Les choix retenus en termes d'adaptation des infrastructures techniques et de VRD sont pertinents. Le pilotage de schéma directeur nécessite des équipes techniques aguerries.

S'agissant de l'UPC, au-delà de l'appréciation portée *supra*, il ne peut être que recommandé de poursuivre sans attendre cette opération. A cet égard, l'établissement fait état que « *les études de faisabilité urbanistiques, architecturales, techniques, économiques et calendaires sont en cours de réalisation pour une présentation au comité de pilotage, pour validation, le 27 mars 2025. En parallèle, les audits à mener par l'AMO portant sur les objectifs de performances mesurables à atteindre, notamment sur la qualité de service, l'efficacité énergétique et l'incidence écologique* » ont dû démarrer fin février 2025. « *Le rendu du programme technique détaillé, incluant la rédaction du dossier de consultation en procédure « Marché Global de Performance » (MGP), est envisagé pour fin novembre 2025. Le lancement de l'appel à candidature est envisagé début 2026. La fin du chantier et la mise à disposition des nouveaux locaux de l'UCP sont prévues pour janvier 2029.* ». Le choix de la procédure en MGP est parfaitement adapté à ce type d'opération. Le calendrier présenté est réaliste mais doit être tenu impérativement pour permettre la réalisation des diagnostics techniques entre janvier et juin 2029 dans les locaux que la cuisine centrale aura libérés.

S'agissant du transfert du laboratoire de génétique, l'établissement fait état d'un « *décalage de programmation de cette opération préalable (qui) ne remet pas en cause le calendrier général.* ». Ce décalage du calendrier initial, de fin 2028 à l'été 2029, est lié à des ajustements avec les services

concernés, sans que cela soit à ce stade de nature à remettre en cause le calendrier général de l'opération. Cependant, il ne peut être que conseillé désormais de finaliser cette programmation, même si les échéances peuvent apparaître lointaines aux utilisateurs, qui par ailleurs pourraient avoir le sentiment de ne pas être directement concernés par le projet JDF ; leur préoccupation première étant le futur agencement des locaux du Centre de biologie pathologie et la récréation d surfaces pour relocaliser les fonctions tertiaires.

La mission ne peut que recommander de mettre sous contrôle, sans attendre, chacune des opérations préalables ou induites en raison du risque qu'un potentiel retard fait courir sur le respect du calendrier général de l'opération JDF Demain. Sans qu'il y ait d'alerte à ce stade, ce risque est cependant majoré par le fait qu'il y ait 4 opérations sur le chemin critique de l'opération principale.

Recommandation n°11 Mettre sous contrôle les opérations préalables ou induites afin de garantir le respect du calendrier général

- **Sur le montage de l'opération d'extension et de réhabilitation**

Le choix de la procédure retenue d'un concours de maîtrise d'œuvre avec un allotissement en macro-lots pour la réalisation des 2 extensions de l'opération 1 est parfaitement justifié. L'idée avancée de pouvoir mener de manière simultanée les travaux des deux extensions par un découpage en amont permettant de distinguer par extension un même corps d'état paraît particulièrement opportune tant pour la mise en concurrence qu'elle autorise, qu'au regard de la capacité à tenir le planning prévisionnel des travaux.

Le calendrier présenté des études, qui inclut le temps de validation par la MOA est globalement très volontariste notamment concernant la réalisation :

- d'un APS en 12 semaines au regard de l'enjeu de cette phase qui conduit souvent à des évolutions spatiales de l'esquisse,
- d'un DCE et pièces administratives en 4 semaines est manifestement trop court sachant que de la qualité du DCE découle un chiffrage précis des entreprises limitant les risques d'interprétation et potentiellement de fiches de travaux modificatifs (FTM).

La durée prévisionnelle des travaux n'appelle pas de commentaire à ce stade. Il sera important lors de la remise des offres concours de voir si les candidats confirment ce calendrier ou en proposent une optimisation.

S'agissant de la réalisation de l'opération 2, le choix est celui d'une conduite d'opération portée par une maîtrise d'œuvre interne CHRU, ce qui exige **des compétences internes expérimentées** mais présente l'avantage par la connaissance du bâtiment et des utilisateurs **d'un pilotage en proximité** souvent complexe en raison de la concomitance entre travaux et maintien de l'activité hospitalière.

La mission rejoint l'avis du COPIL sur le fait que le calendrier des études est sous-estimé et devrait être porté à 30 mois.

Recommandation n°12 Ajuster à 30 mois le calendrier des études qui paraît sous-estimé.

4.5 Les estimations financières sont ambitieuses et sont à considérer comme des fourchettes basses à réinterroger à la validation de l'APD

Sur le coût des opérations préalables ou induites

Les estimations financières présentées pour le parking silo, le transfert des laboratoires et le schéma directeur technique reposent sur des hypothèses réalistes et raisonnables. Les éléments fournis permettent de considérer que ces estimations sont stabilisées.

Sur le coût de l'extension-réhabilitation de JDF

Les coûts au m² retenus pour l'opération tant pour les extensions que pour les réhabilitations constituent des **objectifs cibles ambitieux**.

En effet, l'objectif de traiter l'opération neuve avec un coût au m² inférieur à 3 000 € HT semble en corrélation avec l'évolution attendue du coût du marché. L'inscrire dans une hypothèse de 2 890 € HT du m² (valeur mars 2024) relève cependant encore, à ce stade, d'un pari qui ne **saurait être garanti avec certitude**.

Les hypothèses retenues en termes de taux de tolérance, d'aléa et de révision de prix n'appellent pas de remarque particulière.

Pour les réhabilitations, les coûts présentés sont à considérer comme des fourchettes basses :

- Pour l'opération 1, il s'agit d'une restructuration lourde. Or, le coût retenu de 1 233 € HT du m² relève davantage d'une réhabilitation moyenne.
- Pour l'opération 2, bien que soit documenté un coût prévisionnel à 988 € HT du m², il ne s'agit pas uniquement de réhabilitations légères.

Enfin, préciser que cette estimation exclut le coût des assurances qui souvent sont imputées sur le budget de l'opération (En l'espèce chiffré à 1 884 594 € TTC).

Si la mission estime qu'il n'y a pas de sous-estimation du montant présenté, elle considère cependant que le coût prévisionnel de l'opération, tant dans sa partie neuve que réhabilitée, constitue une fourchette basse en espérant que la conjoncture économique permettra de confirmer les hypothèses retenues.

Recommandation n°13 Confirmer, lors de la remise de l'APD, le coût de l'opération d'extension/réhabilitation en le confrontant par ailleurs aux marchés signés en 2025 et 2026 pour de récentes opérations hospitalières.

Afin de limiter les coûts, l'opportunité de réserver davantage de surfaces d'hospitalisation sur les deux extensions en fonction de l'impact sur le coût d'investissement est à évaluer pour disposer des réserves foncières sans finaliser le second œuvre.

4.6 Une capacité adaptée de pilotage et de suivi du projet

Au-delà de la comitologie présentée de suivi du projet, l'établissement dispose **opérationnellement** des **compétences requises** tant en **conduite de projets complexes**, que pour **l'exercice de la fonction de maîtrise d'ouvrage** pour faire face au pilotage de l'opération.

Par ailleurs, il dispose également **d'équipes techniques en capacité de** conduire en maîtrise d'œuvre interne la partie de réhabilitation du projet et la mise en œuvre du schéma directeur technique.

5 LA DEGRADATION DE LA SITUATION FINANCIERE FRAGILISE LE FINANCEMENT DES INVESTISSEMENTS ET LA MAITRISE DE L'ENDETTEMENT.

5.1 Si elle s'inscrit dans tendance nationale, la situation financière du CHRU de Lille n'en présente pas moins une fragilité accrue.

Le CHRU de Lille affiche une marge brute d'exploitation consolidée de 2,8% à fin 2023. Cela représente une dégradation de 1,3 points par rapport à sa situation ante-COVID (4,1% en 2019). In fine, la capacité d'autofinancement s'élève à 25 M€, soit une baisse 10 M€ par rapport à 2019. Une fois couvert le remboursement annuel du capital sur emprunts, la CAF nette apparaît désormais négative (-0,7%).

En outre, la valorisation de l'activité d'hospitalisation du CHRU de Lille reste inférieure à son niveau de 2019, hors effets tarifs. L'établissement est ainsi bénéficiaire du mécanisme de Sécurisation Modulée à l'Activité (SMA), représentant en 2023, 70% des recettes historiques. En fonction de l'écart, un retour progressif à la valorisation de l'activité (50% en 2024) pourrait peser fortement sur le résultat de l'établissement.

Par ailleurs, l'état des trois indicateurs d'endettement définis par le décret n° 2011-1872 du 14 décembre 2011 oblige le CHRU de Lille à solliciter une autorisation d'emprunts préalable auprès de l'ARS :

- Un taux d'indépendance (dette/capitaux permanents) à 80% contre une cible à 50%. Cet indicateur patrimonial est toutefois fortement conditionné par la qualité du bilan de l'établissement avant la mise en œuvre de la certification des comptes en 2015. Il varie d'un établissement à l'autre sans que cela ne soit nécessairement le reflet de sa capacité à rembourser ses emprunts, si ce n'est de son report à nouveau déficitaire.
- Un taux d'endettement (dette/produits) à 29% contre une cible à 30%. Cet indicateur est plus à même de mesurer l'endettement relatif de l'établissement.
- Une durée apparente de la dette (dette/CAF) de 21 ans contre une cible à 10 ans. Cet indicateur fluctue fortement en fonction de l'évolution de la CAF d'une année sur l'autre.

La dégradation des situations financières des CHRU apparait certes comme une tendance nationale, mais celle du CHRU de Lille semble s'être détériorée davantage au sortir de la crise COVID. Ainsi, le taux de marge brute aidé s'élevait respectivement à 4,1% en 2019 (3,2% hors aides) et 2,8% en 2023 (2,1% hors aides). A titre de comparaison, le taux de marge brute moyen des CHRU s'élevait à 4,1%²⁸ en 2023. Douze CHRU sur trente-deux – dont le CHRU de Lille à 0,2 point près – présentaient ainsi un taux de marge brute inférieur à 3%, le seuil défini par le CNIS pour couvrir une année de financement des investissements courants. La situation consolidée des CHRU s'est globalement dégradée, avec une baisse de 60% de la CAF par rapport à 2019 pour atteindre une CAF nette négative en 2023. Cette tendance pèse globalement sur la capacité d'autofinancement des CHRU, se répercutant potentiellement sur le niveau de subvention sollicité dans le cadre des projets d'investissement structurels. En matière d'endettement, 14 CHRU sur 32 dépassaient les seuils nécessitant une autorisation d'emprunt en 2023²⁹.

²⁸ source : Base DIAMANT

²⁹ source : Base DIAMANT

La doctrine définie par le CSIS a également apporté des éléments de contexte opportuns sur l'analyse des indicateurs financiers :

- Ce dernier distingue les situations financières tendues (1^{er} niveau d'alerte) des situations plus dégradées. Ces dernières correspondent à un taux d'indépendance financière et taux d'endettement respectivement supérieurs à 60% et 50%. Ce n'est pas le cas, à ce stade, du CHRU de Lille.
- Le CSIS rappelle en outre que le seuil du taux d'endettement peut dépasser 30% sans représenter un risque sur la soutenabilité financière à la condition que la marge brute couvre la charge annuelle de la dette en dégagant un solde de financement. A ce stade, le taux d'endettement oscille autour de 30% des produits depuis 2016 (29,3% en 2023 imputable aux effets tarifs positifs compte tenu de la progression de l'encours). Mais sa marge brute ne lui permet pas en 2023 de couvrir la charge annuelle de la dette et le CHRU anticipe une dégradation à court terme, passant de 43,7 M€ à 36,2 M€ en 2024.

En conclusion, le CHRU de Lille semble présenter plusieurs fragilités avec un taux de marge en dégradation, une couverture de 70% des charges par la SMA et une autorisation préalable d'emprunt. Toutefois, sa situation ne semble pas s'écarter fortement de la tendance constatée sur la moyenne des CHRU.

5.2 La trajectoire financière prévisionnelle reste néanmoins très volontariste et conditionne la maîtrise de la dette du CHRU.

Dans son avis complémentaire du 26 septembre 2024, Le COPIL CNIS souligne que la trajectoire est construite sur des hypothèses peu prudentielles, tant en évolution prévisionnelle des recettes que des charges, comme déjà évoqué dans le précédent avis. En effet, l'établissement anticipe :

- Une amélioration de sa marge brute de 16 M€ (+45%) dès 2025 reposant entre autres sur une amélioration des recettes de 20 M€ et des actions de maîtrise de la masse salariale à hauteur de 6 M€ ;
- Un retour à l'équilibre dès 2026, s'améliorant de 25M€ par rapport à 2023 (équivalent à 1,4% des produits).
- Un taux d'endettement ne dépassant jamais le seuil symbolique de 30% sur la période 2023-2034, diminuant même jusqu'à 19% en 2034, soit 11 points en dessous du plafond réglementaire. A l'inverse, le taux d'endettement dépasse ce seuil chaque année entre 2016 et 2022.

Tableau 12 : Trajectoire financière prévisionnelle du CHRU de Lille

	2019	2023	2026	2034
Résultat consolidé	-13,5 M€	-23,7 M€	1,5 M€	47 M€
Résultat rapporté aux produits	-1,07%	-1,33%	0,1%	2,4%
TMB consolidé	4,1%	2,8%	4%	6,3%
TBM consolidé hors aides	3,2%	2,1%	3,3%	5,8%
Taux d'endettement	34,5%	29,3%	28,2%	19%

Source : PGFP

L'évolution tendancielle des charges et produits semble reposer sur des hypothèses plutôt prudentes. Il est ainsi mentionné les hypothèses suivantes sur l'évolution tendancielle des charges et produits :

- Une augmentation de 1% de la masse salariale par an pour traduire l'évolution du Glissement-Vieillesse-Technicité, communément projeté autour de 0,5% ;
- Une augmentation de 0,5% des charges pharmaceutiques et hôtelières ; ce taux semble peu refléter l'évolution annuelle des prix et reste très inférieure aux hypothèses par la Banque de France ;
- Une croissance des recettes de séjours et de l'activité externe à hauteur de 1,5% par an ; ce tendanciel ne peut reposer uniquement sur des augmentations de tarifs à long terme mais également sur une croissance d'activité, qui mérite d'être justifiée à minima sur l'amélioration globale des indicateurs de performance ;
- Une augmentation de 1% des recettes du ticket modérateur ; à noter que l'augmentation des tarifs nationaux journaliers de prestation est souvent fixée proportionnellement à l'évolution de l'ONDAM Etablissements de Santé, conformément à l'article R. 162-22-1-I du code de la sécurité sociale. Cette dynamique permet de prendre des hypothèses plus favorables dans l'EPRD.
- Une hausse de 0,5% des recettes subsidiaires ; Cette hypothèse se justifie au regard de l'inflation constatée sur la rétrocession et les mises à disposition. Sur les autres prestations diverses, cela suppose que l'établissement mette en place une politique active de révision des tarifs.

Si l'on projette ce jeu d'hypothèses sur ces mêmes catégories de charges et produits constatées en 2023 sur le budget H sur 5 ans (cf. annexe n°3), l'impact de cette évolution « tendancielle » (c'est-à-dire sans aucune mesure d'efficacité ou sans projet majeur) semble légèrement négatif sur le résultat d'exploitation.

L'amélioration de la situation financière repose donc sur le retour sur investissement du projet JDF et du programme d'action PACTE. Le RSE mentionne ainsi un gain net de 15,4 M€ sur le résultat d'exploitation, représentant près d'un point de marge. Le plan de redressement, le PACTE, s'élève à 67 M€, soit environ quatre points de marge brute. Sa mise en œuvre constitue dès lors une condition préalable et nécessaire des projets d'investissement du CHRU de Lille. L'ARS des Hauts-de-France

souligne qu'un véritable dialogue de gestion existe pour garantir son suivi et que l'établissement « a su démontrer sa capacité à mener à bien ce type plan par le passé ».

La trajectoire financière semble toutefois présenter une fragilité concernant l'activité :

- Avec une hypothèse d'augmentation des recettes d'activité de 1% en tendancier dans le PGFP, sans préciser la part liée à l'effet volume ;
- Des projets générant 10,7 M€ de recettes nettes d'activité dans le PACTE ;
- 35 M€ de recettes d'activité liées au projet JdF à compter de 2029 dans les fiches PACTE (mais valorisées entre 2031 et 2032 dans le PGFP au format CNIS), soit un gain de 2,6 points de marge à date. Ce gain mériterait d'être phasé sur plusieurs exercices après échange avec les deux pôles concernés. Une hypothèse d'atteinte de l'activité cible sur une année semble peu probable ;
- En outre, l'impact de la fin de la sécurisation modulée à l'activité (SMA) garantissant en 2024 encore 13 M€ de recettes n'apparaît pas clairement dans le PGFP détaillé.

Au global, les recettes d'activité présentent un taux de croissance annuel moyen de 2,1% entre 2024 et 2034. Si l'on considère un effet tarif de 0,5 points à minima, une augmentation des séjours de 1,6% par an apparaît comme une hypothèse ambitieuse mais possible. Entre 2014 et 2024, le CHRU de Lille a connu une croissance globale de 17%, certes non linéaire mais correspondant à un taux de croissance annuel moyen de 1,5%³⁰.

Compte tenu des incertitudes sur la trajectoire financière, la mission a souhaité réaliser un « *stress test* », en retenant un scénario fondé sur des hypothèses plus défavorables (50% d'économies réalisées sur le PACTE et stabilité de l'activité au global sur le périmètre de Jeanne de Flandre au regard des déterminants démographiques)³¹. Nous avons tenté d'analyser l'impact sur la marge brute et le taux d'endettement. En 2034, la marge et le taux de marge du budget H s'élèveraient respectivement à 74 M€ et 4,2% (contre 100 M€ et 5,7% dans la trajectoire présentée par le CHRU de Lille). *In fine*, le taux d'endettement s'élèverait à 34% modulo les hypothèses de taux d'intérêt retenues.

Sans pour autant menacer le financement du plan pluriannuel d'investissement tel que présenté, la mission de contre-expertise reste plus réservée quant à la trajectoire de désendettement anticipée par le CHRU de Lille (l'établissement présente tout de même un taux d'endettement de 19% et un taux de marge de 6,3% en 2034 jamais atteints sur la précédente décennie). Ces incertitudes rendent d'autant plus nécessaires la mise en œuvre des économies du PACTE et la maîtrise du plan pluriannuel d'investissement.

Si le Plan global de financement pluriannuel (PGFP) devait intégrer le financement du projet d'extension-restructuration du bâtiment Roger Salengro, ce dernier pourrait dégrader sensiblement les indicateurs d'endettement du CHRU de Lille en fonction du calendrier et des aides potentielles retenues.

³⁰ Base SNDS

³¹ Cf annexe 4

5.3 Les incertitudes pesant sur la trajectoire du CHRU de Lille pourraient fragiliser à terme son plan pluriannuel d'investissement et l'évolution de l'endettement.

L'anticipation des subventions à hauteur de 2 M€ par an apparaît prudente, car inférieure aux montants constatés sur la dernière décennie. A l'inverse, les hypothèses de produits de cessions doivent reposer sur un plan de cession formalisé, en identifiant les biens visés dont la valeur de cession a pu faire l'objet d'une première évaluation par une étude notariale ou la direction départementale des finances publiques. La politique de cessions peut utilement s'appuyer sur une évaluation du parc immobilier disponible par le CHRU de Lille. Elle peut être présentée aux instances compétentes, notamment au conseil de surveillance, en se fondant sur l'article L 6143-1 du Code de la Santé publique.

On note que l'amélioration projetée de la capacité d'autofinancement (multipliée par quatre entre 2023 et 2034) conduit l'établissement à faire l'hypothèse très optimiste d'un financement par l'emprunt de son plan d'investissement d'environ 22%, permettant un désendettement théorique de 144 M€.€. **La maîtrise de l'endettement, à la condition d'une dynamique d'activité et de la mise en œuvre des mesures d'efficience, revêt un enjeu d'autant plus fort en l'absence d'intégration du projet d'extension-restructuration du bâtiment Robert Salengro dans la trajectoire financière communiquée par l'établissement.**

A cet égard, la maîtrise de l'investissement courant apparaît essentielle pour sécuriser autant que possible le financement des projets majeurs. L'enveloppe annuelle s'élève à 45 M€, soit 2,6% des produits. Elle semble donc compatible avec l'ordre de grandeur compris entre 2,75 et 3% défini historiquement et mentionné par le rapport IGAS-IGF de mars 2013. Ce dernier était calculé, avec une dispersion importante, sur une analyse des volumes d'investissement entre 2002 et 2011. Or, l'inflation générant une hausse de ce seuil en valeur a davantage porté sur les dépenses de masse salariale. En outre, le projet JdF intègre à ce stade une tranche d'équipements de 25 M€ s'additionnant à cette enveloppe courante.

Recommandation n°14 Tenir l'engagement dans la durée de réduire l'investissement courant afin de maintenir la capacité d'emprunt et de sécuriser le financement des grands projets

Recommandation n°15 Formaliser le suivi du plan de cessions en lien avec les instances compétentes.

5.4 Une fois le coût du projet consolidé, le plan de financement du projet « JdF demain » peut faire l'objet d'une communication au sein du COPIL du projet.

Au regard de sa taille, le CHRU de Lille semble bénéficier d'une compétence forte en ingénierie financière. Il dispose d'une notation auprès de *Moody's* lui permettant d'accéder au marché secondaire et fait partie des cinq établissements publics de santé à pouvoir émettre des titres de créances négociables (décret n° 2015-353 du 27 mars 2015).

Une fois les montants d'investissement et le niveau de subvention consolidés, le plan de financement du projet "JdF Demain" peut faire l'objet d'un *reporting* dédié auprès des instances compétentes, pour anticiper les points de risque éventuels et les paramètres retenus. Outre les paramètres classiques du financement privé (maturité et calendrier de mobilisation), le CHRU de Lille pourra utilement anticiper

la prise de contact avec les institutions permettant en financement sans risque (côté 1A) sur des enveloppes importantes, notamment les contrats de prêt de la Société de financement local (SFIL) commercialisés par La Banque Postale, de la Banque européenne d'Investissement (BEI) commercialisés par la Caisse d'Épargne et de la SFIL, direction de la Caisse des Dépôts et Consignations (CDC).

L'établissement a probablement déjà évalué l'intérêt de recourir à la livraison à soi-même (LASM) pour obtenir une avance correspondant à la TVA des travaux auprès de l'administration fiscale, conformément à l'article 257-I-3 du CGI. L'établissement dispose ensuite d'un délai courant jusqu'au 31 décembre de la deuxième année qui suit (CGI, art. 270) pour liquider la LASM et acquitter la TVA correspondante au Trésor. Sur une enveloppe totale de 250 M€, cela pourrait représenter une avance de trésorerie de près de 50 M€.

Le plan d'équipement hôtelier, médical et SI est estimé à 17 M€ soit 10% du montant de l'opération JDF, ce qui correspond aux recommandations usuelles. Compte tenu de l'importance du plateau technique et des secteurs de soins critiques, une évaluation détaillée des besoins apparaît nécessaire.

Le plan de financement du projet repose à 62% sur une subvention de l'Agence régionale de Santé. Le projet semble accompagné de manière importante compte tenu d'un taux de subvention rarement observé en métropole.

Plan de financement de l'opération Jeanne de Flandre (hors équipements et assurance) incluant les opérations induites à hauteur de 88,23 M€ (parkings silos, cuisine, accordement réseaux, relocalisation du laboratoire génétique) :

Autofinancement	50,5 M€ (19%)
Emprunt	50,5M€ (19%)
Dotations régionale Ségur	150M€ (62%)
Total	251 M€

Recommandation n°16 Présenter la stratégie de financement auprès du comité de pilotage du projet, pour sécuriser l'emprunt et mobiliser la livraison à soi-même pour optimiser ses besoins de trésorerie.

5.5 Certaines hypothèses du RSI du projet JdF Demain méritent d'être étayées, au-delà des prévisions de croissance d'activité par nature, incertaines.

5.5.1 Les hypothèses du retour sur investissement (RSI) semblent largement détaillées à ce stade du projet

Le CHRU de Lille a revu à la hausse le RSI du projet de 8,1M€ (il est passé de 7,3M€ à 15,4M€), à la suite du deuxième avis CNIS du 30/04/2024 (attendu n°2). Les principaux ajustements ont été permis par la révision du capacitaire et l'ajustement sur les effectifs associés (diminution de 100,55 ETP chiffré à 7,2M€).

Il faut souligner la prise en compte de certaines hypothèses et méthodes plutôt prudentes qui contribuent à la fiabilisation du RSI :

- L'estimation des charges liées aux consommations supplémentaires, à la demande du CNIS, par unité. Ces dernières doivent être mises à jour fréquemment pour tenir compte de l'inflation annuelle ;
- L'hypothèse d'un taux d'emprunt de 3% à long terme, sur une maturité de 25 ans. Compte tenu de la durée d'amortissement pondérée des différents composants, calculé sur ce type d'opération, la maturité de l'emprunt pourrait être allongée à 30 ans en fonction des enjeux de trésorerie, tout en respectant un principe d'adéquation entre les ressources et les emplois.
- La durée d'amortissement du gros œuvre à 50 ans s'observe sur d'autres structures hospitalières et apparaît cohérent avec la durée réelle d'exploitation des bâtiments à usage hospitalier.
- Le phasage des gains sur activité, même théorique, est également de nature à fiabiliser la prévision.

Recommandation n°17 Anticiper l'estimation des surcoûts sur l'énergie et les contrats de maintenance au-delà d'une simple indexation sur la surface supplémentaire exploitée. Un échange avec les fournisseurs semble utile à ce stade du projet.

Le projet nécessite des recrutements complémentaires pour un montant de de 15,1 M€ (soit 1,5% de la masse salariale du CHRU), soit 147 ETP PNM et 28 ETP PM supplémentaires.

Le ROI repose sur une hausse des recettes de 37,3 M€ dont 35 M€ de croissance d'activité. Les hypothèses associées ont déjà été évoquées au paragraphe 3.

5.5.2 Les impacts RH sur les organisations soignantes et les fonctions support doivent être régulièrement actualisés en fonction de l'avancement du projet.

Le RSI du projet intègre un besoin complémentaire de 147 ETP PNM et 28 ETP PM contre une augmentation à l'ouverture de 23 lits et places ainsi que 5 salles opératoires et 3 salles de naissance. Il est donc manifeste que les ratios soignants ont été révisés favorablement, même si ce point n'apparaît pas explicitement. La part des recrutements anticipés liée à l'amélioration des ratios soignants mérite d'être clairement identifiée. Elle pourrait utilement être communiquée aux instances et à l'encadrement, en rappelant que cette augmentation doit être financée par un développement d'activité en contrepartie, si ce n'est pas déjà le cas. A noter que ces besoins d'effectifs PNM ont été revus à la baisse de -19,6 ETP à la demande du comité de pilotage de l'investissement sanitaire, à la deuxième étape de l'instruction du projet, soit environ 8% de l'effectif soignant projeté pour le pôle FMNN.

Les maquettes RH font en effet apparaître des ratios soignants extrêmement favorables, avec par exemple :

- 1 infirmière de puériculture en journée pour 7 lits à l'APNEM ou pour 6 lits en cardiologie/neuropédiatrie ;
- 1 infirmière de puériculture en journée pour 8 lits en chirurgie ;
- 1 infirmière de puériculture pour 4 voire 3 places en hospitalisation de jour.

Outre les gains d'activité supplémentaires espérés, l'enjeu de la soutenabilité du projet porte avant tout sur l'optimisation de ressources liées au regroupement d'activités et à l'optimisation des fonctions support. L'établissement a déjà identifié de manière précise les pistes d'efficience liées au projet « JdF demain ». En parallèle de l'ordonnancement des opérations, Le CHRU peut poursuivre la mise à jour du retour sur investissement, en s'appuyant sur la définition progressive des organisations.

Le projet présenté permet de mutualiser le plateau d'unités avec de petits capacitaires afin d'optimiser les taux d'occupation et faciliter leur armement paramédical adéquate, dont les activités de :

- Néphrologie, endocrinologie et de Pneumologie allergologie au sein d'un même plateau de 24 lits ;
- de neurologie et de cardiologie infantile au sein d'une unité de 24 lits ;
- des spécialités chirurgicales au sein d'un plateau commun de 40 lits ;

Par ailleurs, le regroupement des plateaux techniques permettra selon l'établissement une fluidification des parcours patient ainsi que des gains d'échelle. Actuellement 31,5% des interventions pédiatriques sont réalisées en dehors du bloc pédiatrique, situé à l'Hôpital R. Salengro. Les salles opératoires et les salles de réveil existantes en gynécologie sont actuellement dispersées sur plusieurs étages et sites. Le regroupement des deux blocs de gynécologie, avec 8 salles au lieu de 7 au total sur les 2 sites, devrait permettre des gains en termes de transport patient, bionettoyage et de flux logistique. En outre, l'établissement semble avoir également identifié des gains sur les services hôteliers, la restauration et les accueils patient/bureaux des entrées. Les hypothèses doivent être partagées et fiabilisées par les directions compétentes (direction logistique, DRH, direction des soins, DAF notamment).

Recommandation n°18 Etayer et partager entre directions les impacts RH sur les organisations soignantes et les fonctions support, en s'appuyant sur la définition progressive des organisations.

Le retour sur investissement des opérations induites semble avoir été travaillé. A défaut, il mérite d'être précisé par les directions concernées.

Le projet d'automatisation des flux logistiques a fait l'objet d'un RSI à la demande de la mission CNIS. Les flux sont estimés à 5.000 chariots par jour sur le périmètre des déchets, de la restauration, du linge, des produits de santé et hôteliers (annexe 4-F-2), avec un coût d'investissement de 7,3 M€ associé en équipements (dont une flotte de 19 AGV) et contraintes architecturales. Une étude menée par *ADOPALE* appuyé par les cabinets de conseil *Mazars* et *Arro ingénierie*. Le redéploiement de 18 postes sur d'autres fonctions permet un gain de 864.000 € selon l'établissement, soit un point d'équilibre atteint au bout de 9 ans environ (gain net de 816.000 € versus un investissement initial de 7,3 M€) sans toutefois prendre en compte le coût des intérêts, le renouvellement des équipements ni à l'inverse le GVT sur le gain sur redéploiement.

La mission n'a pas eu connaissance du RSI lié au transfert des laboratoires de cytogénétique et de biologie moléculaire actuellement situés au 2ième et 3ième étage de JdF vers le Centre de Biologie et Pathologie (CBP). Cette opération peut éventuellement entraîner une diminution des besoins sur les effectifs cible des techniciens de laboratoire, notamment avec la centralisation de l'accueil des prélèvements.

La mission n'a pas eu connaissance du RSI relatif à la reconstruction de l'Unité de production Culinaires (UPC).

Recommandation n°19 Identifier le RSI lié aux opérations induites et le partager avec l'ARS dans le cadre du dialogue de gestion pour en assurer le suivi dans la durée.

5.6 Les recettes liées à l'exploitation du JdF demain peuvent être approfondies, au-delà des simulations sur l'activité, notamment pour les chambres individuelles.

L'établissement indique que ces produits sont estimés proportionnellement au nombre de journées supplémentaires, soit 200 K€ de recettes supplémentaires dans le RSI. Cette méthode permet de tenir compte de la capacité actuelle à facturer des prestations "régime particulier" au regard du capacitaire

disponible de chambres individuelles. Mais elle ne permet pas de valoriser l'augmentation du taux de chambres individuelles, ni celle des tarifs, ni de l'optimisation de la facturation.

Plus globalement, l'amélioration du confort hôtelier avec des conditions d'accueil modernes pourrait permettre à l'établissement, outre l'augmentation du taux de chambres individuelles, d'accroître ses tarifs. La tarification des régimes particuliers laisse une grande liberté à l'établissement pour concilier les enjeux d'accessibilité aux soins et le financement de ses équipements, en modulant les tarifs en fonction de la qualité hôtelière de chaque bâtiment, des filières et des situations des patients. Le rapport DREES de 2024 sur les complémentaires santé rappelle que 50% des allocataires sont couverts à hauteur de 60 € ou plus. Le site internet du CHRU indique un tarif à hauteur de 62 € par jour en hospitalisation complète. A titre de comparaison, les tarifs de chambres individuelles sont de 70 € à l'AP-HP, entre 66 et 76 € au CHRU de Strasbourg et de 76 € aux Hospices civils de Lyon. En outre, le taux de facturabilité du tarif rapporté aux nombres de chambres individuelles peut être amélioré en optimisant le circuit de facturation et en travaillant le circuit du recueil de consentement du patient en lien avec les équipes soignantes.

Les gains associés aux chambres particulières pourraient être étayés et renforcés, dans la mesure où ils contribuent pleinement à la solvabilité du projet. L'établissement peut s'appuyer sur :

- une analyse des politiques mises en œuvre dans les cliniques et hôpitaux publics de la région, ainsi que des autres CHRU ;
- une étude des contrats de mutuelles des patients du CHRU (seuils de remboursement) et de la proportion en bénéficiant.

Recommandation n°20 Renforcer les gains associés aux chambres particulières, dans la mesure où ils contribuent pleinement à la solvabilité du projet.

Par ailleurs, la direction financière peut identifier et suivre, en lien avec les directions compétentes, la valorisation de services connexes au projet, certes de moindre ampleur au regard des impacts financiers principaux, mais participant pleinement au ROI du projet. Le projet comprenait une création nette de 224 places de stationnement avec la création de 1.253 places contre la suppression de 1.029. Si l'on considère un forfait journalier de 3€ (hypothèse basse issue des tarifs du CHRU de Lille) et un taux de remplissage en semaine de 60%, cette opération pourrait générer a minima une recette annuelle de 85.000 €. Enfin, les nouveaux services aux patients et agents mentionnés dans le RSE peuvent également faire l'objet d'une estimation par les directions compétentes : redevances des espaces cafétaria et service de conciergerie si délégué, redevances sur le service retrait "Drive" évoqué dans le cadre du projet.

Recommandation n°21 Identifier et suivre, en lien avec les directions compétentes, la valorisation de services connexes au projet.

5.7 Le CHRU de Lille a engagé une importante démarche d'efficacité, PACTE, dont la mise en œuvre doit également s'appuyer sur la communauté soignante. L'optimisation des recettes peut être renforcée.

Pour solvabiliser ses grands investissements, Le CHRU de Lille s'est également engagé de manière volontariste dans une démarche d'efficacité. Elle apparaît en outre partagée aux instances locales, avec une concertation en directoire en novembre 2023. S'élevant à 67,7 M€, ce programme d'action (PACTE) constitue un enjeu incontournable pour la trajectoire financière de l'établissement, dans la mesure où il correspond à un gain d'environ 4 points de marge, pour un taux de marge brute de 2,6% à fin 2023.

Il faut souligner que le programme d'action fait l'objet d'une formalisation par fiche et que l'établissement communique de manière transparente sur ses niveaux de maturité et de criticité. Le PACTE repose à 85% sur des gains de charges et plus de la moitié sur des économies en charges de personnel, avec une mise en œuvre déjà engagée. La mission n'a cependant pas travaillé à partir du chiffrage détaillé des actions, comme souvent. Au-delà de la qualité de la gestion de projet, qui doit être mise en valeur, ce type de démarche présente une part d'incertitude. Ainsi, l'établissement considère qu'environ un tiers des gains relève d'actions sensibles ou techniquement complexes et valorise tout de même un gain de 6,5 M€ sur consommations médicales.

- **Révision des cycles RH et adaptation des ressources à l'activité (30 M€)** : les gains générés par la réduction la durée hebdomadaire de travail et la révision des horaires journaliers de travail reposent actuellement sur la baisse des heures supplémentaires et de contrats de remplacement, avec 8 postes de travail supplémentaires couverts par agent et par an. Un scénario plus volontariste aurait permis de réduire les effectifs pérennes à maquette équivalente. L'établissement fixe une cible de mise en œuvre relativement courte, après des négociations sociales courant 2025 et le déploiement d'un nouveau logiciel de gestion du temps de travail en 2026. La mission note la création d'un comité de Titre 1 dans chaque pôle/direction, démarche volontariste et innovante pour questionner l'allocation des ressources humaines, s'articulant autour de deux réunions par an, un bilan et un plan d'action. Les effets sont néanmoins attendus dès 2024 et 2025 avec l'équivalent de 130 suppressions de postes (6,4 M€). Cette trajectoire n'est possible que si les rendus de postes sont déjà identifiés.
- **Optimisation des fonctions logistiques, secrétariats médicaux et transports patients (7,8 M€)** : l'optimisation de la fonction accueil-AMA repose sur 157 départs à la retraite potentiels de 40% de l'effectif des accueils BDE et hôtesse (410 ETP). Les gains de 3,9 M€ in fine correspondent environ à 80 suppressions de postes étalées sur 5 ans. Les gains liés à l'externalisation du bionettoyage des parties communes et espaces tertiaires semble reposer sur une estimation plausible, avec un coût de prestation d'un peu plus de la moitié du coût en régie et une estimation des effectifs de logisticiens de soins. L'optimisation de la fonction du brancardage repose quant à elle sur un plan d'actions approfondi (audit externe, passage en 12h, automatisation, paramétrage du logiciel de régulation).

Recommandation n°22 Mettre en place un suivi de la prestation de bionettoyage avec un référent interne expérimenté, en capacité de réaliser des contrôles qualité, et définir en lien avec les cadres la fiche de poste des futurs logisticiens de soins sur la base du retour d'expérience de Jeanne de Flandre.

- **Optimisation de la facturation et du codage (3,9 M€)** Seulement 4 M€ de gains de codage sont intégrés dans le PACTE. A titre de comparaison, la doctrine des contrats de retour à l'équilibre³² autorise un rééquilibrage par les recettes « si le sous-codage est avéré ». Si ce n'est pas déjà le cas, la mission invite ainsi l'établissement à travailler une démarche globale : avec l'insertion d'indicateurs de codage dans les contrats de pôle et leur diffusion régulière à l'échelle des services, tels que le codage des DAS et l'exhaustivité des actes et CRH à moyen terme, la désignation de référents médicaux pour le PMSI dans les services et des échanges avec les opérateurs accusant un défaut d'exhaustivité dommageable aux recettes de l'établissement. La direction des finances peut également renforcer les actions d'optimisation des recettes (circuit de validation de l'ALD, mise à jour annuelle des tarifs non pris en charge par la sécurité sociale après recensement exhaustif, circuit dédié d'instruction des conventions et mise à jour régulière des tarifs sur index, politique de facturation du régime particulier). Si ce n'est pas déjà le cas, la mission recommande de mettre en place la diffusion régulière d'indicateurs d'exhaustivité du codage à l'échelle des services avec des comparaisons nationales pour le taux de codage de DAS.

Recommandation n°23 Formaliser et suivre les actions d'optimisation des recettes par la direction des finances, notamment grâce à la mise à jour des tarifs de prestations et conventions

- **Actions anti-gaspillage et sobriété (6,3 M€)** : Le CHRU de Lille estime à 3,1 M€ par an, soit 1.290 Mwh, le gain sur économies d'énergie, reposant en partie sur de l'investissement durable et pour près de 1,2 M€ sur la seule baisse de la température moyenne de 21 à 19 °C. Le CHRU de Lille constate déjà un gain substantiel de 24.160 KWh par rapport à sa consommation de 2015, soit un gain de 16% réel avant correction des surfaces chauffées. A l'inverse, les actions de dématérialisation et de maîtrise des dépenses d'affranchissement pourraient être davantage étayées, sur le calendrier et les gains attendus.
- **Activité des pôles et juste prescription (19,5 M€)** : ces actions permettent d'engager pleinement la communauté médicale dans le redressement de la trajectoire avec la nécessité de dépasser à terme la SMA. La mission note la création d'un comité de titre 2 des pôles / pharmacie et d'un comité des projets. Les gains associés à la juste prescription sont phasés sur 5 ans et représentent 3% des dépenses de Titre 2 hors MO/DMI (6,5 M€). La gestion de projet et les gains estimés mériteraient d'être étayés dans une fiche dédiée.

Si ce n'est pas déjà le cas, la mission recommande de mettre en place une analyse annuelle des consommations médicales de chaque service par la pharmacie et la biologie, avec un suivi minimal (relevé de conclusions) et un suivi des actions à niveau des deux pôles médico-techniques. Analyser de potentiels écarts de consommations à partir de benchmarks nationaux (données CONSOIRES pour l'antibiothérapie ou un tableau coût case-mix construit à partir de l'ENC) pour cibler les services prescripteurs.

Recommandation n°24 Elargir la recherche de gains sur d'autres fonctions et intégrer notamment le ROI lié à la restauration

³² Circulaire DHOS/F2/CNAMTS n°2009-295 du 23 septembre 2009 relative à l'équilibre financier des établissements de santé, page 4

LETTRE DE SAISINE



**Direction générale
de l'offre de soins**

Direction générale de l'offre de soins
Sous-direction du financement et de la performance
Bureau de l'efficience des établissements
de santé (FIP3)
DGOS/FIP3/ 1-24-014023

Paris, le 20 janvier 2025
La Directrice Générale de l'Offre de Soins
A
Monsieur Bruno BONNELL
Secrétaire général
Secrétariat général pour l'investissement
Transmission dématérialisée à :
Pascal.gautier@pm.gouv.fr
Copie à :
Marc-antoine.lacroix@pm.gouv.fr

Monsieur le Secrétaire Général,

L'article 17 de la loi n°2012-1558 du 31 décembre 2012 de programmation des finances publiques prévoit que les projets d'investissements financés par les établissements publics de santé font l'objet d'une évaluation socio-économique et que cette évaluation est soumise à une contre-expertise indépendante préalable lorsque le montant de l'investissement est supérieur à 100 M€ HT.

Dans ce cadre j'ai le plaisir d'adresser au SGPI par voie électronique le dossier expertisé par l'Agence Régionale de Santé Hauts-de-France portant sur la restructuration (réhabilitation et extension) de l'hôpital Jeanne de Flandre du CHU de Lille.

Le Comité de pilotage de l'investissement sanitaire (COPIL) a formulé un avis favorable pour l'étape 1 le 29 juin 2023 puis un avis favorable pour l'étape 2 le 29 septembre 2024. Le dossier finalisé qui vous est transmis pour contre-expertise indépendante, a fait l'objet d'un examen pour complétude par la direction générale de l'offre de soins.

Ce projet est travaillé depuis longtemps par l'établissement, et l'examen pour avis final par le COPIL qui fera suite au rendu de votre avis est très attendu par la communauté hospitalière.

Je me tiens ainsi que mes équipes à votre entière disposition pour vous fournir les compléments d'information dont vous auriez besoin pour le traitement de ce dossier.

Je vous prie de croire, Monsieur le Secrétaire général, en l'expression de ma considération distinguée.

La cheffe de service
Adjointe à la directrice générale
de l'offre de soins

Clotilde DURAND

LISTE DES ANNEXES

Annexe n°1 : Evolution de la population du département du Nord sur la tranche d'âge 0-20 ans (modèle OMPHALE 2022 de l'INSEE)

Année	Population	Evolution en %	Evolution en valeur
2018	516 370		
2024	498 710	-3%	- 17 660
2030	486 060	-6%	- 30 310
2040	450 810	-13%	- 65 560
2050	449 880	-13%	- 66 490
2060	430 130	-17%	- 86 240
2070	405 170	-22%	- 111 200

Annexe n°2 : Restitution de l'enquête annuelle de la DREES pour les maternités de la métropole lilloise

	ACCOUCHEMENTS 2023	EVOL 2023/2013 ACC		LITS 2023	EVOL 2023/2013 LITS		SALLES DE TRAVAIL 2023	EVOL 2023/2013 SALLES		ACC/LIT 2023	ACC/SALLE 2023		
		NB	%		NB	%		NB	%				
CH ARMENTIERES	1 042	-	447	-30%	23	-	9	-28%	3	0	0%	45	347
GCS GHICL HOPITAL SAINT VINCENT	1 819	-	267	-13%	31	-	5	-14%	4	0	0%	59	455
HOP JEANNE DE FLANDRE CHR LILLE	4 765	-	677	-12%	99	-	42	-30%	9	0	0%	48	529
HOPITAL PRIVÉ LE BOIS	1 297	-	955	-42%	59		5	9%	4	0	0%	22	324
CH SECLIN	1 825	-	180	-9%	39		-	0%	4	4		47	456
CENTRE HOSPITALIER DE TOURCOING	1 438	-	407	-22%	27	-	10	-27%	5	0	0%	53	288
HOPITAL VICTOR PROVO	2 934		208	8%	58	-	1	-2%	7	1	17%	51	419
CLINIQUE DU VAL DE LYS		-	858	-100%		-	30	-100%		-5	-100%		
HOPITAL PRIVE DE VILLENEUVE D'ASCQ	1 368	-	541	-28%	36	-	5	-12%	6	0	0%	38	228
CH HAZEBROUCK	815	-	109	-12%	17		-	0%	3	0	0%	48	272
Territoire Lille métropole	17 303	-	4 233	-20%	389	-	97	-20%	45	0	0%	44	385
Département du Nord	29 323	-	9 354	-24%	651	-	211	-24%	87	4	5%	45	337
département du Nord-Pas-de-Calais	12 408	-	4 905	-28%	298	-	96	-24%	41	-	-13%	42	303
France	664 039	-	142 219	-18%	14 051	-	3 317	-19%	2 181	46	2%	47	304

Annexe n°3 : simulation de l'évolution tendancielle des charges et produits du CRP

Années N-1 à N+X	Hypothèses	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Evolution tendancielle des produits d'exploitation			11 592 464	11 750 887	11 911 583	12 074 583	12 239 922
Dont produits de la tarification des séjours MCO et des prestations faisant l'objet d'une tarification spécifique	+1,5%	633 369 684	642 870 229	652 513 283	662 300 982	672 235 497	682 319 029
<i>Evolution n/n-1</i>			9 500 545	9 643 053	9 787 699	9 934 515	10 083 532
Autres produits de l'activité hospitalière	+1%	109 111 254	110 202 366	111 304 390	112 417 434	113 541 608	114 677 024
<i>Evolution n/n-1</i>			1 091 113	1 102 024	1 113 044	1 124 174	1 135 416
Autres produits d'exploitation	+0,5%	200 161 257	201 162 063	202 167 874	203 178 713	204 194 607	205 215 580
<i>Evolution n/n-1</i>			1 000 806	1 005 810	1 010 839	1 015 894	1 020 973
Evolution tendancielle des produits d'exploitation			12 452 507	12 562 582	12 673 686	12 785 828	12 899 019
Charges de personnel	+1%	956 257 580	965 820 156	975 478 357	985 233 141	995 085 472	1 005 036 327
<i>Evolution n/n-1</i>			9 562 576	9 658 202	9 754 784	9 852 331	9 950 855
Charges à caractère médical	+0,5%	451 621 706	453 879 814	456 149 213	458 429 959	460 722 109	463 025 720
<i>Evolution n/n-1</i>			2 258 109	2 269 399	2 280 746	2 292 150	2 303 611
Charges à caractère hôtelier et général	+0,5%	126 364 456	126 996 278	127 631 260	128 269 416	128 910 763	129 555 317
<i>Evolution n/n-1</i>			631 822	634 981	638 156	641 347	644 554

Evolution tendancielle du résultat d'exploitation			-860 043	-811 695	-762 103	-711 246	-659 098
--	--	--	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------

Annexe n°4 : Stress test avec 50% d'économies réalisées sur le PACTE et une activité stable sur JdF

	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034
hypothèse atteinte 50% du PACTE (hors gains activité)	- 1 754 896	- 6 664 896	- 12 064 896	- 17 714 896	- 24 114 896	- 33 841 706	- 33 841 706	- 33 841 706	- 33 841 706	- 33 841 706	- 33 841 706
hypothèse atteinte 50% de l'activité JdF							- 30 924 188				
marge brute (budget H)	32 385 483	43 719 595	50 619 182	57 425 944	66 012 953	58 181 835	59 587 536	38 038 948	72 046 949	73 703 195	74 401 246
TMB (budget H)	2,0%	2,7%	3,1%	3,5%	4,0%	3,5%	3,5%	2,2%	4,1%	4,2%	4,2%
taux d'endettement projeté	29,0%	28,7%	29,3%	29,2%	30,3%	32,3%	33,9%	35,7%	35,1%	34,4%	33,9%

