# Plan Hôpital 2040

## La proposition en clair

Reconstruire l’hôpital public par une trajectoire de recrutements, de capacités nouvelles et d’investissements immobiliers jusqu’en 2040.

## 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.

## Situation actuelle

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.

## Mesures proposées

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.

## Coûts et financement

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.

Source : page KAIROS « proposition-16.html » transmise le 29 octobre 2026. Cette fiche résume les éléments publiés ; consulter la page pour le texte complet.