

Proposition 17 — Plan Hôpital 2040

Synthèse éditoriale établie à partir de la page HTML fournie. Les montants et calendriers reproduisent les hypothèses présentées sur cette page.

Pourquoi agir ?

- Une capacité hospitalière réduite : Entre 2003 et 2024, le nombre de lits d'hospitalisation complète est passé de 468 400 à 367 100, soit 101 300 lits de moins (–21,6 %), dans les établissements publics et privés. Le développement de l'ambulatoire explique une partie de cette évolution, sans supprimer les besoins de soins lourds, de gériatrie ou de prise en charge non programmée.
- Des services de proximité qui disparaissent : Les maternités illustrent le recul de certains services : leur nombre est passé de 721 en 2000 à 457 en 2023, soit 264 de moins (–36,6 %). Ce chiffre concerne des maternités, non 264 centres hospitaliers entièrement fermés. Les fermetures, regroupements et changements de statut des établissements doivent être distingués.
- Des déserts médicaux et hospitaliers qui se cumulent : En 2024, les 10 % d'habitants les moins bien dotés avaient accès, selon l'indicateur DREES, à 1,3 consultation de médecine générale par an et par habitant standardisé, contre 5,7 pour les 10 % les mieux dotés. La raréfaction des médecins de ville et l'éloignement de certains services hospitaliers peuvent se renforcer, sans que les fermetures d'hôpitaux expliquent à elles seules les déserts médicaux.
- Un financement qui ne suit pas tous les besoins : Les dépenses hospitalières ont augmenté en euros courants, mais leur progression ne garantit pas des moyens suffisants face aux salaires, à l'inflation, au vieillissement, aux normes et aux investissements nécessaires. En 2024, les hôpitaux publics ont enregistré un déficit estimé entre 2,7 et 2,9 Md€ ; leur investissement représentait 5,1 % des recettes, contre 6,1 % pour les dotations aux amortissements.
- Une pression persistante sur les équipes : En 2024, les urgences ont enregistré 21,3 millions de passages. Sans personnels en nombre suffisant, des lits équipés restent inutilisables ; l'insuffisance de solutions de réadaptation, de psychiatrie et d'accompagnement à domicile retarde aussi les sorties.
- Pourquoi un plan jusqu'en 2040 : L'enjeu est de garantir un accès effectif aux soins dans chaque bassin de vie : des équipes recrutées, des lits réellement ouverts, des services essentiels accessibles et un investissement pluriannuel, évalué sur les délais et les résultats pour les patients.

Ce que nous apprend l'Histoire

- 1996 : une planification régionale renforcée : Les ordonnances dites « Juppé » créent les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et renforcent la régulation régionale des capacités et des dépenses. L'objectif est de mieux coordonner l'offre, mais les restructurations favorisent aussi les regroupements d'activités.
- 2000–2008 : la rationalisation des implantations : Les normes de sécurité, la spécialisation des soins et la recherche de volumes d'activité suffisants conduisent notamment au regroupement de maternités. Leur nombre passe de 721 en 2000 à 457 en 2023 : 264 sites obstétricaux de moins, sans que ce total puisse être assimilé à des fermetures complètes d'hôpitaux.
- 2004–2009 : tarification à l'activité et gouvernance : La tarification à l'activité (T2A), déployée à partir de 2004 en médecine, chirurgie et obstétrique, relie une grande partie des recettes aux séjours réalisés. Le plan Hôpital 2007 encourage la modernisation ; la loi HPST de 2009 renforce la gouvernance hospitalière et crée les agences régionales de santé (ARS). La T2A a soutenu le suivi de l'activité, mais peut défavoriser les missions de proximité à faible volume si elles ne sont pas compensées.
- 2010–2019 : maîtrise des dépenses et mutualisations : L'ONDAM encadre annuellement la progression des dépenses remboursées ; les hôpitaux doivent absorber des contraintes de coûts et d'organisation. La loi de modernisation du système de santé de 2016 institue les groupements hospitaliers de territoire (GHT) pour mutualiser des fonctions et organiser des parcours. Un regroupement administratif ne signifie toutefois pas

nécessairement une fermeture physique.

- 2020-2024 : le choc sanitaire et le Ségur : La pandémie révèle les tensions sur les personnels et les capacités. Le Ségur de la santé engage des revalorisations salariales et un soutien à l'investissement, mais les comptes restent dégradés : déficit public hospitalier estimé à 2,7-2,9 Md€ en 2024. Les lits d'hospitalisation complète atteignent 367 100 en 2024, contre 468 400 en 2003.
- La leçon des trente dernières années : La modernisation technique et le virage ambulatoire ont permis des soins plus rapides pour de nombreux patients. Mais la concentration des services, les difficultés de recrutement et les contraintes financières ont aussi fragilisé certains territoires. Le plan Hôpital 2040 doit mesurer séparément établissements fermés, services supprimés, temps d'accès, personnels disponibles et financement réel des missions de proximité.

Ce qui existe aujourd'hui

- Un réseau important : Selon la DREES, fin 2024, la France comptait 2 962 établissements de santé dans la série consolidée, publics et privés réunis, et environ 367 100 lits d'hospitalisation complète. Ces totaux ne correspondent pas aux seuls hôpitaux publics.
- Des alternatives qui se développent : Les établissements disposaient également d'environ 91 000 places d'hospitalisation partielle et de 25 400 capacités simultanées d'hospitalisation à domicile. L'HAD a progressé de 5,5 % en 2024.
- Une activité considérable : En 2024, la DREES relève 10,8 millions de séjours d'hospitalisation complète et 21,3 millions de passages aux urgences. Ces volumes ne suffisent pas à décrire les délais ou la qualité : il faut aussi observer les situations locales.
- Des financements déjà multiples : Les hôpitaux reçoivent des financements liés aux activités, aux missions et à certaines dotations. Le programme propose de rendre plus lisible la part qui garantit un service indispensable sur un territoire, même lorsque le volume d'actes est faible.
- Des dispositifs insuffisamment coordonnés : La présence d'une place en soins de réadaptation, en psychiatrie ou en établissement pour personnes âgées n'est pas toujours connue en temps réel. Une sortie retardée peut bloquer un lit d'hospitalisation aiguë.
- Des limites à mesurer avant d'agir : Les données nationales ne permettent pas à elles seules de quantifier les lits fermés faute de personnel dans chaque établissement. Le plan prévoit donc un état des lieux territorial des postes vacants, capacités ouvertes, délais et besoins de rénovation.

Ce que nous proposons

- 94 000 emplois supplémentaires à l'horizon 2040 : Cible de programmation : environ 50 000 équivalents temps plein à l'hôpital et 44 000 dans les soins après l'hospitalisation et sur les territoires. Les recrutements doivent être nets des départs, pas de simples annonces de postes.
- 10 000 capacités aiguës réellement opérationnelles : Ouvrir ou rouvrir des lits avec les équipes nécessaires, plutôt que compter des chambres vides. Exemple : une unité de médecine n'est comptabilisée que lorsque ses plannings de soins sont assurés.
- Renforcer les solutions après l'hôpital : Créer 10 000 à 12 000 capacités d'hospitalisation à domicile, autant en soins médicaux et de réadaptation, et 15 000 places temporaires de transition en EHPAD, sous réserve d'études locales.
- Mieux répondre aux besoins psychiatriques : Programmer 2 000 lits ciblés et 3 000 places d'alternatives, avec des équipes mobiles et des dispositifs de crise. Les besoins varient fortement selon les bassins de population.
- Redonner du temps aux soignants : Viser une baisse de 30 % du temps administratif subi, par le secrétariat, la logistique et des outils numériques adaptés. Déployer progressivement des ratios de sécurité entre personnels et patients.

- Une programmation contrôlée : Inscrire les moyens dans une loi de programmation et publier chaque année les effectifs réellement présents, les lits ouverts, les sorties retardées et les dépenses. Réviser les cibles tous les trois ans selon les résultats.

Calendrier de mise en œuvre

- Année n : diagnostic et lancement : L'année n désigne le début effectif du programme, sans supposer une date civile. Réaliser l'inventaire territorial des lits réellement ouverts, des effectifs, des besoins d'aval et des bâtiments ; préparer la loi et les crédits initiaux.
- Années n+1 à n+3 : stabiliser : Lancer les équipes de remplacement, les revalorisations ciblées et les premières formations. Cible indicative issue du programme : 15 000 à 20 000 emplois nets supplémentaires à l'issue de cette première phase, si les recrutements le permettent.
- Années n+4 à n+8 : reconstruire : Monter en puissance sur l'hospitalisation à domicile, la réadaptation, la psychiatrie et la rénovation. Viser environ 50 000 emplois supplémentaires cumulés à mi-parcours, sous réserve de la capacité des écoles et des employeurs.
- Années n+9 à l'horizon 2040 : transformer : Acheter progressivement les capacités ciblées, les ratios de sécurité et les plateformes territoriales de sortie. La cible finale de 94 000 emplois n'est valable qu'après prise en compte des départs et des postes réellement pourvus.
- Au-delà de 2040 : consolider : Poursuivre les rénovations financées par le Fonds Hôpital 2045 si nécessaire. Séparer les dépenses exceptionnelles de chantier des dépenses récurrentes de personnel et de soins.
- Des rendez-vous réguliers : Publier un rapport annuel et réexaminer tous les trois ans la programmation. Si un territoire ne parvient pas à recruter, adapter le calendrier sans afficher comme ouvertes des capacités qui ne le sont pas.

Combien ça coûte ? Comment on finance ?

- Un effort structurel détaillé : Le scénario KAIROS chiffre par an, à maturité : 4,0 Md€ pour recrutements et remplacements ; 2,3 Md€ de revalorisations ; 3,0 Md€ pour l'aval ; 1,0 Md€ pour les soins non programmés ; 0,8 Md€ de simplification et 0,7 Md€ de formation.
- Une addition à expliciter : Ces postes représentent 11,8 Md€ bruts par an. L'hypothèse de 2 à 3 Md€ d'économies effectivement réalisées ramènerait le besoin structurel net à environ 8,8 à 9,8 Md€, arrondi à 9-10 Md€.
- Des investissements séparés : Le Fonds Hôpital 2045 représenterait 45 à 60 Md€ sur quinze ans pour les bâtiments, l'énergie, les équipements et le numérique, soit 3 à 4 Md€ par an en moyenne. Ces dépenses ne sont pas des recettes.
- Un pic de dépenses : En ajoutant les investissements à l'effort courant, le programme évoque 12,5 à 13,5 Md€ supplémentaires par an au pic. Ce montant est un scénario indicatif, non un crédit déjà voté.
- D'où viendraient les ressources ? : Le financement exigerait des crédits supplémentaires votés dans les lois de financement de la sécurité sociale et, selon les projets, dans les budgets d'investissement. Aucune recette fiscale nouvelle précisément chiffrée n'est identifiée dans le document de référence.
- Des économies non garanties : La baisse de l'intérêt, les séjours évitables et les achats mieux organisés pourraient réduire certains coûts ; ils ne doivent financer de nouvelles dépenses qu'une fois constatés. Chaque année, publier les engagements, paiements et coûts d'entretien futurs.