



©Architecture Michel Beauvais Associés

CHRU de Nancy : un nouvel hôpital pour repenser l'offre de soins à l'échelle d'un territoire

Un projet hospitalier d'envergure nationale entre aujourd'hui dans sa phase concrète : la construction du nouveau CHU de Nancy. Regroupant sur un même site les activités jusqu'alors éclatées sur sept sites, entre le plateau de Brabois et le centre-ville, cette opération emblématique marque une étape majeure dans la transformation de l'offre de soins à l'échelle de la métropole et du sud lorrain. Pensé comme un outil de performance médicale, organisationnelle et environnementale, le futur CHU s'inscrit dans un ambitieux schéma directeur, à la fois hospitalo-universitaire et territorial. Il prévoit la création d'un bâtiment neuf qui concentrera les activités critiques (blocs, réanimation, urgences, imagerie, soins intensifs...) et de nouveaux services de médecine, maternité et pédiatrie, tout en valorisant les bâtiments restructurés de l'actuel site de Brabois. Ce projet, au-delà de sa dimension architecturale, porte une vision : renforcer l'efficience du CHU, fluidifier les parcours de soins, renforcer les complémentarités entre spécialités, mieux articuler soins de proximité et expertise, et intégrer pleinement les enjeux du numérique et du développement durable. Avec la contribution de nombreux acteurs comme les équipes médicales, paramédicales, techniques, informatiques et administratives, c'est toute une communauté hospitalière qui s'est mobilisée pour imaginer l'hôpital de demain, au service des patients, des professionnels et du territoire.

Présentation avec **Arnaud Vanneste**, directeur général du CHRU Nancy



Comment définiriez-vous le CHRU de Nancy aujourd'hui ?

Arnaud Vanneste : Le CHRU de Nancy est une communauté extrêmement soudée, un CHU de grande envergure qui possède toutes les surspécialités, mais qui reste à une échelle très humaine. Cette spécificité nous permet d'entretenir des échanges simples,

directs, et de conserver une culture très forte du collectif, du service public et de la prise en charge des patients. C'est aussi un établissement qui porte une culture territoriale puissante, en lien immédiat avec les attentes politiques des Français. Ce double ancrage, hospitalo-universitaire et territorial, en fait un CHU passionnant, notamment dans la construction des politiques publiques de santé.

Comment se positionne votre CHU sur le territoire et quels sont vos liens avec les établissements du GHT Hôpitaux Sud Lorraine ?

A.V. : Il y a eu un avant et un après crise Covid. Avant, l'approche était essentiellement concurrentielle, centrée sur la captation de parts de marché, avec une structuration dictée par le COPERMO. Après la crise sanitaire, les choses ont évolué: plusieurs établissements ont été adossés au CHU par le biais de directions communes ou intérimaires. Aujourd'hui, nous avons constitué une véritable holding d'établissements publics, structurée autour du CHU, ce qui nous permet

de déployer une politique territoriale cohérente avec des fédérations médicales interhospitalières et des équipes médicales partagées. Cette organisation nous permet de redynamiser les établissements de proximité et de maintenir une offre complète sur tout le territoire.

Quelle est votre stratégie de coopération territoriale ?

A.V. : Notre objectif est de construire cette logique de holding publique dans notre subdivision universitaire. En tant que CHU, nous avons une vue globale sur l'ensemble des équipes médicales du territoire, via les coordinateurs de DES et les chefs de service des différentes disciplines. À moyen terme, nous visons à structurer toutes les briques territoriales: sur le GHT, dans les Vosges, la Meuse, ou encore en lien avec le CHR de Metz-Thionville. Cela correspond aux attentes très fortes des Français aujourd'hui, comme l'a montré le scrutin de juin 2024, où l'accès territorial aux soins est arrivé en tête des priorités.

Quels constats faites-vous sur les inégalités d'accès aux soins dans votre région ?

A.V. : Le constat est alarmant. Autour de Nancy, nous restons relativement bien dotés, mais dès que nous nous éloignons vers le Pays Haut, la Meuse, les Vosges, la Moselle-Est, la situation devient critique. Le déficit est massif dans de nombreuses disciplines: périnatalité, urgences, dermatologie, hématologie, cardiologie, pédiatrie. La pénurie de médecins se traduit par une dégradation de l'état de santé des populations locales.



©Architecture Michel Beauvais Associés



©Architecture Michel Beauvais Associés

Comment comptez-vous réduire ces inégalités territoriales ?

A.V.: La réponse passe par la construction d'un maillage territorial d'établissements alignés sur une stratégie de proximité et de gradation. Quand les établissements sont en direction commune avec le CHU, l'alignement est facile. À l'échelle du GHT, cette construction demande du temps. Et avec les établissements extérieurs au GHT, cela nécessite un travail fin de recherche de convergence d'intérêts, et a minima le soutien de l'ARS. Nous structurons les filières stratégiques comme les urgences, la périnatalité, mais aussi l'urbanisation du système d'information, notamment via un DPI unique, ce qui est fondamental pour fluidifier les parcours patients sur le territoire.

Comment travaillez-vous sur l'attractivité des jeunes médecins ?

A.V.: Cette attractivité passe par la qualité des terrains de stage pendant l'internat. Nous devons proposer des stages intéressants, bien encadrés, sur tout le territoire, pour que les internes aient envie de rester en Lorraine. C'est un défi, car nous n'avons ni la mer ni les Alpes. Mais nous pouvons jouer sur la richesse pédagogique, sur la qualité de vie, sur la dynamique hospitalo-universitaire. C'est un travail de long terme pour maintenir une démographie médicale suffisante.

Le temps médical partagé est-il déjà une réalité ?

A.V.: Ce temps médical est déjà constitué. Entre Nancy et Verdun, il faut compter plus de deux heures de trajet aller-retour. Pourtant, plusieurs chefs de service s'engagent, par vocation, à soutenir les territoires moins dotés. À terme, l'objectif est de fixer durablement des équipes médicales sur place. Le temps partagé est une réponse transitoire ; la véritable solution est de stabiliser les effectifs localement grâce à un projet médical intéressant et l'effet levier du CHU.

Comment accompagnez-vous les établissements de proximité ?

A.V.: Nous avons formalisé une méthode en trois temps : diagnostic des besoins de santé, analyse de la gestion prévisionnelle des effectifs médicaux, et construction d'un schéma cible d'offre territoriale. Cette méthodologie nous permet de planifier où développer du temps partagé, où installer des consultations avancées, où renforcer les hospitalisations. L'idée est de mieux anticiper les départs de praticiens et d'adapter les organisations pour maintenir l'accès de la population à une offre de soins hospitalière.

Comment les praticiens expérimentés accueillent-ils cette nouvelle dynamique territoriale ?

A.V.: Globalement, ils sont très favorables, notamment les PU-PH qui sont très investis sur l'aspect pédagogique et sur la responsabilité territoriale. Les résistances sont plus marquées dans les spécialités avec permanence des soins, car cumuler les gardes au CHU et les établissements extérieurs est difficilement soutenable.

Quelles sont vos grandes orientations en matière de recherche et d'innovation ?

A.V.: Nous sommes très forts en recherche clinique, avec une activité bien supérieure à celle d'autres CHU de taille comparable ou supérieure, mais la recherche fondamentale s'appuie sur peu d'UMR. Notre stratégie repose sur un alignement très rapide entre acteurs de la politique de site : le CHU, l'Université de Lorraine, l'INSERM, le CNRS. Nous développons aussi beaucoup de passerelles interdisciplinaires, par exemple entre les matériaux et la santé, ou entre l'intelligence artificielle, les mathématiques et la médecine. Et nous avons une culture très forte du partage de la donnée.

Quel impact le bâtiment IRIS a-t-il eu sur la dynamique de recherche du CHU ?

A.V.: Le bâtiment IRIS a été conçu pour regrouper toutes les forces de la recherche hospitalo-universitaire sur un même site. Historiquement, nous avons d'excellentes équipes, mais souvent trop cloisonnées dans leurs spécialités. Le projet IRIS vise à provoquer cet « *effet machine à café* » qui favorise les échanges informels, les projets transversaux et les collaborations entre deux domaines. L'objectif est que des chercheurs de l'INSERM, du CNRS, de l'Université de Lorraine et du CHU travaillent ensemble, dans un environnement commun. En miroir d'IRIS, nous avons engagé une réflexion avec l'Université pour développer également un espace de recherche de l'autre côté de l'avenue, côté Faculté de Santé. À terme, nous allons constituer un véritable campus hospitalo-universitaire, avec une dynamique d'innovation accrue.



Institut de Recherche et d'Innovation en Santé (I.R.I.S.) ©Direction de la communication du CHRU de Nancy

Avez-vous des collaborations internationales marquantes ?

A.V.: Plusieurs de nos équipes médicales ont une visibilité internationale. C'est notamment le cas dans les maladies inflammatoires chroniques intestinales (MICI), où nos chercheurs figurent parmi les plus publiés dans le monde. Ce rayonnement attire naturellement les meilleurs experts internationaux à nos symposiums. Plus largement, certaines équipes en neurologie, en cardiologie, en hématologie, en santé publique sont également très insérées dans les réseaux européens et mondiaux. Et au-delà des collaborations médicales, notre stratégie d'ouverture sur la donnée de santé renforce aussi notre attractivité pour les projets de recherche internationaux, notamment dans le champ de l'intelligence artificielle appliquée à la santé.

Quelles sont les grandes lignes de votre projet d'établissement ?

A.V.: Notre projet d'établissement, lancé fin 2023, est structuré autour de deux grands axes complémentaires. Le premier est le « *hardware* » : la construction physique du nouveau CHU sur le site de Brabois. Le second est le « *software* » : l'évolution des organisations, des méthodes de travail, du management et des pratiques professionnelles pour tirer pleinement parti du nouveau cadre bâti. Nous avons aussi réalisé un exercice de prospective à dix ans, que nous avons appelé les « *moonshots* », pour anticiper les grandes mutations à venir en matière de santé, de pratiques médicales, de rapport au travail et d'innovation technologique. L'objectif est de bâtir aujourd'hui les conditions de notre réussite future.

Pouvez-vous expliquer plus précisément la méthode « moonshot » utilisée dans votre projet d'établissement ?

A.V.: Cela répond au mot de Bill Gates : on surestime souvent les changements à trois ans et on sous-estime souvent les changements à

dix ans. Les succès d'aujourd'hui sont les bonnes décisions d'il y a dix ans. La méthode « *moonshot* » consiste à se projeter dans un horizon de dix ans, en ouvrant les chakras et en imaginant les ruptures majeures à venir. Nous avons étudié cinq axes de prospective : l'évolution des pathologies, les attentes des patients, les mutations sociétales du personnel hospitalier, la recherche et la dynamique territoriale. Cette vision prospective nous permet de faire des choix stratégiques dès aujourd'hui, en veillant à ce qu'ils soient compatibles avec les besoins de demain. C'est une méthode très structurante, inspirée notamment de ce qui a été expérimenté à la direction générale de l'armement pour favoriser l'innovation stratégique.

Quel est le rôle de la simulation managériale dans cette transformation ?

A.V.: La simulation managériale est un levier essentiel. Nous avons choisi de ne pas nous contenter de formations théoriques sur le management, mais de proposer des mises en situation pratiques, très concrètes, qui permettent aux cadres de vivre et de décortiquer des situations de management réelles. Cette approche, inspirée de ce qui a été mis en place à Chambéry, permet une meilleure assimilation des outils et des réflexes managériaux. Notre objectif est que tous les encadrants disposent de la même « *boîte à outils* » pour fluidifier les relations de travail, mieux comprendre les profils de personnalité des uns et des autres et ainsi renforcer la qualité du management de proximité.

Comment les équipes hospitalières ont-elles été associées à la conception du nouveau CHU ?

A.V.: Depuis l'origine, la co-construction est la règle. Dès 2016, des groupes utilisateurs ont été constitués pour associer les soignants, les médecins, les cadres administratifs et techniques à la définition des besoins. En 2018, plusieurs scénarios d'organisation ont été travaillés collectivement. Ce travail s'est poursuivi en 2019 et 2020 pour aboutir à un programme finalisé en 2021. Jusqu'à l'APS, chaque évolution du projet est discutée dans ces groupes utilisateurs. C'est une démarche exigeante, car elle rallonge parfois les délais, mais elle est indispensable pour garantir que les futurs bâtiments correspondent réellement aux besoins des équipes.

Quels sont les grands axes de votre politique de qualité de vie au travail ?

A.V.: Nous avons bâti notre politique de qualité de vie au travail autour de plusieurs piliers. D'abord, un accompagnement individualisé avec une cellule RH dédiée pour suivre les parcours, détecter précocelement les difficultés et proposer des solutions personnalisées. Ensuite, une culture proactive du dialogue social avec des partenaires syndicaux très constructifs, notamment la CFDT. Par ailleurs, la QVT est largement déterminée par le management de proximité. Donc nous avons un enjeu important à ce que les équipes au niveau des services et des pôles se saisissent des actions et des outils du projet social, notamment via les contrats de pôle... Enfin, nous avons lancé un projet de recherche sociologique en partenariat avec l'Université de Lorraine et l'IRTS pour mieux comprendre les attentes et les évolutions des jeunes professionnels de santé, afin d'adapter nos organisations.

Comment analysez-vous aujourd'hui la fidélisation des professionnels au CHU de Nancy ?

A.V.: Nous avons un taux de turnover inférieur à la moyenne des CHU, notamment chez les étudiants en soins infirmiers, où nous enregistrons

seulement 5,5 % de fuite pendant les études, contre 12 % ailleurs. Ces chiffres montrent que nos efforts en matière de pédagogie, de qualité de stage, d'accueil et de qualité de vie au travail portent leurs fruits. Mais il reste essentiel de continuer à investir l'accompagnement, la formation, l'écoute et l'innovation organisationnelle pour maintenir cette attractivité dans la durée. Fin 2025, nous aurons rouvert tous nos lits, et fin 2026, nous espérons revenir au plein emploi infirmier.

Quels sont les défis majeurs pour réussir le projet du nouveau CHU?

A.V.: Nous devons relever trois défis majeurs. Le premier est celui de la conduite de projet, en pilotant trois grands chantiers simultanément dans le respect des coûts, des délais et des objectifs de qualité. Le deuxième est celui de l'intégration urbaine : réussir l'adaptation des infrastructures routières et de transport autour du plateau de Brabois, en lien avec les collectivités locales. Le troisième est celui de la convergence organisationnelle : préparer dès maintenant les futures organisations pour que le nouveau CHU soit pleinement fonctionnel dès son ouverture en 2032.

Comment accompagnez-vous les professionnels dans la transformation en cours ?

A.V.: La convergence des organisations se traduira par des expérimentations organisationnelles dans les quatre prochaines années. Sur le plan individuel, nous accompagnons les professionnels à travers plusieurs leviers complémentaires. Le premier est la formation au management via le programme SIMAN, qui repose sur la simulation et la pratique active. Nous voulons que chaque cadre, chaque chef d'équipe, dispose d'une boîte à outils commune et opérationnelle pour piloter son service de manière fluide, humaine et efficace. Le deuxième levier est le soutien individualisé, avec une cellule dédiée qui propose des parcours sur-mesure en cas de difficulté, de reconversion ou d'évolution professionnelle. Le troisième levier est le travail sur l'organisation du travail elle-même : nous lançons des expérimentations sur les rythmes de travail, la conciliation vie professionnelle-vie personnelle, l'aménagement des postes, pour mieux répondre aux aspirations nouvelles, en particulier des jeunes générations. Notre approche est globale, proactive, structurée. Elle vise à rendre le CHU de Nancy attractif non seulement par ses projets d'avenir, mais aussi par sa qualité de vie au quotidien.

Quelles sont les grandes orientations de votre politique de fidélisation des professionnels ?

A.V.: Beaucoup a déjà été fait par mon prédécesseur pour développer une politique sociale très développée. La fidélisation repose d'abord sur le management de proximité, elle ne se décrète pas depuis mon bureau. Nous avons structuré un projet social basé sur un dialogue social transparent et constructif, et l'ambition qu'il soit saisi par les services et les pôles, un projet social déconcentré en quelque sorte. Rendez-vous dans quelques années pour voir si la méthode aura réussi. La QVT passe aussi par un management de proximité modernisé, d'où tout notre investissement sur la méthode managériale, basé sur la formation par la simulation aux différents outils managériaux. C'est le programme, baptisé SIMAN, dont va profiter tout notre encadrement. Enfin, nous avons mené un travail très important sur nos valeurs. Car le CHRU de Nancy a un capital culturel très important et très positif. Nous cherchons donc à approfondir ces valeurs, avec un travail collectif pour être mieux conscients collectivement des caractéristiques marquant notre façon de

travailler ensemble et en faire un outil pour continuer d'améliorer les comportements, et construire un environnement de travail propice à la reconnaissance de l'engagement de chacun et à des soins de qualité.

Comment s'articule votre stratégie de recherche et d'innovation ?

A.V.: Notre stratégie repose sur l'identification claire et sélective de nos points forts. Le site nancéen est historiquement plus fort en recherche clinique qu'en recherche fondamentale. Plutôt que de vouloir tout faire, nous avons choisi de concentrer nos moyens sur nos domaines d'excellence : la recherche clinique, la data santé, les intersections disciplinaires entre ingénierie et médecine. Nous travaillons main dans la main avec l'Université de Lorraine, l'INSERM, le CNRS, et de nombreuses écoles d'ingénieurs locales. Nous misons aussi sur le partage des données de santé, en pionniers, pour nourrir l'innovation collective. L'obtention du cluster en intelligence artificielle, piloté par l'Université de Lorraine, est un très bel exemple de cette stratégie d'alignement rapide, d'agilité et de coopération.

Quelle place le nouveau CHU occupera-t-il dans la dynamique urbaine de Nancy ?

A.V.: Le nouveau CHU de Nancy est bien plus qu'un projet hospitalier, c'est un projet de transformation métropolitaine ! Il va remodeler tout l'équilibre urbain autour du plateau de Brabois. Cela implique de revoir les accès routiers, les mobilités douces, les transports en commun, la desserte ferroviaire. Ce travail est piloté collectivement avec la Préfecture, la Métropole et la Région. En parallèle, la cession des sites hospitaliers libérés en centre-ville permettra de développer de nouveaux quartiers mixtes, d'activités, de logements, de formation universitaire. Le CHU est un acteur structurant de la dynamique économique et universitaire de Nancy. Il doit assumer pleinement ce rôle moteur dans la redynamisation du territoire.

À long terme, comment voyez-vous évoluer le rôle du CHU dans son territoire ?

A.V.: À long terme, le CHU devra être à la fois un centre d'excellence hospitalier et un acteur pivot du réseau territorial de santé. Il faudra renforcer l'articulation avec les professionnels de santé de ville, avec les établissements de proximité, avec les dispositifs de soins à domicile. L'objectif n'est plus d'attirer les patients vers le CHU à tout prix, mais de garantir qu'ils soient pris en charge au bon endroit, avec le bon niveau d'expertise. Cela passe par une structuration intelligente des parcours de soins, une utilisation plus systématique des données de santé, une logique de maillage territorial refléchi. Le CHU doit devenir un « hub » d'expertise, d'innovation, d'enseignement, au service de tout son territoire. C'est cette vision que nous construisons dès aujourd'hui.

Quelle est votre vision de l'hôpital du XXI^e siècle ?

A.V.: L'hôpital du XXI^e siècle sera probablement un hôpital avec beaucoup moins de lits d'hospitalisation conventionnelle. Les parcours de prise en charge des maladies chroniques seront sans doute beaucoup plus tournés vers l'ambulatoire, les prises en charge à domicile, les soins chroniques coordonnés avec la médecine de ville et les services de soins à domicile. L'hôpital sera recentré sur les plateaux techniques lourds, l'expertise médicale pointue, sur les situations complexes et les soins critiques. Toute la logique organisationnelle devra évoluer vers davantage de fluidité, de transversalité, avec un rôle accru des outils numériques et de la donnée de santé. Reste le sujet du vieillissement de la population, qui est un défi en soi pour quelques décennies, plein de points d'interrogation.