



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES ET SA RÉPONSE

CENTRE HOSPITALIER DE
SAINT-QUENTIN

(Aisne)

Exercices 2019 et suivants

Le présent document, qui a fait l'objet d'une contradiction avec les destinataires concernés, a été délibéré par la chambre le 16 septembre 2025.

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHESE	3
RECOMMANDATIONS.....	4
INTRODUCTION.....	5
1 L'ENVIRONNEMENT TERRITORIAL ET L'ACTIVITÉ DE L'ÉTABLISSEMENT	6
1.1 Présentation du centre hospitalier de Saint-Quentin.....	6
1.2 Un contexte socio-sanitaire et une offre de soins fragiles dans le département et le territoire d'attractivité	6
1.2.1 Portrait socio-sanitaire de l'Aisne.....	6
1.2.2 Le territoire d'attractivité du Saint-Quentinois subit un contexte sanitaire dégradé, mais son offre médicale demeure présente	8
1.3 Une offre de soins diversifiée au centre hospitalier de Saint-Quentin, mais axée sur les séances	8
1.3.1 De nombreuses spécialités médicales et médico-techniques présentes sur le site	8
1.3.2 Un capacitaire important actuellement diminué en psychiatrie.....	9
1.4 Une évolution de l'activité positive, mais contrastée	10
1.4.1 Un nombre de séjours en augmentation différenciée selon les modalités de prise en charge.....	10
1.4.2 L'établissement est le détenteur majoritaire de part d'activité en médecine, chirurgie et obstétrique sur son territoire d'attractivité.....	13
2 UN ÉTABLISSEMENT DONT LE PILOTAGE TERRITORIAL EST PERMIS PAR UNE GOUVERNANCE EFFECTIVE	15
2.1 Une politique partenariale orientée vers le support d'un vaste groupement hospitalier de territoire.....	15
2.1.1 Un centre hospitalier qui structure fortement son territoire au moyen d'une direction commune à six établissements.....	15
2.1.1.1 Une direction commune renforçant l'entraide entre établissements et l'accès aux soins	15
2.1.2 Un centre hospitalier support d'un groupement hospitalier de territoire de 11 établissements	16
2.1.3 Un établissement qui développe une large politique partenariale territoriale.....	17
2.2 Une relance du pilotage médico-économique des pôles	18
2.2.1 Une organisation polaire et une contractualisation interne récemment relancées	18
2.2.2 Des instances actives et en appui d'une direction à dimension territoriale	19
2.3 Les principaux documents de cadrage et la politique qualité	20
2.3.1.1 Une politique qualité aux résultats perfectibles	21
3 LE GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE, OUTIL DE PILOTAGE DE LA FONCTION ACHATS ET D'UNE POLITIQUE TERRITORIALE DES RESSOURCES HUMAINES.....	22
3.1 Le pilotage de la fonction achats du groupement hospitalier de territoire et ses effets.....	22
3.1.1 Une compétence obligatoire qui a fait l'objet d'audits et d'accompagnements	22

RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

3.1.2 Une fonction achat mutualisée avec des résultats économiques en progression	22
3.1.2.1 Une gouvernance et des documents de cadrage mis en place progressivement, pour une convergence et des gains d'achat à renforcer.....	22
3.1.2.2 Un pilotage des achats ayant servi au centre hospitalier à professionnaliser sa propre fonction achat	24
3.2 Le pilotage des ressources humaines	24
3.2.1 Des effectifs et une masse salariale en hausse sur la période de contrôle	24
3.2.2 Un personnel médical en augmentation forte sur sa part contractuelle	25
3.2.2.1 Une permanence des soins et du temps additionnel en forte hausse	26
3.2.3 Un personnel non médical stabilisé sur des emplois pérennes	27
3.2.3.1 Une politique de ressources humaines axée sur la fidélisation des effectifs.....	28
3.2.3.2 L'organisation du temps de travail du personnel paramédical.....	28
3.2.4 Des ressources humaines territorialisées au service des membres du groupement hospitalier de territoire.....	29
4 UNE SITUATION FINANCIÈRE DÉGRADÉE ET À RISQUES, EN DÉPIT DES AIDES REÇUES	32
4.1 Une sincérité des informations comptables et budgétaires entachée par des créances douteuses	32
4.1.1 Un suivi des immobilisations effectif.....	32
4.1.2 Un rattachement constaté des charges et des produits à l'exercice.....	33
4.1.3 Des provisions et dépréciations pour compte de tiers en hausse	33
4.1.4 Un sujet comptable et budgétaire majeur de recouvrement et d'apurement des créances.....	33
4.2 Le déficit structurel du budget principal et la baisse de la capacité d'autofinancement rendent délicate toute stratégie d'investissement.....	35
4.2.1 Un établissement fortement aidé qui ne dégage plus d'excédent sur son activité courante	35
4.2.2 Une hausse globale des produits due aux revalorisations tarifaires et à la hausse d'activité	36
4.2.2.1 Une valorisation des séjours dynamique.....	38
4.2.3 Une hausse importante et continue des charges du budget principal.....	39
4.2.4 Des déficits cumulés devenus inquiétants	42
4.2.5 Un manque de capacité d'autofinancement	43
4.2.6 Le financement des investissements et le fonds de roulement	43
4.2.7 Une dette élevée et son évolution	45
4.2.8 Une trésorerie en tension	46
4.2.9 Une prospective financière préoccupante	48
4.2.9.1 Un état prévisionnel des recettes et des dépenses 2025 en dégradation.....	48
4.2.9.2 Une prospective peu réaliste	49
ANNEXES	51

SYNTHÈSE

Le centre hospitalier de Saint-Quentin constitue le principal établissement sanitaire du département de l'Aisne, doté d'un capacitaire important, de nombreuses spécialités médicales et d'équipements innovants.

Il détient des parts d'activité majoritaires sur son territoire d'attractivité, en progression depuis 2019, et occupe un positionnement de recours sur la cancérologie et la cardiologie, avec une activité plus valorisée en séances et en ambulatoire.

L'établissement se trouve à la tête d'une direction commune de six établissements et d'un vaste groupement hospitalier de territoire (GHT) de 11 établissements dont il est l'établissement support. En conséquence, le centre hospitalier de Saint-Quentin soutient et aide ce vaste ensemble territorial sanitaire et médico-social, que ce soit en termes de ressources humaines, l'établissement connaissant une croissance de ses effectifs sur la période de contrôle et une forte hausse du coût de la permanence des soins, ou par le pilotage d'une fonction achat mutualisée, dont la traduction en gains reste à confirmer.

Il pâtit notamment de nombreuses créances douteuses, particulièrement envers les autres établissements de la direction commune pour lesquels le centre hospitalier joue un rôle d'aide en trésorerie, ce qui fausse son résultat et risque, en cas de dépréciation probable de ces créances, d'alourdir encore son déficit.

De cette problématique de sincérité comptable résulte une situation budgétaire préoccupante, le centre hospitalier présentant un déficit structurel, malgré des aides importantes reçues de l'ARS, avec une trésorerie en tension, où les délais de paiement fournisseurs trop élevés servent de variable d'ajustement à l'absence de recouvrement des créances sur les établissements du GHT.

L'exploitation de l'établissement ne permet pas de financer ses investissements, principalement couverts par l'emprunt et le prélèvement sur le fonds de roulement, ce dernier étant de surcroît grevé par un report à nouveau déficitaire important.

La prospective à moyen terme confirme ces tendances préoccupantes et interroge la soutenabilité d'un modèle économique dans lequel les difficultés financières des établissements en direction commune et membres du GHT grèvent les perspectives de redressement de l'établissement support. Ce redressement passera nécessairement par le traitement du déséquilibre financier global de ce territoire.

RECOMMANDATIONS

(classées dans l'ordre de citation dans le rapport)

Rappel au droit (régularité)

<i>Degré de mise en œuvre</i>	<i>Mise en œuvre complète</i>	<i>Mise en œuvre partielle</i>	<i>Non mis en œuvre</i>	<i>Page</i>
Rappel au droit unique : respecter le délai global de paiement des fournisseurs et procéder au mandatement d'office des intérêts moratoires en cas de retard, conformément au décret n° 2013-269 du 29 mars 2013 et à l'article R. 2192-11 du code de la commande publique.			X	48

Recommandations (performance)

<i>Degré de mise en œuvre</i>	<i>Mise en œuvre complète</i>	<i>Mise en œuvre partielle</i>	<i>Non mise en œuvre</i>	<i>Page</i>
Recommandation n° 1 : mettre en place, avec les autres établissements du groupement hospitalier de territoire, un schéma territorial de permanence médicale des soins.			X	31
Recommandation n° 2 : apurer les créances détenues auprès des établissements de la direction commune et du groupement hospitalier de territoire.			X	35
Recommandation n° 3 : constituer des provisions pour risques de non recouvrement des créances douteuses.			X	35
Recommandation n° 4 : construire, en concertation avec l'agence régionale de santé, une prospective financière qui permette une trajectoire de retour à l'équilibre budgétaire, avec une programmation réaliste des investissements et des aides publiques.			X	49

INTRODUCTION

Le contrôle des comptes et de la gestion du centre hospitalier de Saint-Quentin (CHSQ), pour les années 2019 et suivantes, a été ouvert par lettre du président de la chambre adressée le 2 janvier 2025 à M. Christophe Blanchard, directeur en fonctions. Les deux dirigeants précédents ont été chacun destinataires d'un courrier d'ouverture daté respectivement des 2 et 27 janvier 2025.

Les entretiens de fin d'instruction, prévus par l'article L. 243-1 du code des juridictions financières, se sont déroulés avec les intéressés, les 2, 5 et 6 mai 2025.

Le contrôle a principalement porté sur l'activité du centre hospitalier, sa stratégie en lien avec le groupement hospitalier de territoire (GHT) « Aisne-Nord – Haute-Somme » (pilotage interne et politique partenariale), l'examen de ses moyens humains, y compris en lien avec son rôle d'établissement support du GHT, le pilotage de la fonction achat du groupement, la vérification de la fiabilité des comptes ainsi que l'analyse de sa situation et de sa trajectoire financière.

La chambre, dans sa séance du 23 mai 2025, a formulé ses observations provisoires, qui ont été notifiées, le 9 juillet 2025, au directeur de l'établissement. Des extraits de celles-ci ont été notifiés à ses prédécesseurs et à des tiers.

Après avoir examiné les réponses reçues, la chambre, dans sa séance du 16 septembre 2025, a arrêté les observations définitives qui suivent.

1 L'ENVIRONNEMENT TERRITORIAL ET L'ACTIVITÉ DE L'ÉTABLISSEMENT

1.1 Présentation du centre hospitalier de Saint-Quentin

Le centre hospitalier de Saint-Quentin (CHSQ) est le principal établissement public de santé du département de l'Aisne et représente le deuxième plus important en taille et activité de l'ex-région Picardie, avec 874 lits et places, 2 767 agents et un budget consolidé 2023 de 281 M€ (en produits).

Il se compose d'un site principal situé au nord-ouest de Saint-Quentin (sous-préfecture et première ville de l'Aisne avec 53 000 habitants), regroupant les principales spécialités d'un centre hospitalier général en médecine, chirurgie et obstétrique, avec un plateau technique complet (imagerie, bloc opératoire et centre lourd d'hémodialyse), une antenne SMUR, un service d'urgences adultes et enfants, des services de moyen et long séjours ainsi que des activités de cancérologie (chimiothérapie et radiothérapie).

Il est l'établissement principal d'une direction commune rassemblant six établissements sanitaires et médico-sociaux de l'Aisne et de la Somme (les centres hospitaliers de Chauny, Guise, Péronne, Ham et la maison de santé de Bohain).

Il est par ailleurs l'établissement support du groupement hospitalier du territoire (GHT) « Aisne Nord-Haute-Somme », le troisième plus important en taille de la région Hauts-de-France, regroupant 11 établissements sanitaires¹ implantés sur un bassin hospitalier d'environ 400 000 habitants.

1.2 Un contexte socio-sanitaire et une offre de soins fragiles dans le département et le territoire d'attractivité

1.2.1 Portrait socio-sanitaire de l'Aisne

Le CHSQ est situé dans un département à dominante rurale, le plus étendu de la région Hauts-de-France, mais aussi le moins peuplé avec 527 468 habitants en 2021 (9 % de la population régionale), qui connaît une évolution démographique orientée à la baisse.

Les indicateurs socio-économiques de l'Aisne (cf. annexe 2 - graphique 1) sont dégradés par rapport à la moyenne nationale, en plus d'être contrastés entre le nord du département, plus défavorisé que le sud, ce qui a une influence sur les établissements hospitaliers.

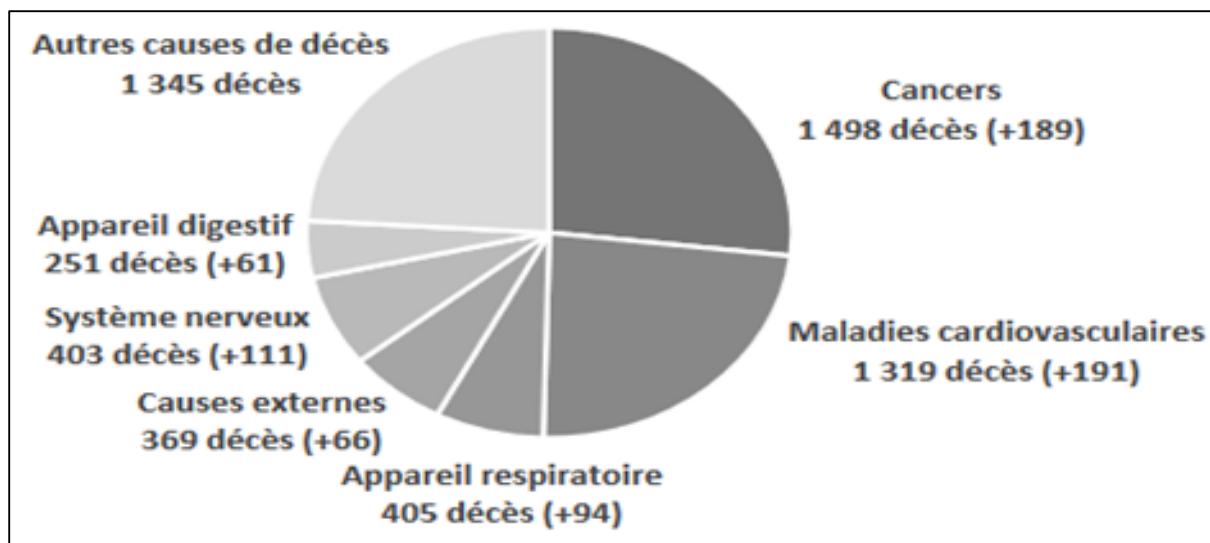
¹ Le GHT comprend les centres hospitaliers de Saint-Quentin, Laon, d'Hirson, du Nouvion-en-Thiérache, de Guise, de Vervins, de Péronne, de Ham, de Chauny et le centre hospitalier gérontologique de La Fère, ainsi que le centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle de Saint-Gobain.

Par ailleurs, l'Aisne présente une population plus âgée que la moyenne régionale, mais aussi plus dépendante, ce qui affecte les déterminants de santé et les filières de prise en charge de cette population spécifique.

Enfin, la population axonaise se caractérise par un état de santé plus dégradé qu'au niveau national, dotée d'une espérance de vie à la naissance moindre, avec un écart de - 2,7 ans pour les hommes et de - 2,2 ans pour les femmes.

En termes de mortalité prématuée (avant 65 ans), l'Aisne connaît un gradient nord-sud prononcé avec une partie nord du département située dans la prolongation du territoire de santé du Hainaut (le plus dégradé en termes d'espérance de vie), et une partie sud plus favorisée, proche de l'Île-de-France.

Graphique n° 1 : Principales causes de décès dans l'Aisne*



Source : chambre régionale des comptes, à partir des données de l'agence régionale de santé des Hauts-de-France, portrait socio-sanitaire, mars 2023 (*Le nombre entre parenthèses est une estimation du nombre de décès qui auraient été évités si la mortalité locale était au niveau national).

La première cause de mortalité départementale, tous sexes confondus, est générée par les cancers, avec des taux supérieurs à la moyenne nationale concernant le cancer du sein pour les femmes et les cancers des voies aérodigestives supérieures pour les hommes. Les principales autres causes de mortalité dans l'Aisne sont les maladies cardiovasculaires, et une problématique forte du diabète (en particulier pour les femmes). Par ailleurs, les contextes régional et départemental sont préoccupants concernant la santé mentale, en particulier sur la question du suicide.

L'Aisne présente la deuxième plus faible densité régionale de professionnels de santé médicaux, généralistes comme spécialistes. Par ailleurs, l'offre libérale est encore peu structurée avec seulement six communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS- celle de Quentin de la Tour, créée seulement en juillet 2024, couvre le territoire de proximité de Saint-Quentin).

L'offre publique sanitaire départementale est structurée autour des principaux centres hospitaliers (CH) suivants : le CHSQ, suivi de celui de Laon (à 45 mn), et enfin les CH de Soissons (à 1 heure) et de Château-Thierry (à 1 heure 25). Le principal établissement en santé mentale de l'Aisne est basé à Prémontré (à 40 mn). Les CHU les plus proches sont ceux d'Amiens (à 1 heure), Reims (à 1 heure) et Lille (à 1 heure 15). Deux centres de lutte contre le cancer, l'un à Lille et l'autre à Reims, offrent aussi un recours spécialisé. Enfin, il existe un centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle à Saint-Gobain (à 35 mn).

L'offre sanitaire privée départementale est principalement constituée de l'hôpital privé Saint-Claude (groupe Elsan), situé à St-Quentin, et de la clinique Saint-Christophe (groupe Courlancy) à Soissons.

1.2.2 Le territoire d'attractivité du Saint-Quentinois subit un contexte sanitaire dégradé, mais son offre médicale demeure présente

Le territoire d'attractivité du CHSQ, ici entendu comme le bassin de recrutement d'où proviennent plus de 80 % de ses patients, représente presque 250 000 personnes et s'étend sur le nord-ouest du département de l'Aisne avec le Vermandois, dont Saint-Quentin est la ville principale, les villes de Chauny-Tergnier-La Fère, et Guise à l'est, et la Haute-Somme avec les villes de Péronne et Ham.

Par rapport à la moitié sud du département, il connaît des indicateurs socio-économiques et sanitaires plus dégradés.

L'offre médicale est moins mauvaise que pour d'autres territoires de proximité du département, de par l'effet de « métropolisation » propre à la présence d'une ville plus importante (Saint-Quentin) qui attire et fixe les médecins, notamment spécialistes. Le territoire de proximité du Saint-Quentinois se caractérise cependant par des indicateurs plus dégradés concernant le diabète, le cancer du sein et les pathologies liées à l'alcool.

1.3 Une offre de soins diversifiée au centre hospitalier de Saint-Quentin, mais axée sur les séances

1.3.1 De nombreuses spécialités médicales et médico-techniques présentes sur le site

Le CHSQ propose les principales spécialités médicales et chirurgicales attendues d'un centre hospitalier non hospitalo-universitaire important et support d'autres établissements sanitaires :

- les principales spécialités chirurgicales autorisées en hospitalisation complète et ambulatoire (orthopédique, dont une labellisation « SOS Mains », viscérale dont bariatrique depuis 2024, urologique, vasculaire, oto-rhino-laryngologique et cervico-faciale, maxillo-faciale, ophtalmologique, plastique et reconstructrice), ainsi qu'une autorisation de prélèvement d'organes et de tissus ;

- les principales spécialités médicales exercées en hospitalisation complète et ambulatoire (cardiologie dont cardiologie interventionnelle, pédiatrie-néonatalogie, hépato-gastro-entérologie, rhumatologie, pneumologie, neurologie, médecine interne-polyvalente, néphrologie, hématologie-oncologie, dermatologie, diabétologie-endocrinologie, gériatrie, médecine physique et réadaptation, médecine légale, psychiatrie) ;
- un service d'obstétrique avec l'unique maternité départementale de niveau 2b² (1 560 accouchements en 2024) de 28 chambres individuelles et des salles à sa disposition ;
- un service d'urgence adultes (41 102 passages en 2024 dont 6 393 urgences gynécologiques) et enfants (19 205 passages en 2024) en lien avec une structure mobile d'urgence et de réanimation - SMUR (1 686 sorties en 2024, ainsi que 304 pour celui de Guise géré par la même équipe médicale) ;
- des soins critiques avec un service de réanimation-soins continus, mais aussi des soins intensifs en cardiologie, hématologie et en unité neuro-vasculaire ;
- une activité de traitement du cancer avec des chimiothérapies, de la radiothérapie et de la chirurgie carcinologique (en digestif, mammaire, urologique, ORL et maxillo-facial).

Pour les moyens séjours, le CHSQ est autorisé pour une activité de soins médicaux et de réadaptation (SMR) non spécialisés, mais aussi spécialisés dans les affections de la personne âgée dépendante et polypathologique, celles de l'appareil locomoteur, et celles du système nerveux. Pour les longs séjours, il dispose d'une unité de soins de longue durée et de deux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

Enfin, il compte un centre d'action médico-sociale précoce, un centre de soins, d'accompagnement et de prévention des addictions, et un centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles. Il dispose aussi d'un institut de formation en soins infirmiers et d'aides-soignants, et s'est positionné comme établissement porteur de la maison départementale des adolescents.

1.3.2 Un capacitaire important actuellement diminué en psychiatrie

Principal établissement du département avec 34 % des capacités en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), le CHSQ comprend 874 lits et places installés (soit 775 lits et 99 places).

Cependant, compte-tenu des fermetures actuelles de lits dues à des manques d'effectifs, notamment médicaux, il ne propose plus que 781 lits et places (90 % de la capacité installée - cf. annexe 2 - tableau 1), depuis que l'ensemble de la psychiatrie est affecté par ces neutralisations de lits et places, ainsi que certains secteurs de chirurgie.

² Depuis les décrets du 9 octobre 1998, les maternités sont classées par type en fonction de la prise en charge des nouveau-nés : un établissement est dit de type 1 s'il possède un service d'obstétrique, de type 2a s'il a aussi un service de néonatalogie sur le même site que le service d'obstétrique, de type 2b s'il a aussi un service de soins intensifs néonatals, et de type 3 s'il dispose, sur le même site que le service d'obstétrique, et en plus des services de néonatalogie et de soins intensifs néonatals, d'un service de réanimation néonatale.

La psychiatrie adulte, comptabilisant historiquement 69 lits et 36 places (et des structures ambulatoires comme des centres médico-psychologiques et des centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel), a connu à l'automne 2023 le départ simultané de quatre psychiatres, ce qui a entraîné la fermeture de ses capacités d'hospitalisation. Une réorganisation territoriale des admissions de patients a été mise en place, en lien avec l'établissement public de santé mentale de l'Aisne, pour les patients hospitalisés sans leur consentement (désectorisation des patients saint-quentinois), marquée par une accentuation du virage ambulatoire au profit des structures extrahospitalières et d'équipes mobiles.

L'établissement a aussi opéré des transformations de lits conventionnels en nouvelles modalités plus adaptées à ses évolutions d'activité, comme la chirurgie ambulatoire ou les soins médicaux de réadaptation.

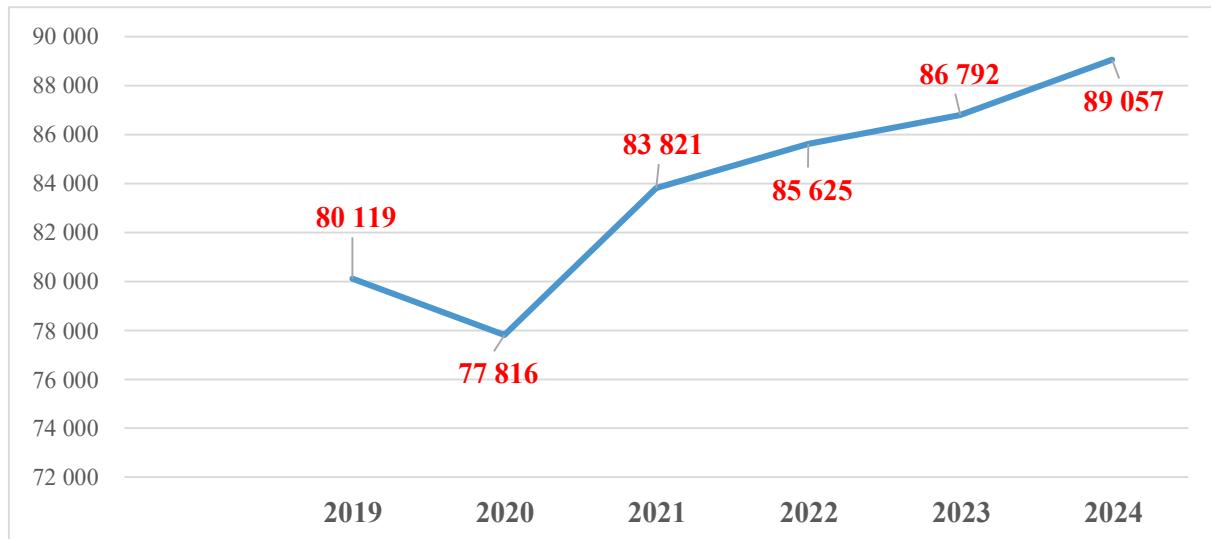
Par ailleurs, il dispose, en termes de plateau technique et de soins médico-techniques, d'un service d'imagerie comprenant deux scanners et deux IRM, d'un bloc opératoire (12 salles, mais utilisation réelle de huit à neuf salles), d'un laboratoire de biologie médicale, d'un service d'anatomo-pathologie, d'un centre lourd d'hémodialyse et d'une pharmacie à usage intérieur.

1.4 Une évolution de l'activité positive, mais contrastée

1.4.1 Un nombre de séjours en augmentation différenciée selon les modalités de prise en charge

Le CHSQ se caractérise par une croissance globale de son activité de 11 % sur la période de contrôle, à l'exception de 2020 où la pandémie de covid-19 a entraîné une baisse de 3 %. L'activité connaît, dès 2021, un rebond notable, les séjours et séances, notamment en médecine et obstétrique, y dépassant celle de 2019. Mais ce n'est qu'en 2024 que l'activité de chirurgie retrouve pratiquement son niveau de 2019.

Cependant, la chambre nuance cette hausse tendancielle, en distinguant les évolutions selon les modes de prise en charge et les spécialités (cf. annexe 2 - tableau 2). Ainsi, les activités de médecine (+ 13 %) et d'obstétrique (+ 23 %) sont en hausse, alors que la chirurgie diminue de 3 %.

Graphique n° 2 : Nombre global de séjours et séances en MCO du CHSQ

Source : chambre régionale des comptes, à partir des données du centre hospitalier de Saint-Quentin.

L’obstétrique bénéficie ainsi de la fermeture fin 2020 de la maternité privée de Saint-Quentin (entraînant un pic d’activité en 2021), mais connaît depuis une décroissance dû à la baisse tendancielle nationale des naissances (cf. annexe 2 - tableau 3).

La médecine accroît surtout son activité en ambulatoire (+ 36 %), plus qu’en prise en charge conventionnelle, même si 2024 constitue une année de rebond pour cette activité (+ 6 %). L’activité de séances est dynamique sur la période (+ 14 %), en particulier pour les séances de chimiothérapie (+ 30 %) et de dialyse (+ 14 %), sauf en 2024 avec une diminution en dialyse et en radiothérapie (à la suite notamment du changement d’un accélérateur de particules³).

L’activité de chirurgie a connu une baisse de l’hospitalisation complète sur la période (- 7 %), mais une remontée depuis 2021 (+ 11 %), ainsi qu’une stabilité de la chirurgie ambulatoire (l’activité interventionnelle d’endoscopie se révèle la plus dynamique au bloc opératoire avec + 13 %).

Au cours des deux dernières années, le CHSQ a mis en œuvre plusieurs projets médico-soignants avec effet sur l’activité, comme :

- l’acquisition d’un robot chirurgical, en février 2024 (1,2 M€, dont 1 M€ financé par la Région et l’ARS⁴), qui occupe une salle de bloc trois jours par semaine et a nécessité des recrutements paramédicaux au bloc opératoire et d’agents à la stérilisation. Cet équipement a pris en charge 137 patients en 2024, en gynécologie et surtout en chirurgie digestive, avant mise en route attendue en urologie et chirurgie bariatrique ;

³ L’accélérateur est un appareil utilisé pour administrer la radiothérapie externe. Il émet des rayons X de haute énergie vers une partie particulière du corps.

⁴ Agence régionale de santé.

- l'accroissement de l'unité de chirurgie ambulatoire de 10 places pour accueillir les endoscopies digestives (environ 1 150 par an, soit à peine quatre par jour) et développer les activités, avec un effet sur les ressources humaines. L'accroissement de la chirurgie ambulatoire n'a pas été constaté en 2024 (- 0,7 % entre 2023 et 2024), en revanche l'activité de médecine ambulatoire est dynamique avec + 17 % entre ces deux années.

En moyenne, sur la période 2019-2023, 10,8 % des séjours au CHSQ présentent un niveau de sévérité élevé (3 et 4), ces derniers augmentant de 10 % pour les séjours de l'établissement entre 2019 et 2024. Cependant, le CHSQ fait partie des 20 % d'établissements publics de santé accueillant le moins de séjours de haut niveau de sévérité, ce qui questionne l'exhaustivité du codage et des informations évaluant correctement la lourdeur des patients pris en charge, et contraste avec son positionnement affiché comme hôpital de recours et support de son territoire.

Concernant la chirurgie ambulatoire, il existe une unité de 26 places, ainsi que sept places ambulatoires au sein d'un secteur non réservé à cette pratique. Les données recueillies par la chambre indiquent un taux de chirurgie ambulatoire situé autour de 60,5 % en 2023, supérieur au taux de chirurgie conventionnelle, et au-dessus de la médiane des CH publics. Par ailleurs, le taux de chirurgie ambulatoire pour les 18 gestes marqueurs est de 90 % en 2023 (cf. annexe 2 - tableau 4), parmi les 20 % d'établissements publics ayant le plus fort taux.

Cependant, le CHSQ dispose encore d'un potentiel en chirurgie ambulatoire, notamment en chirurgie orthopédique et urologique. La chambre souligne que le taux de chirurgie ambulatoire stagne, voire décroît légèrement (de 61,9 % en 2022 à 61 % en 2024), ce qui explique l'inscription de l'hôpital, fin 2024, dans un dispositif régional d'appui. Par ailleurs, il doit réduire aussi ses ré-hospitalisations à sept jours en accroissant sa politique de qualité des soins, le CHSQ faisant partie des 25 % d'établissements ayant le plus fort taux en ce domaine.

Enfin, le taux d'occupation en court séjour en 2022 du CHSQ (90 %), bien que supérieur à la moyenne nationale, diminue de 2 % depuis deux ans en MCO et lui permet de disposer de potentielles marges de manœuvre d'activité. Concernant les autres modalités de prise en charge de patients, si les soins de moyen séjour (SMR) ont presque retrouvé leur taux d'occupation de 2019, ce n'est pas le cas de l'hébergement de long séjour (USLD et deux Ehpad), en baisse de 6 % depuis 2019.

En revanche, l'évolution des durées moyennes de séjour sur la période indique une baisse en court séjour, reflet d'une rotation plus rapide des patients au regard des baisses capacitives et de la hausse d'activité des dernières années. L'étude de l'indicateur de performance de la durée moyenne de séjour⁵ reflète ces mouvements positifs, puisqu'en 2024, il est désormais inférieur à 1 en médecine, en chirurgie et en obstétrique.

⁵ Apprécie la maîtrise des durées de séjour et l'optimisation des organisations (un IPDMS>1 pose question).

Concernant les indicateurs au bloc opératoire, la chambre relève que sur 12 salles existantes, uniquement sept à neuf (en 2024 avec l'arrivée du robot) ont fonctionné durant la période, reflétant une surcapacité architecturale historique. L'établissement prévoit 10 salles à la rentrée 2025 avec l'ouverture d'une salle hybride. Il n'a pu communiquer à la chambre que les taux d'ouverture des salles de bloc en 2023 (86 %) et 2024 (86,4 %), et les taux d'occupation en 2023 (92,5 %) et 2024 (90,6 %), ce qui interroge les modalités de suivi de l'activité chirurgicale, même si un conseil de bloc existe.

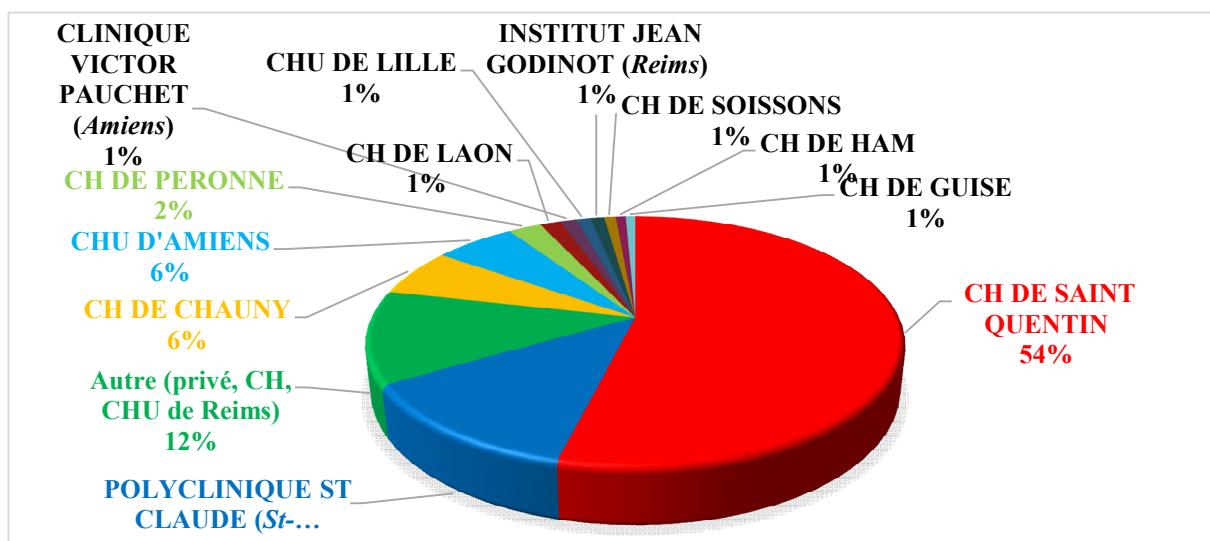
1.4.2 L'établissement est le détenteur majoritaire de part d'activité en médecine, chirurgie et obstétrique sur son territoire d'attractivité

Le CHSQ détient 54 % de part d'activité en MCO sur son territoire d'attractivité en 2023, en évolution de + 5 % depuis 2019, avec notamment 70 % de part de marché à Saint-Quentin (cf. annexe 2 - graphiques 2 à 4). Il est donc le premier offreur de soins sur son territoire dans les différentes catégories d'activités de soins MCO.

Son concurrent direct est la polyclinique de Saint-Quentin (en recul de 5 % depuis 2019, conséquence notamment de la fermeture de sa maternité), en particulier en chirurgie (25 % de part d'activité) et en actes interventionnels peu invasifs (35 %).

Le CHSQ domine l'activité en médecine (43 %) sur son territoire, et plus encore en obstétrique (60 %), en hausse de 36 % depuis 2019, et de manière encore plus majoritaire, pour les séances (74 %), en croissance de 3 % depuis 2019.

Graphique n° 3 : Part d'activité globale 2023 sur le territoire de proximité du CHSQ



Source : chambre régionale des comptes, à partir des données « SCANSANTÉ ».

L'établissement est en revanche concurrencé en actes interventionnels peu invasifs, avec 36 % de part d'activité, et plus encore en chirurgie (33 %), pourtant en hausse de 3 % depuis 2019. La chirurgie ambulatoire, fortement concurrentielle sur le territoire d'attractivité, est détenue à 30 % par le CH en 2023, à égalité avec la polyclinique de Saint-Quentin.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Le centre hospitalier de Saint-Quentin est la principale offre hospitalière dans le département de l'Aisne, avec des parts d'activité majoritaires sur son territoire d'attractivité, et disposant d'un capacitaire important avec de nombreuses spécialités médicales. Il se présente comme un recours pour certaines activités, en particulier en cancérologie ou cardiologie, et dispose d'équipements innovants.

Sa progression d'activité est relativement dynamique sur la période, bien que différenciée entre prises en charge ambulatoire et conventionnelle, et la diversité de ses activités autorisées ne reflète pas nécessairement son activité réelle, davantage centrée sur l'ambulatoire et les séances.

Il n'a pas encore retrouvé ses taux d'occupation pré-covid, même s'ils se situent à des niveaux satisfaisants. Il doit encore consolider la qualité de sa chirurgie ambulatoire et l'optimisation des salles de son bloc opératoire.

2 UN ÉTABLISSEMENT DONT LE PILOTAGE TERRITORIAL EST PERMIS PAR UNE GOUVERNANCE EFFECTIVE

2.1 Une politique partenariale orientée vers le support d'un vaste groupement hospitalier de territoire

2.1.1 Un centre hospitalier qui structure fortement son territoire au moyen d'une direction commune à six établissements

En premier lieu, la politique partenariale et la stratégie territoriale du CHSQ sont conditionnées par la direction commune importante qu'il partage, dans deux départements (Aisne et Somme), avec les CH de Chauny (369 lits et places, dont 121 de MCO), Péronne (331 lits et places, dont 73 de MCO), Guise (241 lits et places, dont 28 de médecine), Ham (236 lits et places, dont 28 de médecine) et la maison de santé de Bohain (152 lits d'hébergement et de long séjour), soit environ 2 000 lits et places.

Des conventions financières spécifiques, annuelles, sur les charges de direction commune contre remboursement existent (parfois intégrées dans les conventions de direction commune), avec des coûts majoritairement supportés par l'établissement de Saint-Quentin.

La chambre considère qu'une refonte, à court terme, des conventions de direction commune accumulées au fil des ans, en une mouture unique pour les six établissements, serait gage d'une meilleure visibilité.

2.1.1.1 Une direction commune renforçant l'entraide entre établissements et l'accès aux soins

Les cinq autres CH bénéficient en retour de consultations avancées de la part de praticiens du CHSQ, de facilités d'accès aux équipements saint-quentinois, et de temps partagés médicaux et non médicaux.

Ainsi, l'hôpital de Chauny bénéficie, contre refacturation et remboursements attendus, de la préparation en sous-traitance par la pharmacie de Saint-Quentin de traitements anticancéreux injectables, d'une biologie délocalisée, de l'intégration de ses patients dans un parcours « maladie rénale chronique », et de la participation des cardiologues de Saint-Quentin à sa permanence des soins.

De même, le CH de Guise bénéficie de l'aide de la pharmacie de Saint-Quentin pour des dépannages de médicaments ou pour recours à son astreinte pharmaceutique, et surtout de l'aide déterminante des urgentistes de Saint-Quentin pour son accueil des soins immédiats non programmés et pour le maintien de son antenne SMUR.

Le CH de Péronne, pour sa part, bénéficie de l'aide de la pharmacie de Saint-Quentin pour la préparation en sous-traitance de traitements anticancéreux injectables, pour des dépannages de médicaments et pour recours à sa permanence des soins pharmaceutiques, ainsi que d'un accès à la télé-radiologie pour ses patients de scanner.

Enfin, le CH de Ham bénéficie de l'intervention de l'équipe de liaison d'addictologie de Saint-Quentin, et la maison de santé de Bohain bénéficie d'une convention de prise en charge de l'urgence psychiatrique.

2.1.2 Un centre hospitalier support d'un groupement hospitalier de territoire de 11 établissements

Le CHSQ est l'établissement support du vaste GHT « Aisne Nord-Haute-Somme » (3^{ème} plus important en taille de la région), rassemblant 11 établissements (cf. annexe 2 - carte 1).

Outre les établissements précités de la direction commune de Saint-Quentin, le GHT agrège le CH de Laon et ses deux établissements en direction commune (CH gérontologique de La Fère et centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle de Saint-Gobain), ainsi que les trois établissements en direction commune de Hirson, Vervins et Le Nouvion-en-Thiérache, soit plus de 3 000 lits et places (dont environ 860 de MCO).

Le GHT « Aisne Nord-Haute-Somme » a vu sa convention constitutive signée le 3 juin 2016 pour dix ans. Ce groupement s'est appuyé sur une précédente communauté hospitalière de territoire créée en 2011 autour de sept établissements.

Un règlement intérieur du GHT de 2017, et ses avenants, précisent l'organisation des instances et les principes de coopération médicale retenus entre établissements parties.

Le groupement réunit régulièrement ses instances décisionnelles et d'animation, ainsi que de nombreux groupes de travail par filière de prise en charge. Cette organisation se déroule sous la coordination d'une cellule d'animation médico-administrative, sous l'impulsion du président de la commission médicale (CME) du GHT (président de la CME du CH de Laon) et du secrétaire général du GHT (directeur adjoint du CH de Saint-Quentin).

Le document principal du GHT est constitué du projet médical partagé de 2017, prolongé en 2023, déclinant 11 orientations stratégiques autour d'une dizaine de filières médico-soignantes de prise en charge graduée et d'organisation en commun médico-technique.

De ce projet médical initial, outre des bilans d'activité, plusieurs conventions de coopération inter-établissements ont découlé. Ainsi, avec le CH de Laon, celui de Saint-Quentin a conventionné une permanence des soins en 2017 ainsi qu'une fédération médicale inter hospitalière en urologie en 2022, mais a aussi pu bénéficier d'une mise à disposition de l'héli-SMUR de Laon depuis 2024. De même, le CH de Saint-Quentin a passé une convention avec le centre gérontologique de La Fère sur l'accès à l'unité de soins palliatifs de La Fère pour ses patients de cancérologie. Dans le même esprit, le CHSQ a conventionné avec le CH de Vervins pour l'accès de l'équipe mobile de psychogériatrie de Saint-Quentin à son Ehpad.

À la suite de la pandémie covid et des enseignements et bilans réalisés du projet médical partagé 2017-2023, le GHT a rédigé un nouveau projet médico-soignant partagé 2024-2028.

Ce document est structuré par deux filières du territoire d'animation santé, soins critiques et urgences-SMUR, ainsi que par quatre filières du GHT proprement dites dont l'objectif commun est le développement de liens avec les acteurs de ville et les CPTS (cancérologie, addictologie, prise en charge des accidents vasculaires cérébraux - sachant que l'unique unité neurovasculaire du GHT est basée à Saint-Quentin et filière gériatrique, labellisée par l'ARS depuis 2022 autour de quatre orientations - orthogériatrie, psychogériatrie, oncogériatrie et urgences gériatriques), et enfin, quatre projets transversaux au GHT (programmes d'éducation thérapeutique, recherche clinique, prélèvements multi organes et un projet de gestion des lits avec un financement de l'ARS).

2.1.3 Un établissement qui développe une large politique partenariale territoriale

Le CHSQ est identifié par l'ARS, et se positionne lui-même, comme un établissement coordonnateur et animateur de projets territoriaux, à la suite notamment de son rôle de coordination, durant la pandémie covid, de la distribution des vaccins sur le territoire d'animation de santé « Aisne et Haute-Somme ».

Il est ainsi l'établissement support de la maison des adolescents de l'Aisne, dont les co-porteurs institutionnels sont le département de l'Aisne et l'ARS, et va porter un projet d'unité d'accueil mère-enfant, pour de l'hébergement temporaire et bilan médico-légal dans le cadre de violences intraconjugales.

De plus, le CH est partie prenante, bien que non signataire, du contrat local de santé de la commune de Saint-Quentin, tout en ayant un rôle actif dans le conseil local de santé mentale, ainsi que dans le comité de pilotage régional en santé mentale.

Par ailleurs, outre la signature avec des Ehpad de nombreuses conventions sur les interventions de l'équipe mobile de soins palliatifs et de l'équipe mobile de psychogériatrie du CHSQ, ce dernier développe une politique partenariale avec d'autres établissements publics, mais aussi avec la clinique privée de Saint-Quentin.

Ainsi, l'établissement public départemental de santé mentale, situé à Prémontre (Aisne) est le partenaire privilégié du CHSQ pour la psychiatrie adulte, davantage depuis 2023 avec la fermeture des lits conventionnels à Saint-Quentin.

D'autre part, le CHU d'Amiens est le partenaire hospitalo-universitaire du centre hospitalier, comme du GHT « Aisne Nord-Haute-Somme », en vertu de la convention d'association obligatoire entre GHT et CHU, selon le III de l'article L. 6132-1 du code de la santé publique (CSP). Cette convention de 2017 devrait être prochainement renouvelée à la demande de la direction de Saint-Quentin. Par ailleurs, un projet de fauteuils dentaires sur le CHSQ est aussi prévu pour 2027, avec un soutien financier de l'ARS, à la suite de la création récente d'une faculté d'odontologie à Amiens.

Le CH est également membre, avec le CHU d'Amiens et d'autres CH de l'ex-région Picardie, d'une entité de recherche territoriale (Saint-Quentin y a permis d'inclure le CH de Chauny) permettant la mise en commun de moyens de recherche clinique afin d'accroître les inclusions de patients dans les essais cliniques et d'optimiser en retour les financements reçus.

Par ailleurs, la polyclinique privée du groupe Elsan située à Saint-Quentin est aussi un partenaire de proximité de l'établissement, tout autant qu'un concurrent sur les activités MCO. Il existe ainsi une convention sur les modalités de suppléance de l'activité de chimiothérapies, et une convention de recours réciproque de produits de santé entre pharmacies hospitalières des deux établissements.

Enfin, le CHSQ est membre fondateur et siège du groupement de coopération sanitaire de stérilisation hospitalière de Haute-Picardie, depuis 2007, et développe des coopérations avec des établissements hors du territoire du GHT, comme une plateforme sur les troubles du neurodéveloppement avec des CH du sud-Aisne ou une fédération médicale inter hospitalière en néphrologie avec le CHU de Reims.

2.2 Une relance du pilotage médico-économique des pôles

2.2.1 Une organisation polaire et une contractualisation interne récemment relancées

Le CHSQ est organisé actuellement en huit pôles d'activité clinique et médico-technique, en accord avec l'article L. 6146-1 du CSP :

- ✓ Pôle 1 : couple, mère, enfant ;
- ✓ Pôle 2 : anesthésie, urgences, réanimation ;
- ✓ Pôle 3 : chirurgie ;
- ✓ Pôle 4 : oncopôle ;
- ✓ Pôle 5 : pathologies vasculaires ;
- ✓ Pôle 6 : médico-technique ;
- ✓ Pôle 7 : gériatrie ;
- ✓ Pôle 8 : psychiatrie.

Ce découpage a été revu fin 2021, même si l'établissement comptait déjà huit pôles auparavant, avec des contours parfois différents, afin de prendre en compte les enseignements de la pandémie covid et l'évolution de filières médicales.

La relance récente d'une démarche de contractualisation interne date de 2023, avec une expérimentation contractuelle qui a concerné deux pôles expérimentateurs (gériatrie et oncopôle), à la suite des travaux du nouveau projet d'établissement et son axe managérial. Ces deux projets de contrat de pôle ont permis de déléguer des budgets en investissement et en exploitation, mais aussi en crédits de formation, avec de nouvelles modalités de remplacement des arrêts maladie, ainsi qu'un intérressement à la recherche.

Une relance généralisée du dispositif contractuel avec les pôles, en 2025, vise à acculter de nouveau ces derniers aux enjeux médico-économiques, par la mise en place d'une courte annexe médico-économique définissant des objectifs contractuels à intégrer aux futurs contrats de pôle, au regard des indicateurs financiers dégradés de l'établissement et à la suite de la période de pandémie covid pendant laquelle ces questions ont été moins présentes.

2.2.2 Des instances actives et en appui d'une direction à dimension territoriale

Le conseil de surveillance du CHSQ comprend 14 membres avec voix délibérative, conformément à l'article L. 6143-5 du CSP, représentant les collectivités territoriales et les personnels médical et non médical (dont un représentant de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques) ainsi que des personnalités qualifiées et représentants des usagers. Actuellement, le conseil de surveillance est présidé par la maire de Saint-Quentin.

Cette instance⁶ se prononce, par des délibérations et des avis, sur les enjeux que le code de la santé publique lui a attribués selon son article L. 6143-1, notamment le projet d'établissement, les comptes financiers ou les états prévisionnels des recettes et des dépenses.

Le directoire⁷, instance de concertation à majorité médicale (cinq membres sont issus du personnel médical sur les neuf membres du directoire), est présidé par le directeur de l'établissement (article L. 6143-7-5 du CSP).

Cette instance conseille le directeur dans la gestion de l'établissement (article L. 6143-7-4 du CSP), en préparant le projet d'établissement ou en favorisant le dialogue sur tous les projets structurants d'un hôpital, ainsi que sur les questions intéressant les pôles et services.

Le directeur, président du directoire, est nommé par le directeur général de l'ARS. Sur la période de contrôle, trois dirigeants se sont succédé sur ce poste, qui inclut la direction des cinq CH de la direction commune.

Le directeur a procédé à de nombreuses délégations de signatures individuelles au profit de ses adjoints, ainsi qu'aux cadres de santé, en vertu de l'article D. 6143-33 du CSP, et sous les formes attendues par l'article D. 6143-34 du CSP.

Le CHSQ dispose également des instances représentatives et d'expression du personnel que sont la commission médicale d'établissement (CME) et le comité social d'établissement.

La CME se compose d'une cinquantaine de membres avec voix délibérative, respectant les collèges de membres de droit (chefs de pôles) et élus (articles R. 61443 et R. 6144-3-2 du CSP). Elle a élu en son sein un président et un vice-président, le 29 juin 2023 (articles R. 6144-5 à R. 6144-5-1 du CSP) et dispose d'un règlement intérieur et de comptes-rendus de ses réunions quadrimestrielles énonçant les questions examinées en séance, notamment les enjeux de qualité et sécurité des soins.

Le président actuel, comme son prédécesseur, a signé avec le directeur une charte de gouvernance prévue à l'article L. 6143-7-3 du CSP mettant l'accent sur la codécision et les valeurs managériales partagées entre directeur et président de la CME.

Un comité social d'établissement est en place avec 15 représentants syndicaux titulaires et 15 suppléants, élus le 8 décembre 2022. L'établissement comptant plus de 200 agents, une formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail a été mise en place. Ces deux instances disposent de leur propre règlement intérieur et se réunissent régulièrement.

⁶ Elle se réunit en moyenne quatre fois par an (article R. 6143-11 du CSP).

⁷ Le directoire du CHSQ se réunit de manière régulière, d'une à deux fois par mois.

Il existe aussi une commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques en vertu des articles R. 6146-10 à R. 6146-16 du CSP, présidé par le coordonnateur des soins, et consultée sur l'organisation des soins paramédicaux et les enjeux de qualité et sécurité des soins.

Enfin, l'établissement dispose d'une commission des usagers (articles R. 1112-79 à R. 1112-94 du CSP), qui publie annuellement son rapport d'activité.

2.3 Les principaux documents de cadrage et la politique qualité

Le CH a rédigé un premier projet d'établissement pour la période 2016-2020 décrivant les filières de prise en charge de ce qui était à l'époque la communauté hospitalière de territoire « Aisne-nord – Haute-Somme », présentant différents volets social, managérial, qualité, et les directions.

Après trois années blanches, l'établissement s'est doté d'un nouveau projet d'établissement pour la période 2023-2028, composé d'un projet médico-soignant et d'un projet de gestion.

Ce document précise les ambitions d'animateur et d'établissement de recours territorial du CHSQ doté d'équipements innovants, en lien avec le CHU d'Amiens, pour son volet médico-soignant. Puis, le volet de gestion aborde les enjeux d'attractivité et de fidélisation du personnel, les quatre axes du projet managérial (accompagnement des pôles à la gestion de proximité, expérience patient, renforcement de la gestion d'équipe et recherche du décloisonnement), la politique qualité et gestion des risques, des enjeux de développement durable, et enfin l'efficience et la soutenabilité financière.

Cependant, il est incomplet, en l'absence d'un projet social finalisé à ce stade, tout comme d'un projet psychologique (article L. 6143-2 du CSP). Par ailleurs, les enjeux de développement durable ne sont pas assez approfondis, par manque de définition d'une trajectoire pour réduire le bilan carbone de l'établissement, par ailleurs non quantifié.

En réponse aux observations provisoires de la chambre, le directeur du CHSQ a indiqué qu'un document préparatoire au projet social était en concertation avec les partenaires sociaux et devrait être présenté pour avis aux instances de l'établissement au dernier trimestre 2025.

Le CH a signé avec l'ARS un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) 2019-2024, selon les articles L. 6114-1 à L. 6114-2 du CSP, prolongé jusqu'à 2025, avec des avenants.

Les rapports annuels d'activité prévus à l'article L. 6143-1 du CSP ont été établis et présentés par le directeur au conseil de surveillance (sauf en 2022 où il n'y eu que la production de chiffres clefs).

Le CH dispose d'un règlement intérieur prévu par l'article L. 6143-1 du CSP, même si sa date de rédaction (2018) nécessiterait une mise à jour au regard des changements institutionnels intervenus depuis, et d'un plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles, prévu aux articles L. 3131-37 et R. 3131-4 et suivants du CSP.

2.3.1.1 Une politique qualité aux résultats perfectibles

Le CHSQ a été certifié (sans mention) pour quatre ans par la Haute autorité de santé (HAS), en janvier 2024, avec un score global de 89,74 % (correspondant à l'ancienne note B – « certification avec recommandation d'amélioration »). Le rapport de la HAS pointe certaines faiblesses, en particulier le manque d'évaluation par les équipes de leurs pratiques, et le manque de travail en équipe et de développement des compétences, ainsi que l'insuffisance de la dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins. À la suite de ce rapport, le CH a présenté des pistes de travail et d'amélioration.

D'autre part, l'établissement a signé, avec l'ARS et l'assurance maladie, un contrat d'amélioration de la qualité de l'efficience des soins 2022-2024, et suit les indicateurs règlementaires de qualité et de sécurité des soins, et le dispositif de mesure continue de la satisfaction des usagers, avec des pistes de progression identifiées.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Le centre hospitalier de Saint-Quentin porte les projets et l'offre de soins sur un territoire important entre Aisne et Somme, rassemblant six établissements en direction commune et plus de 2 000 lits et places, avec un soutien fort aux établissements voisins.

Il constitue aussi l'établissement support d'un vaste GHT de 11 établissements et développe une active politique partenariale auprès d'établissements privés et publics.

La gouvernance du centre hospitalier est mise en place et effective, les contours de son organisation polaire ont été revus et l'établissement relance actuellement la contractualisation interne afin de redynamiser la culture médico-économique des pôles.

Les principaux documents de cadrage attendus ont été mis en place, comme un projet d'établissement, cependant incomplet, et un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

3 LE GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE, OUTIL DE PILOTAGE DE LA FONCTION ACHATS ET D'UNE POLITIQUE TERRITORIALE DES RESSOURCES HUMAINES

3.1 Le pilotage de la fonction achats du groupement hospitalier de territoire et ses effets

3.1.1 Une compétence obligatoire qui a fait l'objet d'audits et d'accompagnements

Le CHSQ, établissement support du GHT « Aisne Nord – Haute-Somme », exerce plusieurs missions au bénéfice de ses membres (article L. 6132-3 du CSP), dont les achats.

L'article R. 6132-16 du CSP prévoit que la fonction achats mutualisée comprend les missions d'élaboration de la politique et des stratégies de l'ensemble des domaines d'achat, de planification et de passation des marchés, et de contrôle de gestion des achats. Il est également prévu qu'un plan d'action des achats de territoire (PAAT) soit élaboré pour le compte des établissements parties au groupement.

Le CHSQ a mis en place la fonction achat mutualisée du GHT, depuis le 1^{er} janvier 2018, et a lancé plusieurs missions de conseil sur la structuration et la montée en puissance de cette fonction. Il a été accompagné pour la réalisation du diagnostic de la fonction achat, afin de s'assurer du respect des règles de la commande publique, de la montée en puissance de la fonction achat mutualisée (organigramme fonctionnel, articulation entre établissement support et établissements parties ou encore gouvernance des achats du GHT), et en raison de la rotation du personnel, sur la qualité de vie et les conditions de travail, avec l'élaboration d'un plan d'action en cours de déploiement.

Une organisation mixte a été mise en place, s'appuyant sur une direction achat mutualisée et centralisée pour les compétences obligatoires, et sur des référents achats opérationnels décentralisés dans chacun des établissements membres du groupement.

3.1.2 Une fonction achat mutualisée avec des résultats économiques en progression

3.1.2.1 Une gouvernance et des documents de cadrage mis en place progressivement, pour une convergence et des gains d'achat à renforcer

La section des achats du GHT est intégrée dans l'organigramme de la direction des achats, de la logistique et des investissements du CH, comprenant 8,4 équivalents temps plein rémunérés (ETPR) visant à rendre effective la mutualisation des achats (7 ETPR situés à Saint-Quentin et 1,4 ETPR de référents acheteurs répartis à 0,20 dans les établissements membres).

Le directeur du CHSQ a délégué sa signature au directeur des achats de ce CH, par ailleurs directeur des achats du GHT. Il y a aussi délégation de signature au profit des référents achats.

De plus, une gouvernance institutionnelle de la fonction achat a été mise en place, reposant sur le comité stratégique du GHT, un comité de pilotage achat bimestriel, un comité de pilotage par filière d'achats, ainsi qu'une commission des marchés publics.

Le CHSQ a mis en œuvre une politique achat mutualisée, autour de neuf filières⁸ et 35 domaines d'achat, dotée d'objectifs et d'une stratégie définie, et ayant recours aux principales centrales d'achat nationales comme aux groupements régionaux ou locaux.

Une politique achat pluriannuelle du GHT (2024-2029) a été élaborée et validée par les instances du groupement. Elle est structurée autour de sept thèmes⁹ mis en œuvre en suivant une première feuille de route 2024-2026. Ce document de cadrage prévoit un bilan annuel de cette politique, dont le premier sera produit en 2025, assorti d'indicateurs de suivi. Leur finalité est de mesurer les progrès en termes de convergence des achats¹⁰, de standardisation des produits et de recours aux centrales d'achat et autres opérateurs, afin de diminuer la part du « hors marché ».

Le CHSQ suit les trames du plan d'action achat de territoire qui liste les projets communs du GHT sur une période de trois années, par filière d'achat et par établissement concerné, calculant en retour les gains d'achat.

Cependant, l'intégration des nomenclatures achat (pour le GHT, il s'agit de la nomenclature des catégories homogènes des fournitures et services) dans les logiciels de gestion économique et financière est inégale d'un établissement à l'autre (le CHSQ disposant d'une marge d'amélioration en ce domaine avec seulement 47 % d'intégration), tout comme les parts de « en marché » et « hors marché » (pour lesquelles il est en revanche l'établissement du GHT ayant le plus recours aux achats passés en marchés avec 81 % en 2024).

La chambre observe des gains d'achat¹¹ en progression, d'une année sur l'autre, bien qu'enclins à éloigner des objectifs que le GHT s'assigne (35 % en 2023 et 77 % en 2024), tout comme des variations du taux de convergence, reflet d'une part toujours importante d'achats réalisés par les établissements parties plutôt que par la cellule achats mutualisée du groupement.

⁸ Produits de santé ; biomédical et laboratoire ; informatique ; prestations générales ; environnement du patient ; équipements hôteliers et généraux ; hôtellerie ; services techniques et logistique transport ; travaux et énergies.

⁹ Organisation de la fonction achat ; axes d'orientations et d'objectifs ; amélioration de la performance économique des achats ; sécurisation des achats par la maîtrise du risque juridique ; professionnalisation de la fonction achat GHT et accompagnement QVCT ; achats écoresponsables ; communication.

¹⁰ Définition issue du guide méthodologique d'aide à la convergence des marchés du ministère de la santé : « *La convergence des marchés permet, sur un même domaine achat, de mettre en place une unique procédure qui couvre les besoins de chaque établissement, de mettre en commun les expertises et in fine de réduire la charge de travail des équipes achat. Ainsi, le processus de convergence des marchés doit s'entendre comme une véritable démarche d'optimisation de l'achat allant de la consolidation des besoins du GHT à l'élaboration de stratégies achat partagées* ».

¹¹ Définition issue du programme « performance hospitalière pour des achats responsables » : « *Les gains achats mesurent ce qui a été fait différemment et mieux que la fois précédente. La méthode de calcul des gains achats est ainsi fondée sur la comparaison entre des prix ou situations « de référence » et des prix ou une situation « nouveaux », après intervention de l'acheteur. L'écart de prix ou de coût est multiplié par le volume prévisionnel. Les gains sont ramenés par convention à une base annuelle, dite « 12 mois » qui permet de comparer les projets sur une base homogène quelle que soit leur durée effective et de calculer des pourcentages de gains par rapport à une dépense annuelle* ».

La fonction achat mutualisée du GHT doit poursuivre sa démarche de professionnalisation, avec des enjeux de diffusion d'une culture et de références communes entre établissements, afin de traduire en gains plus significatifs le travail organisationnel réalisé.

3.1.2.2 Un pilotage des achats ayant servi au centre hospitalier à professionnaliser sa propre fonction achat

Le travail accompli sur la fonction achat pour le compte du GHT a permis d'aider le CHSQ à davantage professionnaliser sa fonction achat en interne. Celle-ci comprend 11,5 ETPR au sein de la direction des achats, de la logistique et des investissements (DALI). Des actions de formation ont été menées à la suite des recommandations du précédent rapport de la chambre.

Cependant, s'il existe toujours 11 entités acheteuses dans l'établissement (la pharmacie, le biomédical, le laboratoire, etc.), ce qu'énonçait déjà de manière critique le précédent rapport, la chambre constate que des progrès ont été réalisés en termes de pilotage de la fonction achat par la direction des achats, qui gère les liquidations des factures des autres entités, d'expertise juridique des modalités de passation de marchés et de conduite des réunions achats en interne.

Le CHSQ utilise, depuis 2022, un tableau de suivi de ses dépenses d'achat, réalisé par domaine d'achat et code de nomenclature, ainsi qu'en achat passé en marché et « hors marché », ou par fournisseur.

Ainsi, en 2024, le CH a réalisé 77,5 M€ d'achats en marché et 18 M€ hors marché. Les marchés se répartissent en 70 % passés en interne, 20 % en recourant à des centrales d'achat et 10 % à un groupement de coopération sanitaire. La filière d'achat du médicament pèse quasiment 40 % des achats en 2024 (38 M€) et constitue celle dont la part de « hors marché » est la plus importante (6,17 % des achats, soit presque 6 M€).

3.2 Le pilotage des ressources humaines

3.2.1 Des effectifs et une masse salariale en hausse sur la période de contrôle

Les effectifs du CHSQ ont connu une augmentation continue de + 7 % sur la période de contrôle, soit 161 équivalents temps plein rémunérés (ETPR) moyens annuels entre 2019 et 2024, avec une évolution plus importante du personnel médical (+ 24 %) que non médical (+ 5 %).

Dans le même temps, la masse salariale a augmenté de + 34 %, principalement à la suite des mesures prises durant la crise sanitaire en faveur du personnel et des revalorisations de carrières et de permanence des soins, en particulier dans la mise en œuvre du « Ségur de la santé », mais aussi du fait des recrutements (qui représente plus du quart de cette augmentation).

Tableau n° 1 : Évolution des ETPR moyens annuels du CHSQ

En ETPR moyen annuel	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Personnel médical	182,1	185,1	197,7	205,0	203,2	225,2
Personnel non médical	2 148,6	2 165,1	2 192,3	2 200,9	2 229,6	2 266,5
Total	2 330,7	2 350,2	2 390,0	2 405,9	2 432,8	2 491,7

Source : chambre régionale des comptes, à partir des données du CHSQ.

L’absentéisme a évolué de manière différente entre personnel non médical (en hausse de + 9% sur la période) et personnel médical (en diminution de – 51 %), pour une moyenne annuelle globale de 7,2 % entre 2019 et 2024 (cf. annexe 3 – tableau n° 5).

3.2.2 Un personnel médical en augmentation forte sur sa part contractuelle

Le CHSQ compte environ 225 ETPR médicaux en 2024, auxquels il faut ajouter, pour cette même année, des internes, des « docteurs juniors », des médecins à diplômes étrangers et des intérimaires, portant l’effectif médical au sens large à 358 ETPR (contre 272,6 en 2019, soit + 32 %).

Tableau n° 2 : Évolution des effectifs médicaux par statuts 2019-2024

En ETPR moyen annuel	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Évolution 2019-2024
Personnel médical (hors internes et étudiants)	182,1	185,1	197,7	205,0	203,2	225,2	24 %
<i>dont hommes</i>	106,6	101,7	101,7	109,1	110,45	120,29	13 %
<i>dont femmes</i>	75,6	83,4	96,0	95,9	92,70	104,93	39 %
Praticien hospitalier	109,9	107,8	109,8	105,9	105,09	105,99	- 4 %
Praticien attaché en contrat triennal et CDI	3,4	3,0	2,4	1,5	1,5	1,5	- 56 %
Praticien contractuel	38,6	42,0	43,1	48,3	55,81	71,86	86 %
Assistants et assistants associés	14,3	15,4	13,3	10,3	7,33	9,33	- 35 %
Attachés et attachés associés CDD	15,8	17,0	29,1	38,2	21,3	7,0	- 56 %
Praticien associé	NC	NC	NC	0,8	12,08	29,58	NC

Source : chambre régionale des comptes, à partir des données du CHSQ.

Il est constaté une augmentation du personnel senior de 43 ETPR par an entre 2019 et 2024, caractérisée par une légère baisse des effectifs de praticiens hospitaliers et une diminution des précédents statuts de médecins à diplômes étrangers, désormais remplacés par le statut de praticien associé (+ 36 % depuis 2022), et enfin, par la forte hausse (+ 86 %) des praticiens contractuels¹².

Ces praticiens contractuels correspondent, en plus des recrutements dans l'attente d'un poste de praticien hospitalier titulaire, aux praticiens dits sur « motif 2 » (en raison du 2° de l'article R. 6152-338 du CSP), correspondant à des postes en difficultés particulières de recrutement, mais nécessaires à l'offre de soins sur le territoire et qui doivent être autorisés par l'ARS par des avenants au CPOM. Le CHSQ a cumulé jusqu'à 29 emplois autorisés, ce qui en a fait, jusqu'au décret n° 2024-1133 du 4 décembre 2024 relatif au recrutement de praticiens contractuels par les établissements publics de santé, l'un des principaux établissements recruteurs en région de ces praticiens.

Par ailleurs, les principales spécialités en tension correspondent sur la période à des postes d'anesthésistes, d'urgentistes, de psychiatres, de biologistes et de médecins du travail.

En réaction, le CH a travaillé sur les enjeux d'attractivité médicale, depuis les conditions de recrutement et d'accueil des médecins (aide au logement en lien avec la mairie de Saint-Quentin), jusqu'aux conditions de rémunération (contractuels « motif 2 », prime d'engagement dans la carrière hospitalière pour 24 spécialités) et à l'attractivité des conditions d'exercice (accent mis sur l'innovation technologique et la recherche, lien avec le CHU d'Amiens pour des postes d'assistants partagés).

3.2.2.1 Une permanence des soins et du temps additionnel en forte hausse

La chambre souligne que la permanence des soins, au sens large, a cru de + 56 % sur la période de contrôle, de 4,3 M€ à 6,7 M€.

Tableau n° 3 : Évolution du coût de la permanence des soins

En €	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Gardes sur place	1 346 495	1 249 788	1 302 197	1 453 088	1 820 793	2 301 374
Gardes sur place en TTA de nuit	962 650	820 236	1 133 351	1 096 778	1 353 088	1 060 075
Indemnités astreintes	698 848	656 967	611 927	654 353	658 625	763 489
Déplacements d'astreintes	88 901	102 031	91 185	149 944	175 617	369 922
Coût de la permanence des soins	3 096 894	2 829 022	3 138 660	3 354 163	4 008 123	4 494 860
TTA de jour	1 203 599	1 492 964	1 590 366	2 031 167	1 735 664	2 203 091
Total	4 300 493	4 321 986	4 729 026	5 385 330	5 743 787	6 697 951

Source : chambre régionale des comptes, à partir des comptes de gestion.

¹² Issu du décret n° 2022-135 du 5 février 2022 relatif aux nouvelles règles applicables aux praticiens contractuels, le statut de nouveau praticien contractuel (en vertu des articles R. 6152-334 à R. 6152-394 du CSP) regroupe les anciens statuts de praticiens attachés, de praticiens hospitaliers contractuels et de cliniciens, en proposant quatre motifs de recrutement aux durées contractuelles et aux plafonds de rémunération différents.

Les enjeux de gardes, astreintes et temps de travail additionnel (TTA) sont discutés en commission de l'organisation de la permanence des soins (COPS), sous-commission de la CME, en présence du directeur, à partir d'une évaluation des besoins de ressources humaines de chaque service et par l'étude des maquettes organisationnelles validées par cette instance.

Le CH dispose ainsi de 13 lignes de gardes seniors en semaine (et 14,5 le weekend) et de neuf lignes de gardes juniors, ainsi que de 16,50 lignes d'astreinte en semaine et 17 en fin de semaine.

Le coût de la permanence des soins stricto sensu (gardes et astreintes) a augmenté de + 45 % de 2019 à 2024 (de 3 M€ à 4,4 M€), en particulier les déplacements en astreinte (+ 316 %), malgré la forfaitisation des durées de déplacement par période d'astreinte pour une partie des services hospitaliers.

Le coût du temps de travail additionnel a connu, pour sa part, une hausse de + 83 % sur la période de contrôle (+ 1 M€), reflet des postes vacants, mais aussi rémunération complémentaire pour des praticiens volontaires qui contractualisent annuellement des quotités de TTA, majoritairement rémunérées selon la réglementation (article R. 6152-27 du CSP).

L'organisation de la permanence des soins est posée par un règlement intérieur du fonctionnement des astreintes et de l'organisation du temps de travail médical. Certains services du CH fonctionnent en temps continu (réanimation, urgences, pédiatrie).

En contrepartie de la hausse du TTA et des recrutements médicaux, l'intérim a baissé de - 7 % sur la période (cf. annexe 3 – tableau n° 6), même si le recours à l'intérim concerne de nombreuses spécialités et pèse 4,6 M€ en moyenne annuelle sur la période.

Enfin, 46 praticiens du CH pratiquent une activité libérale, rapportant en moyenne 1,1 M€ de redevance annuelle à l'établissement sur la période.

3.2.3 Un personnel non médical stabilisé sur des emplois pérennes

Le CHSQ compte 2 266,5 ETPR non médicaux en 2024, en progression de + 5 % sur la période, soit + 118 ETPR annuels supplémentaires depuis 2019.

Tableau n° 4 : Évolution des effectifs non médicaux par filière

En ETPR moyen annuel	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Personnel non médical	2 148,6	2 165,1	2 192,3	2 200,9	2 229,6	2 266,5
<i>dont hommes</i>	474,2	468	467,7	474,9	477,4	492,8
<i>dont femmes</i>	1 674,4	1 697,1	1 724,6	1 726,0	1 752,2	1 772,8
Personnels de direction et administratifs	250,5	249,2	255,8	254,2	250,5	252,5
Personnels des services de soins	1 475,3	1 492,9	1 516,9	1 519,8	1 545,0	1 566,0
<i>dont infirmiers</i>	606,4	611,0	614,2	616,2	634,6	641,7
<i>dont aides-soignants</i>	372,0	373,6	378,7	368,3	374,0	379,6
Personnels éducatifs et sociaux	17,9	18,5	17,2	18,1	20,5	20,6
Personnels médico-techniques	107,1	108,3	108,1	113,6	113,9	119,1
Personnels techniques et ouvriers	295,0	294,0	290,0	286,4	289,3	296,9
Personnels hors filières*	2,9	2,3	4,3	8,8	10,4	11,4

Source : chambre régionale des comptes, à partir des données du CHSQ. * (en alternance)

La période 2019-2024 se caractérise principalement par une hausse des effectifs soignants et de rééducation de + 6 %, soit + 93 ETPR moyens annuels (en particulier les infirmiers avec + 36 ETPR, dont les infirmiers en pratique avancée), mais aussi du personnel médico-technique de + 11 %, soit + 12 ETPR (en particulier les préparateurs en pharmacie et les laborantins, reflet de l'accroissement des tâches territoriales de la pharmacie et du laboratoire de biologie), les autres filières (administratives et techniques) restant stables.

La période du contrôle se caractérise également par une hausse importante des contractuels en CDI (+ 119%), une hausse plus légère des titulaires (+ 2%), et une forte baisse des contractuels sous CDD (- 47%), renforçant ainsi la présence pérenne sur des emplois stables des professionnels de santé, avec une incitation à l'apprentissage (cf. annexe 3 – tableau n° 7).

3.2.3.1 Une politique de ressources humaines axée sur la fidélisation des effectifs

La politique de ressources humaines du CH comporte deux axes selon le projet social en cours de finalisation : la gestion prévisionnelle des métiers et compétences (GPMC), et la qualité de vie au travail (QVT) portant sur l'accompagnement des professionnels et la gestion des risques.

L'axe QVT comprend les enjeux du document unique d'évaluation des risques (DUERP), dont l'évaluation par service et secteur est en cours, et un plan de prévention des risques psycho-sociaux. L'axe GMPC, composé de quatre objectifs, met l'accent sur les enjeux d'attractivité, de compétences et de recrutement (avec la participation du CH à de nombreux forums d'emploi sur le territoire), dans un contexte national de tension démographique des infirmiers spécialisés (bloc opératoire et anesthésie) et des manipulateurs d'électroradiologie.

Par ailleurs, en conformité avec le chapitre III du décret n° 2019-1265 du 29 novembre 2019 relatif aux lignes directrices de gestion (LDG), le CHSQ a arrêté des LDG thématiques. En plus d'un document sur la formation et d'un protocole de télétravail, la première ligne directrice porte sur les procédures de recrutement (notamment des contractuels), la seconde sur les procédures de promotion au choix des agents, et les deux dernières sont issues du Ségur sur les parties médico-sociale et sanitaire. Cette dernière ligne de gestion comporte des créations de postes, à la suite de financements nationaux « Ségur de la santé », de titularisations et de forfaitisation majorée d'heures supplémentaires (métiers en tension), ainsi qu'un dispositif d'intéressement collectif.

3.2.3.2 L'organisation du temps de travail du personnel paramédical

L'établissement a formalisé un guide du temps de travail, avec comme base de référence hebdomadaire 37h30 de travail (ainsi que d'autres durées, de manière dérogatoire pour certaines catégories d'agents, comme ceux en 12h, dont le nombre a crû sur la période – (cf. annexe 3 – tableau n° 8). La base annuelle de travail est de 1 607 heures, avec des dérogations à 1 476 heures, 1 568 heures et 1 582 heures pour des agents en travail de nuit ou en repos variable.

Néanmoins, le CH a eu recours à de nombreuses heures supplémentaires sur la période, en lien avec les absences covid jusqu'en 2022, puis de manière différenciée depuis, en fonction des tensions au sein de certains services. À la suite d'un mouvement social, un protocole visant à augmenter le plafond d'heures supplémentaires rémunérées (et non seulement récupérées) a été signé en 2024.

Tableau n° 5 : Évolution des heures supplémentaires indemnisées

En €	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Évolution 2019-2024
Heures supplémentaires du PNM	306 797	861 009	1 136 928	2 344 023	639 114	961 002	108 %

Source : chambre régionale des comptes, à partir des données du CHSQ.

Le contrôle du temps de travail et des heures supplémentaires, en l'absence de système de type badgeuse, repose sur l'encadrement qui valide les heures dans le logiciel de gestion du temps de travail. Une commission des changements d'horaires valide les changements d'horaires préalablement à leur mise en œuvre.

Le CH (cf. annexe 3 – tableau n° 9) rémunère de l'intérim non médical (+ 59 % sur la période, avec 46 000 € en moyenne annuelle), et des charges de gardes paramédicales (pour un montant cumulé de 2,2 M€, soit + 9 % sur la période) et d'astreintes (pour un montant cumulé de 5 M€, soit + 24 %).

3.2.4 Des ressources humaines territorialisées au service des membres du groupement hospitalier de territoire

En plus de la coordination des instituts de formation paramédicale et des plans de formation continue, telle que définie par l'article L. 6132-3 du CSP comme fonction obligatoire de l'établissement support d'un GHT, le CHSQ, en tant qu'établissement principal du département de l'Aisne, en direction commune, s'inscrit dans un exercice territorialisé de sa politique de ressources humaines.

Concernant le personnel non médical, la coordination des plans de formation permet à l'établissement de s'investir sur les enjeux d'attractivité paramédicale dans le territoire, et de mettre à disposition des membres du GHT des temps partagés de professionnels (en 2023, environ 60 agents, majoritairement administratifs, avaient des temps partagés dans d'autres établissements sanitaires ou structures du territoire).

Une partie de ces professionnels partagés sont identifiés dans le compte de résultat annexe « G » qui retrace les charges et produits du GHT sur les fonctions mutualisées, en croissance de + 78 % sur la période (dont + 42 % pour les charges de personnel).

Ainsi, l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) 2025 du budget G est de 2,4 M€, dont 1,2 M€ pour les charges de personnel, qui représentent 17,3 ETPR d'agents administratifs émanant principalement de la fonction achat mutualisée (7,4 ETPR), de la direction des systèmes d'information (2 ETPR) et des fonctions de pilotage et de suivi du projet partagé (5,6 ETPR).

RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

Tableau n° 6 : Évolution des charges et produits du budget G

En €	2019	2020	2021	2022	2023	2024 en RIA 1
Charges de personnel	653 047	674 531	550 512	741 975	750 223	924 692
Charges à caractère hôtelier et général	385 661	396 848	453 115	362 813	513 215	690 101
Charges d'investissement, de provisions, dépréciations, financières et exceptionnelles	63 388	131 920	300 263	369 324	522 360	349 465
Total des charges	1 102 096	1 203 299	1 303 890	1 474 112	1 785 798	1 964 258
Produits versés par l'assurance maladie	0	0	26 24	129 020	140 643	189 368
Autres produits	1 109 203	1 203 300	1 277 367	1 345 093	1 645 157	1 774 890
Total des produits	1 109 203	1 203 300	1 303 891	1 474 113	1 785 800	1 964 258

Source : chambre régionale des comptes, à partir des comptes de gestion et des données du CHSQ.

De plus, en vertu du même article L. 6132-3 du CSP, il est attendu que l'établissement support définisse les orientations stratégiques communes du personnel médical, ce que fait actuellement le CHSQ, sans être formalisé dans un document.

Le centre hospitalier se coordonne ainsi en instances du GHT avec les établissements parties sur les enjeux stratégiques relatifs à l'attractivité médicale et aux dispositifs existants, par exemple les enjeux de l'intérim à la suite de la loi « Rist », pour éviter une concurrence délétère entre eux sur le territoire. Des revues annuelles des effectifs médicaux existent avec le CHU d'Amiens pour mieux orienter les besoins, avec désormais le financement par l'ARS d'un temps administratif d'appui à la coordination de cette gestion médicale.

Surtout, le CH irrigue son territoire, en mettant à disposition des membres du GHT environ 21 ETPR médicaux saint-quentinois (cf. annexe 4 – tableau n° 11), soit en réalité plus de 80 praticiens. La facturation de ces temps médicaux mis à disposition représente 2,6 M€ en 2024 (+ 35 % sur la période).

La chambre constate notamment que les CH de Chauny, Péronne et Guise en sont les principaux bénéficiaires (avec environ 11 ETPR médicaux).

Ainsi, la chambre observe de multiples temps partagés entre les établissements de la direction commune, et dans une moindre mesure du GHT, ce qui devrait encourager le CHSQ à consolider davantage l'exercice de ses missions d'établissement support, en accroissant les rares équipes médicales communes, en créant des pôles inter-établissements ou en consolidant les activités territoriales en commun de la pharmacie et du laboratoire. Le CH pourrait ainsi débuter la formalisation de cette convergence médicale en élaborant un schéma territorial de la permanence des soins.

Recommandation n° 1 : mettre en place, avec les autres établissements du groupement hospitalier de territoire, un schéma territorial de permanence médicale des soins.

En réponse aux observations provisoires de la chambre, le directeur du CHSQ s'est engagé à mettre en place un schéma territorial de permanence médicale des soins, en précisant que l'établissement postulait ainsi à un appel à candidatures régional lancé par l'ARS sur les lignes de permanence des soins en établissement de santé des activités non réglementées.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Le CHSQ remplit son rôle d'établissement support du GHT pour le pilotage de la fonction achat mutualisée, qui a fait l'objet de plusieurs accompagnements et audits depuis 2019. La gouvernance, les procédures et les documents de cadrage de cette politique achat sont en place, dans un objectif affirmé de convergence croissante des marchés, dont la traduction en gains d'achat reste à confirmer.

Sa politique de ressources humaines est marquée par une croissance des effectifs sur la période, en particulier du personnel médical et des agents contractuels, ainsi qu'une forte hausse des coûts de la permanence des soins et des heures supplémentaires. Des ressources humaines sont mises au service des établissements membres du GHT. La procédure pourrait faire l'objet d'une formalisation plus affirmée, à commencer par la production d'un schéma territorial de la permanence médicale des soins.

4 UNE SITUATION FINANCIÈRE DÉGRADÉE ET À RISQUES, EN DÉPIT DES AIDES REÇUES

Le CHSQ dispose d'un compte de résultat principal (CRP) et de sept comptes de résultats annexes (CRA) pour un montant cumulé de 286,1 M€ de produits en 2023 (302,7 M€ au rapport infra-annuel 2 de 2024), couvrant des activités sanitaires et médico-sociales. Le CRP représente, en 2024, 92,5 % des produits cumulés.

4.1 Une sincérité des informations comptables et budgétaires entachée par des créances douteuses

En application de l'article D. 6145-61-7 du CSP, les comptes de l'établissement sont soumis à la certification d'un commissaire aux comptes. La chambre constate que le CHSQ a été certifié sans réserve de 2019 à 2024, sans préjudice des constats dressés par la suite.

La direction des affaires financières et de la clientèle est structurée en secteurs spécialisés. Le secteur finances gère les budgets, les opérations comptables, la trésorerie et assure le contrôle interne. Le secteur contrôle de gestion analyse l'activité des pôles et pilote le suivi des recettes, ainsi que la configuration des outils de gestion. Le service social soutient les patients et usagers en difficulté, notamment par le biais des mandataires judiciaires. Enfin, le secteur patientèle et facturation regroupe le bureau des admissions, la facturation des recettes diverses et un standard téléphonique.

4.1.1 Un suivi des immobilisations effectif

L'état de l'actif tenu par le comptable public et l'inventaire comptable de l'ordonnateur sont concordants. Un inventaire physique a été réalisé en 2014 sur la partie patrimoniale (terrains et constructions) et sur le matériel biomédical, donnant lieu à un travail de rapprochement de l'inventaire physique et comptable depuis plusieurs années.

Concernant le matériel informatique et les biens mobiliers, un apurement a été réalisé en sortant de l'actif le matériel logistique de plus de 15 ans, le mobilier de plus de 20 ans et le matériel informatique de plus de 8 ans.

L'actif financier se compose essentiellement de dépôts de garantie et d'un contrat de soutien à l'investissement conclu avec l'ARS, dont le montant de la dotation allouée pour la période 2021-2029 est de 24,7 M€. Un premier versement a été effectué en 2021 à hauteur de 4,9 M€, et 2,4 M€ ont été versés chaque année depuis 2022.

En application de l'instruction budgétaire et comptable des établissements publics de santé, les durées d'amortissement ont été fixées le 31 janvier 2018.

4.1.2 Un rattachement constaté des charges et des produits à l'exercice

Le ratio de rattachement des charges d'exploitation, qui mesure les charges à payer sur l'ensemble des charges d'exploitation s'est maintenu à un niveau relativement stable, entre 3 % et 4 %, sur la période.

Toutefois, on observe une hausse significative des rattachements, passant de 5,9 M€ en 2019 à 9 M€ en 2023 (soit + 52 %). Cette évolution est notamment marquée par une augmentation des factures non parvenues (électricité, eau, achats biomédicaux, etc.). Le solde de ce compte atteint 2,7 M€, soit + 50 % par rapport à 2022.

Concernant les charges liées au personnel et aux organismes sociaux, les primes de service augmentent de + 10 % depuis 2019, atteignant 2,1 M€, à la suite de la hausse de la masse salariale et des obligations sociales. Les autres charges de personnel à payer repartent à la hausse, atteignant 2,6 M€ en 2023 et 3 M€ en 2024.

L'audit réalisé par le commissaire aux comptes sur les restes à payer fin mars 2024 montre un taux d'apurement de 87 %, les engagements comptabilisés ayant été régularisés.

Le rattachement des produits à recevoir n'appelle aucune observation. Il concerne des séjours à cheval (correspondant aux séjours commencés avant le 31 décembre de l'année N et achevés après le 1^{er} janvier de l'année N+ 1) et des revenus de loyers.

L'année 2019 a été marquée par un montant significatif de produits à recevoir de la caisse pivot, s'élevant à 12,6 M€, qui a été régularisé sur la période.

4.1.3 Des provisions et dépréciations pour compte de tiers en hausse

Le montant total des provisions effectuées par l'établissement pendant la période s'élève à 11,54 M€, en hausse de + 6 % par rapport à 2019. Cette évolution est portée principalement par l'augmentation des provisions liées aux charges de personnel, tandis que certaines provisions pour litiges et obligations sociales ont été significativement réduites.

4.1.4 Un sujet comptable et budgétaire majeur de recouvrement et d'apurement des créances

Les créances du CH, fortement volatiles sur la période, constituent un facteur de risques pour lui, atteignant un pic en 2021 (93 M€), suivi d'une baisse progressive à 71,19 M€ en 2023. Cette tendance est essentiellement portée par les variations des créances de la caisse pivot (dotations T2A), qui ont connu une forte croissance en 2021 en raison d'un retard national des émargements.

La part des créances sur les hospitalisés et consultants augmente en 2023 (+ 29 %), indiquant une hausse des encours patients. Surtout, les créances diverses continuent de croître, atteignant 30,91 M€, soit 44 % des créances.

RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

Leur analyse montre une accumulation progressive des restes à recouvrer sur plusieurs exercices, suggérant des difficultés de recouvrement pour certaines catégories de débiteurs. L'examen de la balance âgée par compte montre un taux de créances de moins de 30 jours à hauteur de 90 % pour la caisse pivot, mais de seulement 33 % pour les créances diverses, qui sont en réalité des factures de mise à disposition de services et de personnel du CH vers les membres du GHT. La part des créances de plus de trois ans est significative, traduisant un risque important de perte définitive, et donc de détérioration accrue de la situation budgétaire de l'établissement.

Les créances les plus anciennes, notamment celles auprès des membres du GHT, nécessitent une attention particulière. La chambre souligne notamment la dette du CH de Chauny (17 M€), qui doit donner lieu à un suivi spécifique afin d'identifier les créances dont le recouvrement devient improbable. Chauny présente une trésorerie nette estimée à fin décembre 2024 à - 13,8 M€. Le constat est le même pour le CH de Péronne (- 3,9 M€).

Tableau n° 7 : Sommes dues par les établissements du GHT au CH de Saint-Quentin de 2016 à 2024

En €	2016/2019	2020	2021	2022	2023	2024	2024
CH LAON	10 758	922	9 521	12 954	15 075	10 019	59 297
CH CHAUNY	4 657	304 488	3 310 342	4 463 214	4 682 334	4 949 528	17 718 984
CH GUISE	10 062	10 762	1 209	8 043	24 816	323 045	378 713
CH LA FERE	3 364			115		1 389	4 868
CH ST GOBAIN				500	108	2 388	2 996
CH HAM	100 030	31 570	28 601	15 855	17 045	109 675	380 910
CH HIRSON	3 663	89		217	25	69 616	77 273
CH LE NOUVION	4 705	1 295	934		1 018	35 923	43 875
CH PERONNE		10 695	1 215	6 801	207 877	1 532 382	1 758 970
CH VERVINS						955	955
TOTAL	137 239	359 821	3 351 822	4 507 699	4 948 298	7 034 920	20 339 799

Source : chambre régionale des comptes, à partir des documents de la trésorerie Hospitalière de Saint Quentin.

Le CHSQ procure ainsi, à ses dépens, des avances de trésorerie à ces établissements en situation financière et médicale difficile, ce qui s'apparenterait à une forme de mutualisation de trésorerie qui ne respecte pas le cadre juridique posé par l'article L. 6132-5-1 du code de la santé publique.

Il en résulte un risque économique et budgétaire majeur pour le CHSQ, puisque ces créances, même si elles ne peuvent être formellement admises en non-valeur, sont comptabilisées comme produits et risquent de ce fait d'être dépréciées ou annulées à terme, aggravant d'autant son déficit budgétaire.

De plus, à la suite d'une décision prise en 2019, le CH n'établit aucune provision relative aux créances des membres du GHT (20,3 M€ à fin 2024), ce qui permettrait d'étaler dans le temps les conséquences de ces créances douteuses sur le budget, dont la chambre rappelle que, selon la nomenclature M21 et le plan comptable général, ces créances sont considérées comme douteuses lorsqu'il existe des indices de difficulté de recouvrement, compte-tenu de la situation financière du débiteur, alors qu'elles restent certaines dans leur principe.

Recommandation n° 2 : apurer les créances détenues auprès des établissements de la direction commune et du groupement hospitalier de territoire.

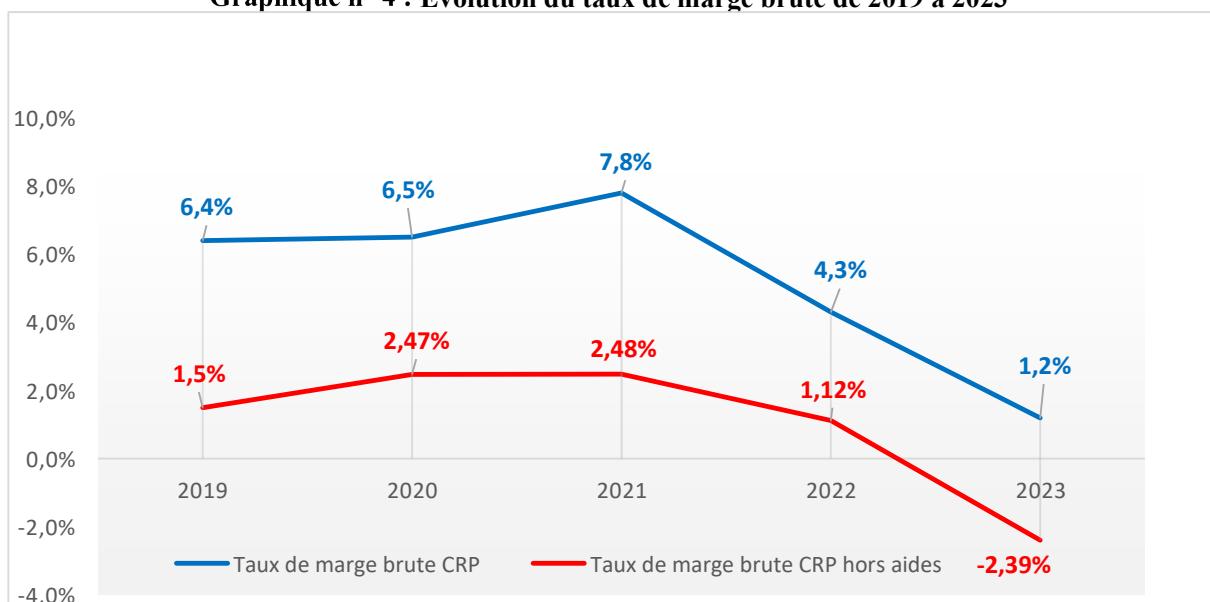
Recommandation n° 3 : constituer des provisions pour risque de non recouvrement des créances douteuses.

4.2 Le déficit structurel du budget principal et la baisse de la capacité d'autofinancement rendent délicate toute stratégie d'investissement

4.2.1 Un établissement fortement aidé qui ne dégage plus d'excédent sur son activité courante

Le taux de marge brute mesure la « marge » que l'établissement dégage sur son exploitation « courante » pour financer ses charges financières et ses investissements.

Graphique n° 4 : Évolution du taux de marge brute de 2019 à 2023



Source : chambre régionale des comptes, à partir des données transmises par le CHSQ, des comptes financiers.

RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

En 2023, le taux de marge brute du budget principal atteint 1,2 %, contre 6,4 % en 2019, révélant une baisse importante sur la période (- 81 %). La situation est encore plus préoccupante si l'on déduit les aides perçues.

En réponse aux observations provisoires de la chambre, le directeur indique que le taux de marge brute 2024 aurait progressé pour atteindre 3,4 %.

Le résultat positif de l'année 2021 résulte en grande partie de l'aide exceptionnelle budgétaire d'un montant de 5,8 M€ accordée par l'ARS. Le CH a ensuite reçu de cette dernière, en décembre 2023, une aide budgétaire exceptionnelle de 2 M€, reconduite en 2024, pour mettre en œuvre des actions de modernisation.

Tableau n° 8 : Suivi des aides et dotations versées au CHSQ de 2019 à 2024

En milliers d'€	2019	2020	2021	2022	2023	RIA 1 2024*
Versées au résultat						
Aides exceptionnelles budgétaires	3 000	2 000	5 800	787	2 000	2 000
Aides exceptionnelles en investissement						
Aides reconductibles en investissement	6 797	6 797	6 897	6 797	6 797	6 797
Inscrites au bilan						
Apports	3 000	3 000		4 000		
Article 50 ¹³			4 954	2 477	2 477	2 477
Subventions	545	932	2 943	2 660	3 844	2 473
Total	13 342	12 728	20 594	16 721	15 118	13 747

Source : chambre régionale des comptes, à partir des données transmises par le CHSQ, des notifications ARS et des données provisoires du RIA 2 2024.

La chambre constate ainsi, sur la période, l'obtention de plus de 15,5 M€ d'aides exceptionnelles, sans compter celles reçues pour d'autres motifs (notamment l'investissement), et sans compter la question des créances déjà évoquée.

4.2.2 Une hausse globale des produits due aux revalorisations tarifaires et à la hausse d'activité

Les produits du budget principal ont crû de façon significative, passant de 212,1 M€ en 2019 à 280 M€ en 2024, ce qui représente une augmentation de 68,1 M€ (+ 32,1 %).

¹³ L'article 50 de la loi du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale 2021 a créé pour une durée de 10 ans un dispositif de dotation de soutien aux établissements assurant le service public hospitalier en concourant à la compensation de ses charges inhérentes (continuité, qualité, sécurité, etc.).

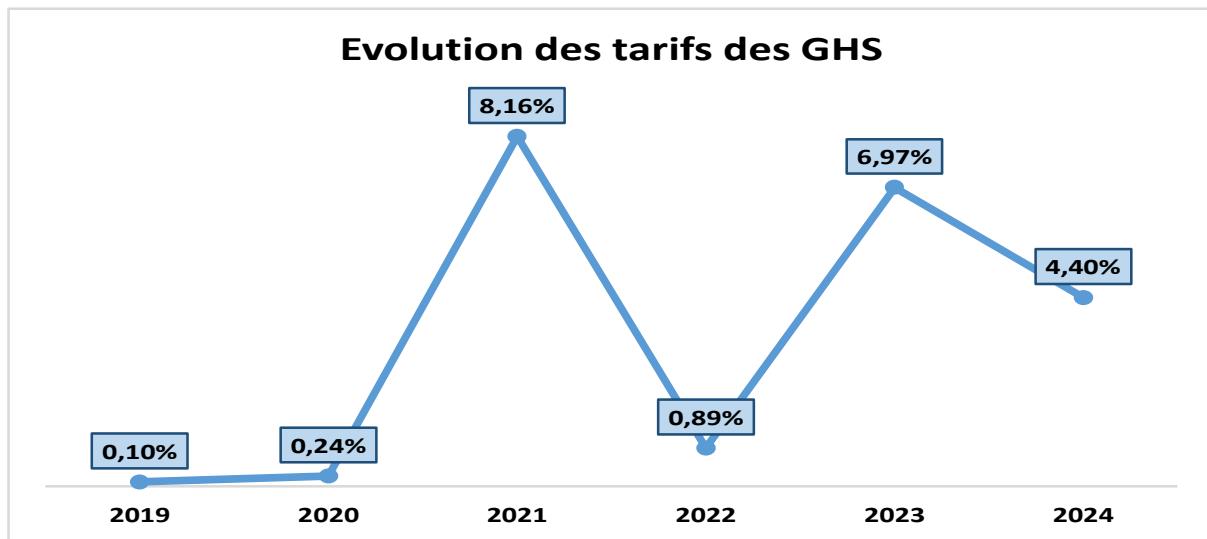
Tableau n° 9 : Évolution des produits du budget principal (2019-2024)

En milliers d'€	2019	2020	2021	2022	2023	RIA 2 2024
Titre 1- Produits versés par l'assurance maladie	170 571	183 812	200 822	207 760	218 676	229 443
% évolution du titre		7,76 %	9,25 %	3,46 %	5,25 %	4,92 %
Poids du titre	80,41 %	81,19 %	81,23 %	81,72 %	82,52 %	81,87 %
Titre 2- Autres produits de l'activité hospitalière	10 788	9 839	10 956	10 870	11 883	12 128
% évolution du titre		- 8,79 %	11,35 %	- 0,79 %	9,32 %	2,06 %
Poids du titre	5,09 %	4,35 %	4,43 %	4,28 %	4,48 %	4,33 %
Titre 3- Autres produits	30 757	32 757	35 462	35 602	34 433	38 666
% évolution du titre		6,50 %	8,26 %	0,39 %	- 3,28 %	12,29 %
Poids du titre	14,50 %	14,47 %	14,34 %	14,00 %	12,99 %	13,80 %
Total produits	212 116	226 409	247 240	254 232	264 992	280 237

Source : chambre régionale des comptes, à partir des comptes financiers du CHSQ et des données du RIA 2 2024.

Cette croissance est principalement attribuée aux revalorisations tarifaires, à la suite des accords du « Ségur de la santé », ainsi qu'à la compensation des surcoûts engendrés par les soutiens exceptionnels en réponse à la crise sanitaire et à la période post-COVID. Cette hausse est aussi liée à celle de l'activité.

Les produits de l'assurance-maladie (titre 1 – cf. annexe 5 – tableau n° 12) constituent en moyenne 81 % du budget principal, atteignant 229,4 M€ en 2024, et proviennent principalement de la tarification des activités médicales, chirurgicales et obstétriques, ce qui témoigne du dynamisme de l'activité du centre hospitalier et de l'amélioration de son codage, notamment en 2024. Ils sont passés de 170,5 M€ en 2019 à 229,4 M€ en 2024, soit une hausse de + 35 %.

Graphique n° 5 : Évolution des tarifs de 2019 à 2024

Source : chambre régionale des comptes, à partir des données de tarifications ARS transmises par le CHSQ.

Cette hausse s'explique aussi par les révisions tarifaires, notamment en 2021 et 2023, visant à compenser les effets de l'inflation et la mise en œuvre des mesures salariales du Ségur de la santé, traduites par les variations des groupes homogènes de séjour (GHS), en hausse de + 33 % sur la période, ainsi que des molécules onéreuses pour la cancérologie (+ 96 %).

L'autre partie des produits versés par l'assurance-maladie est constituée de recettes non liées à l'activité (forfaits, dotations, etc.), en hausse de + 22 %.

Les recettes du titre 2 (« autres produits de l'activité hospitalière », que sont la participation des assurances complémentaires et des patients) connaissent une légère augmentation (+ 12 %), avec toutefois une hausse notable de + 1 M€ en 2023 en raison de celle des tickets modérateurs (+ 0,8 M€).

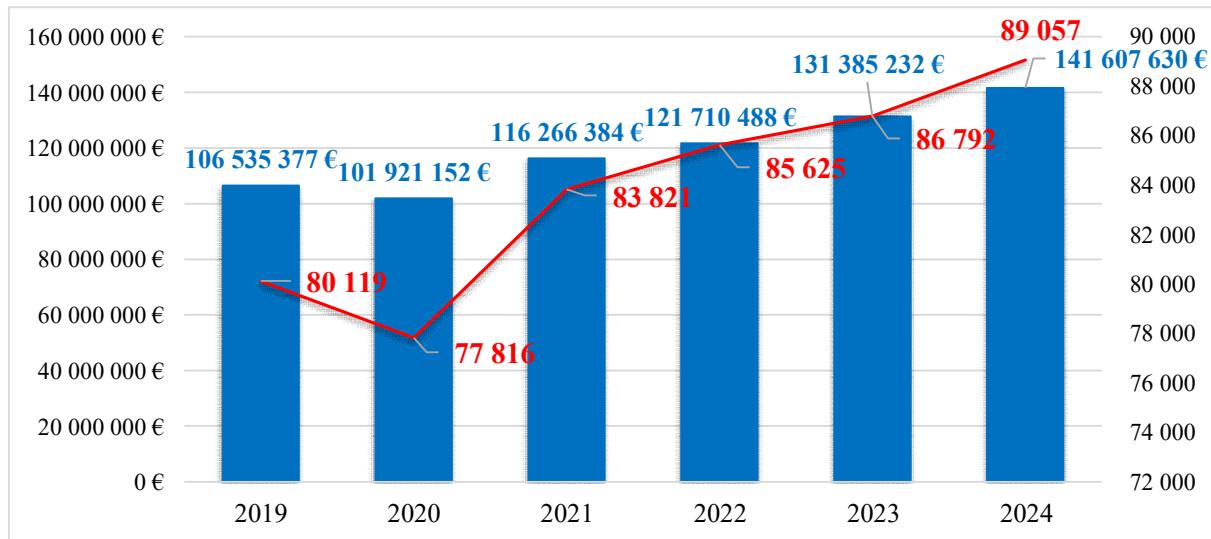
De même, les recettes du titre 3 (« autres produits » - cf. annexe 5 – tableau n° 13) augmentent de + 26 % entre 2019 et 2023. Ces montants comprennent, à hauteur de 0,6 M€, la mise à disposition de personnel pour le groupement de coopération sanitaire de stérilisation.

Par ailleurs, les recettes diverses sont également issues des rétrocessions de médicaments (moyenne annuelle de 3,7 M€) et de l'activité libérale (autour de 1 M€ par an). Enfin, 1 M€ concernent divers remboursements de frais (blanchisserie, chambres particulières, molécules onéreuses destinées au CH de Chauny, sans oublier une variation de stock de 5 M€).

4.2.2.1 Une valorisation des séjours dynamiques

L'analyse de la valorisation des séjours 2019-2024, par catégories majeures de diagnostics¹⁴, permet de constater une augmentation du chiffre d'affaires du CHSQ de + 33 %, passant de 106,5 M€ à 141,6 M€, avec un dépassement dès 2021 de l'activité, comme de sa valorisation, par rapport à l'année 2019.

¹⁴ Les catégories majeures de diagnostic (CMD) correspondent à une classification médico-économique et définissent le diagnostic principal du résumé de sortie d'un patient. Elles sont subdivisées en groupes homogènes de malades dans lesquels le résumé de sortie est classé selon les diagnostics ou les actes codés.

Graphique n° 6 : Comparaison entre chiffre d'affaires en € et nombre de RSA annuels

Source : chambre régionale des comptes, à partir des données du DIM du CHSQ.

L'étude de la valorisation des 1 551 groupes homogènes de malades (GHM) permet une analyse plus fine du case-mix du CH sur la période, démontrant l'importance de l'ambulatoire et des séances dans son chiffre d'affaires, davantage que les hospitalisations conventionnelles. Les plus de 15 000 séances de radiothérapie constituent le GHM rapportant le plus important chiffre d'affaires (6,7 M€), suivies des plus de 16 000 séances d'hémodialyse (6 M€), de 10 000 séances de chimiothérapie (4,6 M€), et enfin, des séances d'aphérèse¹⁵ (2,6 M€), alors que les GHM suivants sont inférieurs à 2 M€ (cf. annexe 5 – tableau n° 14).

L'analyse de la part respective entre « effet volume » et « effet tarification » sur la hausse du chiffre d'affaires des séjours du CH, à la suite de la baisse d'activité de la pandémie covid, souligne qu'une hausse du volume des séjours n'intervient de manière prédominante qu'en 2024, alors que de 2021 à 2023, les hausses de tarification ont contribué à l'accroissement de la valorisation (cf. annexe 5 – graphique n° 5).

4.2.3 Une hausse importante et continue des charges du budget principal

Au cours de la période, les charges du budget principal atteignent 284,5 M€ en 2024, affichant une hausse de + 32,4 % par rapport à 2019 (soit + 69,7 M€).

¹⁵ En médecine, l'aphérèse est une technique de prélèvement de certains composants sanguins par circulation extracorporelle du sang.

RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

Tableau n° 10 : Évolution des charges du budget principal

En milliers d'€	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Titre 1 - Personnel	126 164	136 533	146 026	154 798	160 449	168 976
Titre 2 - Charges à caractère médical	50 858	52 761	59 318	62 892	66 900	71 257
Titre 3 - Charges d'hôtellerie	14 811	15 750	15 684	17 695	27 218	23 702
Titre 4 - Autres	22 999	21 328	20 960	19 108	21 087	20 646
TOTAL	214 833	226 371	241 988	254 493	275 654	284 581

Source : chambre régionale des comptes, à partir des comptes financiers du CHSQ et des données provisoires du RIA 2 2024.

Les dépenses de personnel représentent en moyenne 60 % des charges du compte de résultat principal (CRP) du CH, dont elles constituent le premier poste de dépenses. Entre 2019 et 2024, ces charges ont crû de + 34 %, passant de 126,1 M€ à 168,9 M€.

Tableau n° 11 : Évolution des charges de personnels (titre 1 du CRP) du CHSQ

En milliers d'€	2019	2020	2021	2022	2023	2024 RIA 2
Total des charges CRP	214 832	226 371	241 988	254 493	275 653	284 581
Charges de personnel (titre 1) CRP	126 164	136 533	146 026	154 798	160 449	168 977
%	59 %	60 %	60 %	61 %	58 %	59 %
<i>dont personnel extérieur à l'établissement - 621</i>	2 334	3 112	3 836	3 235	3 389	3 604
<i>dont rémunérations d'intermédiaires et honoraires - 622</i>	156	140	156	129	104	80
<i>dont impôts et taxes (administration fiscale) - 631</i>	7 866	8 435	9 293	10 107	10 331	11 041
<i>dont impôts et taxes (autres organismes) - 633</i>	3 176	3 216	3 772	3 956	4 076	4 220
<i>dont charges de personnel - 64</i>	112 121	121 365	128 509	136 684	141 900	150 110

Source : chambre régionale des comptes, à partir des comptes de gestion et du RIA 2 2024.

Le compte 64 (charges de personnel), qui représente 89 % des charges de titre 1 du CRP de l'établissement, et 53 % en moyenne du total de ses charges, a crû de + 34 % entre 2019 (112 M€) et 2024 (142 M€).

Au sein des charges de personnel, celles du personnel non médical représentent 53 % du total et sont en augmentation de + 33 % entre 2019 et 2024.

La part des dépenses du personnel médical est en forte hausse (+ 40 %) entre 2019 et 2024, en particulier pour les nouveaux praticiens contractuels (notamment les « motifs 2 »), les assistants et les praticiens associés (médecins à diplôme étranger) dont la hausse de charges traduit un accroissement démographique, contrairement à l'augmentation des charges des praticiens hospitaliers (+ 11 %) qui relèvent des revalorisations salariales et non d'une croissance démographique. La chambre observe aussi une forte hausse des charges d'internes et de docteurs juniors (+ 56 %), reflet de la hausse du numerus clausus, en lien avec le CHU d'Amiens, permettant au CHSQ de moins recourir à l'intérim médical.

La période est surtout marquée, en plus de revalorisations salariales issues du « Ségur de la santé » (et des hausses du point d'indice) qui accroissent les rémunérations principales de + 10 % pour le personnel non médical et de + 18 % pour le personnel médical, par des fortes mesures indemnитaires (notamment la majoration des indemnités horaires pour travail de nuit du personnel non médical et des indemnités de garde pour le personnel médical), et la création de nouvelles primes et indemnités. Celles-ci se traduisent par des hausses de charges de + 59 % pour le personnel non médical et de + 50 % pour le personnel médical (les montants indemnitaire passant de 16 M€ en 2019 à plus de 25 M€ en 2024).

Les dépenses à caractère médical affichent une forte progression de 20,3 M€, en croissance de + 40 % depuis 2019, et représentent 25 % des charges globales de l'établissement.

Tableau n° 12 : Évolution des charges à caractère médical

En M€	2019	2020	2021	2022	2023	2024 RIA 2
Total charges de titre 2	50,8	52,7	59,3	62,8	66,8	71,2
<i>dont produits pharmaceutiques (6021)</i>	24,4	26,2	29	32	34,3	38,2
<i>dont médicaments non mentionnés dans la liste en sus (c/60211)</i>	7,8	7,9	7,8	6,9	6,4	6,5
<i>dont médicaments de la liste en sus (c/60212)</i>	16	17,8	20,5	24	26,1	29,1
<i>dont médicaments sous AAP/AAC/CPC (c/60213)</i>	0,4	0,3	0,4	0,7	1,1	2,2
<i>dont dispositifs médicaux (c/6022)</i>	15,5	15,3	17,4	18,1	18,5	19,4
<i>dont DM non stériles (c/60221)</i>	1,3	1,4	1,8	1,2	1,3	NC
<i>dont DM non stériles (c/60221)</i>	6,4	6,3	6,8	7,8	8,1	9,1
<i>dont fournitures de laboratoire (c/60224)</i>	1,5	2,5	2,7	2,8	2,3	NC
<i>dont DMI liste en sus (c/602261)</i>	3,6	3	3,3	3,8	4,2	3,9
<i>autres DMI (c/602268)</i>	2,3	1,6	2,2	1,9	2,1	2
<i>dont fournitures médicales (c/6066)</i>	2,6	2,9	3,2	3	3,4	3,2
<i>dont variation de stocks à caractère médical (60321 et 60322)</i>	2,8	2,8	3,5	3,6	3,8	3,7

Source : chambre régionale des comptes, à partir des comptes de gestion du CHSQ.

Cette hausse résulte des effets de l'inflation (+ 4,5% en 2024) et de changements de nomenclature, de la mise en œuvre des projets médicaux (robot chirurgical, réophérèse, etc.), et de la croissance de l'activité.

Cette hausse des charges de titre 2 concerne particulièrement les produits pharmaceutiques (+ 57 % sur la période), notamment les médicaments de la liste en sus (cancérologie principalement), qui croissent de + 82 % entre 2019 et 2024, ainsi que le coût des médicaments en accès précoce et accès compassionnel¹⁶, qui augmente de + 450 %, et enfin des dispositifs médicaux (+ 25 %).

De plus, l'activité de préparation des chimiothérapies, en hausse de + 3 % entre 2020 et 2024 est aussi destinée aux CH de Péronne et Chauny, ce qui accroît d'autant les charges du CHSQ.

Tableau n° 13 : Activité de chimiothérapies de la pharmacie du CHSQ

	2020	2021	2022	2023	2024
Nombre de préparations de chimiothérapies	20 413	19 391	19 583	20 630	20 970
<i>dont préparations pour le CH de Chauny</i>	2 778	2 843	2 405	2 472	2 231
<i>dont préparations pour le CH de Péronne</i>	257	199	163	227	427

Source : chambre régionale des comptes, à partir des données de la pharmacie du CHSQ.

Par ailleurs, les dépenses à caractère médical autres que celles gérées par la pharmacie sont maîtrisées (- 1,2 % par rapport au compte financier 2023), expliquées en partie par la baisse de la maintenance de matériel médical (- 0,5 M€) par rapport à 2023.

Les dépenses à caractère hôtelier (titre 3) ont crû de + 60 % entre 2019 et 2024, la plus forte hausse des trois titres de charges, avec une augmentation de 8,1 M€ au titre de l'énergie en 2023. En effet, malgré des consommations maîtrisées, l'inflation du prix de l'énergie, nette des aides reçues incluses dans les tarifs, représente un surcoût de 5,4 M€ sur 2023.

L'établissement précise qu'un groupe de travail examine des actions à envisager pour maîtriser les coûts énergétiques (mise en place de compteurs d'énergie, isolation et remplacement de certaines chaudières, etc.).

4.2.4 Des déficits cumulés devenus inquiétants

Le CH présente une situation financière très préoccupante, matérialisée par un déficit cumulé du budget principal de 49 M€, inscrit au compte « report à nouveau déficitaire » (c/119), traduisant une incapacité à équilibrer les charges de fonctionnement et les produits d'exploitation.

Ainsi, en 2024, l'établissement s'oriente de nouveau vers un déficit provisoire consolidé, sachant que ses deux plus gros comptes de résultat annexes (CRA) sont aussi structurellement déficitaires.

¹⁶ Ce sont les médicaments qui répondent, pour l'accès précoce, à un besoin thérapeutique non couvert, susceptibles d'être innovants et pour lesquels le laboratoire s'engage à déposer une autorisation de mise sur le marché ou une demande de remboursement, alors que pour l'accès compassionnel, ce sont des médicaments non nécessairement innovants, qui ne sont initialement pas destinés à obtenir une autorisation de mise sur le marché mais qui répondent de façon satisfaisante à un besoin thérapeutique non couvert.

Aussi, la M21 insiste sur le fait que la résorption du déficit est une priorité dans les objectifs de gestion de l'établissement, alors que le dernier plan de retour à l'équilibre datait de 2017 et que la pandémie covid a interrompu sa trajectoire.

Le résultat consolidé de 2023 relève un déficit de - 11,5 M€, principalement attribuable au budget principal (93 % du déficit). Dans un contexte d'inflation exceptionnelle et de dynamique d'activité moindre, le CHSQ a vu sa situation se détériorer davantage (cf. annexe 5 – graphique n° 6).

4.2.5 Un manque de capacité d'autofinancement

La capacité d'autofinancement (CAF) reflète les ressources dégagées par l'exploitation destinées au remboursement du capital des emprunts et à financer les investissements.

Tableau n° 14 : Évolution de la capacité d'autofinancement du CHSQ de 2019 à 2024

En milliers d'€	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Résultat	- 2 529	456	5 015	- 530	- 11 528	- 4 603
+Dotations aux amortissements, dépréciations et provisions (compte 68)	18 257	17 856	16 713	16 246	17 036	16 815
- Reprises sur dépréciations et provisions (compte 78)	6 036	6 023	6 433	7 318	5 613	5 938
+ Valeur comptable des éléments d'actifs cédés (compte 675)	276	58	40	35	22	31
- Produits des cessions d'éléments d'actifs (compte 775)	150	0	204	106	73	17
- Quote-part des subventions d'investissement virée au résultat de l'exercice (compte 777)	132	225	384	605	897	1 517
CAF Brute	9 687	12 122	14 747	7 722	- 1 052	4 773
- Remboursement des dettes financières	9 416	8 828	14 740	8 490	7 554	8 255
CAF Nette	271	3 293	6	- 767	- 8 607	- 3 482

Source : chambre régionale des comptes, à partir des comptes financiers et des données provisoires du RIA 2 2024.

Bien que la CAF brute du CH soit majoritairement positive, entre 2019 et 2024, grâce aux aides reçues, elle demeure insuffisante depuis trois exercices pour couvrir les annuités de la dette, ce qui conduit à une CAF nette négative. Cette situation est susceptible de se détériorer encore, le CH ayant contracté 19,5 M€ d'emprunts en 2023 et 2024 pour investir.

4.2.6 Le financement des investissements et le fonds de roulement

Le CHSQ a accru ses investissements au cours de la période, notamment en 2023 avec 9 M€, et surtout 2024 avec 12,4 M€ (cf. annexe 5 – graphique n° 7).

RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

Les opérations majeures portaient notamment sur le remplacement d'un accélérateur en radiothérapie, représentant un investissement de 4,6 M€ (avec une aide de l'ARS de 1,5 M€). De plus, l'établissement a bénéficié d'aides d'investissement reconductibles (6,8 M€), en rapport avec des mesures nationales d'investissement, dont 4,1 M€ notifié en dotation et 2,6 M€ provenant du fonds d'intervention régionale pour les hôpitaux.

Le CHSQ a également reçu de nombreuses subventions pour l'investissement, notamment 2,9 M€ en 2021 pour l'installation d'ascenseurs (1,5 M€) et d'une salle de radiologie (0,3 M€). En 2022, une subvention de 2,7 M€ a permis de financer la radiologie interventionnelle, un scanner et des travaux au sein du pôle de psychiatrie. Enfin, en 2023, 3,8 M€ de subventions ont été accordées à l'établissement pour financer un accélérateur et soutenir l'investissement dans divers projets, en plus d'aides exceptionnelles non liées à de l'investissement.

Par ailleurs, en plus du robot chirurgical financé par la Région et l'ARS, le CH a aussi lancé un nouveau projet de radiologie interventionnelle, avec la construction d'une salle hybride au sein du bloc opératoire qui permettra d'effectuer des gestes d'imagerie interventionnelle et de chirurgie vasculaire, qui sont aujourd'hui effectués au CHU d'Amiens.

Tableau n° 15 : Tableau de financement du CHSQ de 2019 à 2024

En milliers d'€	CF2019	CF2020	CF2021	CF2022	CF2023	RIA 2 2024
Résultat CRP	- 2 717	38	5 252	- 261	- 10 662	- 4 344
Résultat consolidé CRP et CRA	- 2 529	456	5 015	- 530	- 11 528	- 4 603
CAF consolidée	9 687	12 122	14 747	7 722	- 1 052	4 773
TABLEAU DE FINANCEMENT						
RESSOURCES	18 092	21 063	52 140	21 474	13 958	21 855
CAF consolidée	9 687	12 122	14 747	7 722		4 773
Emprunts	4 710	5 010	4 521	4 509	7 510	12 010
Subventions et apports	3 545	3 932	2 943	6 660	3 844	2 578
Dotations aux EPS - Article 50			24 771			
Article 50			4 954	2 477	2 477	2 477
Cessions et autres ressources	150		204	106	127	17
EMPLOIS	14 589	13 469	38 475	13 813	17 637	20 670
IAF consolidée					1 052	
Remboursement en capital	9 416	8 828	8 323	8 490	7 554	8 255
Investissements	5 173	4 641	5 380	5 322	9 031	12 415
<i>dont investissements courants</i>	3 214	3 776	3 938	3 517	3 769	6 248
<i>dont projets structurants</i>	1 959	864	1 442	1 805	5 261	6 167
Créances au titre des dotations (article 50)			24 771			
Variation Fonds de roulement	3 503	7 594	13 665	7 662	-3 679	1 185
Fonds de Roulement	16 840	24 434	38 100	45 762	42 082	43 267
Trésorerie	- 3 549	6 001	- 1 487	10 771	11 116	8 276
CAF Nette	271	3 293	6 423	- 768	- 8 607	- 3 482

Source : chambre régionale des comptes, à partir des données du CHSQ, des comptes financiers et des données provisoires du RIA 2 2024.

Les dépenses d'investissement totalisent 41,7 M€ sur la période. Pour les financer, le CH a emprunté 38,2 M€.

Tableau n° 16 : Évolution des emprunts et des investissements du CHSQ de 2019 à 2024*

*	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Investissements	5 173	4 641	5 380	5 322	9 031	12 415
<i>dont renouvellement courant</i>	3 214	3 776	3 938	3 517	3 769	6 248
<i>dont opérations majeures</i>	1 959	864	1 442	1 805	5 261	6 167
Emprunts	4 710	5 010	4 521	4 509	7 510	12 010

Source : chambre régionale des comptes, à partir des données transmises par le centre hospitalier de Saint Quentin, des comptes financiers et des données provisoires du RIA 2 2024.

Le fonds de roulement net global constitue le solde des ressources et des emplois stables, permettant d'évaluer la capacité de l'établissement à financer ses investissements. En 2024, il est de 43,2 M€, marquant une tendance à la hausse depuis 2019.

Néanmoins, ce fonds de roulement est largement fictif, puisque totalement grevé par le report à nouveau déficitaire cumulé de – 49 M€.

4.2.7 Une dette élevée et son évolution

L'encours de la dette du CH est en baisse sur la période, mais reste à un niveau élevé.

L'établissement a poursuivi une trajectoire de désendettement constant jusqu'en 2023. Néanmoins, la souscription de nouveaux emprunts (12 M€) cette année-là a entraîné une augmentation de l'encours de la dette, qui atteint désormais 89 M€ (cf. annexe 5 – graphique n° 8).

Le décret n° 2011-1872 du 14 décembre 2011 relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé énonce trois critères subordonnant les demandes d'emprunt de ces derniers à un accord de l'ARS (lorsqu'au moins deux des critères sont dépassés) que sont le ratio d'indépendance financière (encours de la dette à long terme sur capitaux permanents) en cas d'excès de 50 %, la durée apparente de la dette lorsqu'elle excède dix ans, et un encours de la dette, rapporté au total de ses produits, toutes activités confondues, supérieur à 30 %.

Tableau n° 17 : Évolution de l'encours de la dette du CHSQ de 2019 à 2024

En milliers d'€	CF2019	CF2020	CF2021	CF2022	CF2023	RIA 2 2024
Remboursement en capital	9 416	8 828	8 323	8 490	7 554	8 255
Nouveaux emprunts	4 710	5 010	4 521	4 509	7 510	12 010
Encours de la dette (capital restant dû)	96 891	93 073	89 270	85 289	85 245	89 000
Taux d'endettement (dette/total des produits)	43,60 %	39,30 %	34,60 %	32,10 %	30,80 %	29,40 %
Durée apparente de la Dette (dette/CAF)	10,00	7,70	6,00	11,00	- 81,70	18,65
Indépendance financière	72,30 %	70,70 %	57,70 %	53,30 %	52,30 %	57 %

Source : chambre régionale des comptes, à partir des données transmises par le CHSQ, des comptes financiers et des données provisoires du RIA 2 2024.

Les seuils critiques étant tous dépassés, le CH ne peut emprunter sans accord de l'ARS. Celle-ci a accordé une autorisation d'emprunt de 12 M€ pour financer son plan d'investissement 2024.

La structure de la dette est composée à 75 % (67,2 M€) d'emprunts non structurés cotés 1A sur la charte de Gissler¹⁷ et à 25 % (21,8 M€) d'emprunts structurés représentant un risque élevé selon la même charte (un crédit contracté en 2008 pour un encours de 18,5 M€ jusqu'en 2039 et deux crédits contractés en 2007 pour plus de 4 M€ d'encours jusqu'en 2038).

4.2.8 Une trésorerie en tension

La trésorerie constitue le fonds de roulement disponible après prise en compte du besoin en fonds de roulement. Au cours de la période, elle s'est améliorée, bien qu'elle ait enregistré des valeurs négatives en 2019 et 2021, et ce, malgré une aide exceptionnelle de 5,8 M€ reçue.

Tableau n° 18 : Trésorerie du CHSQ de 2019 à 2024

En milliers d'€	CF2019	CF2020	CF2021	CF2022	CF2023	RIA2/2024
Fonds de roulement net global	16 840	24 434	38 100	45 762	42 082	43 693
Besoin en fonds de roulement	20 389	18 433	39 586	34 991	30 966	36 356
Trésorerie nette	- 3 549	6 001	- 1 486	10 771	11 116	7 337

Source : chambre régionale des comptes, à partir des données transmises par le CHSQ, des comptes financiers et des données provisoires du RIA 2 2024.

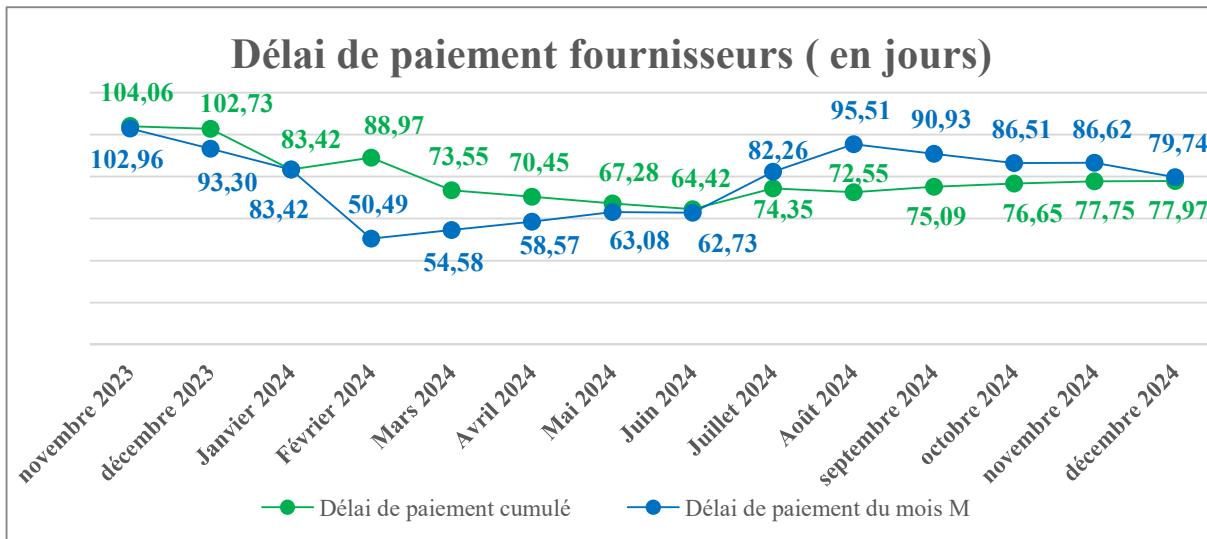
Le CH dispose actuellement d'un niveau de trésorerie demeurant en tension, diminuant entre 2023 et 2024, alors que le besoin en fonds de roulement ne cesse de croître, de 20,3 M€ en 2019 à 36,3 M€ en 2024, et le maintien de cette tendance doit alerter.

L'analyse des principaux ratios de trésorerie (cf. annexe 5 – tableau n° 15) souligne la situation financière fragile du centre hospitalier, même si des améliorations sont constatées. Ainsi, la trésorerie ne s'élève qu'à 6,4 jours de charges courantes en moyenne sur la période¹⁸.

De plus, les créances patients et mutuelles restent durablement trop élevées en jours d'exploitation sur toute la période, atteignant plus de 176 jours en 2022, largement au-dessus de la recommandation du seuil de 90 jours, ce qui implique des actions de recouvrement à optimiser.

¹⁷ Cette charte de bonne conduite avec les établissements bancaire propose une grille de classement des risques concernant les emprunts structurés. Le sous-jacent, à savoir les indices de référence, et la structure, soit la formule de calcul des intérêts, sont les deux critères utilisés pour classifier ces contrats. Cette grille va de 1A, emprunt simple et non risqué, à 5E, emprunt le plus complexe et le plus risqué.

¹⁸ La trésorerie du tableau n° 15 est réalisée au 31 décembre de chaque année et ne correspond pas à une mesure du niveau moyen de trésorerie sur l'année.

Graphique n° 7 : Délai de paiement fournisseurs global moyen cumulé (ordonnateur et comptable)

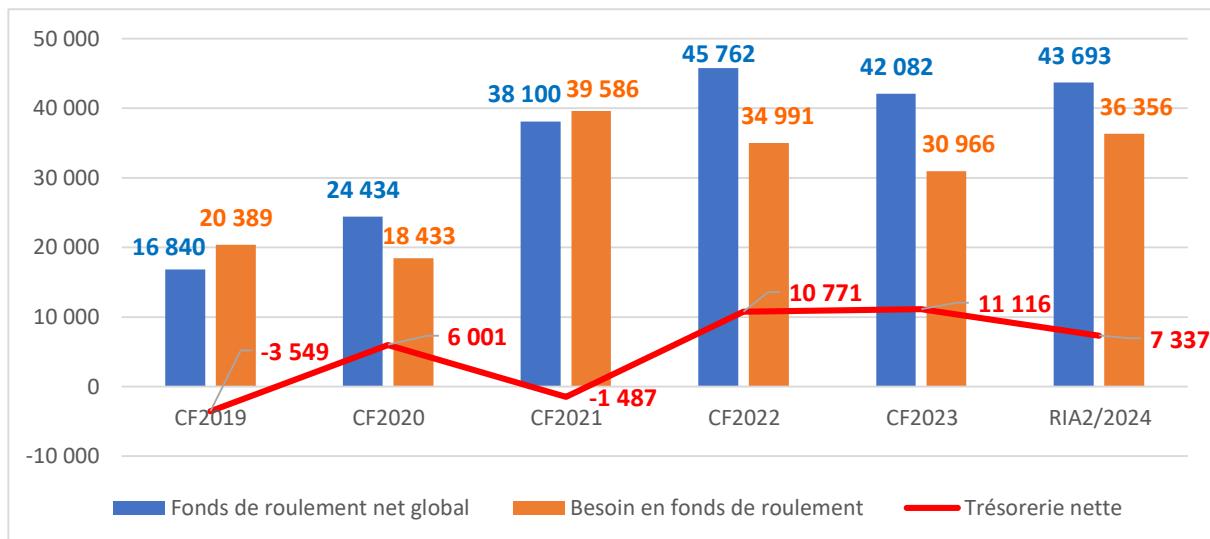
Source : chambre régionale des comptes, à partir des comptes financiers et des données transmises par le CHSQ.

Les dettes fournisseurs, si elles diminuent en jours de charges courantes, restent au-dessus du cadre règlementaire de 50 jours fixé par l'article R. 2192-11 du CSP pour les établissements publics de santé. Des intérêts moratoires ont été seulement payés pour un montant de 9 438 € en 2022.

De plus, une part significative des factures demeure en attente de règlement, 0,9 M€ pour la section investissement (classe 2) et 8,01 M€ pour la section de fonctionnement (classe 6) en janvier 2025. Les principaux créanciers concernent le secteur pharmaceutique, technique et biomédical. Des échéanciers sont régulièrement proposés afin de limiter l'accumulation des retards de paiement, mais la situation financière reste tendue.

La chambre considère ainsi que le CHSQ tarde indûment le paiement de ses fournisseurs par manque de trésorerie due aux carences de recouvrement de ses créances sur les établissements voisins.

Graphique n° 8 : Analyse de la trésorerie (en milliers d'€) de 2019 à 2024



Source : chambre régionale des comptes, à partir des données du CHSQ et des comptes financiers.

De plus, le CH mobilise régulièrement deux lignes de trésorerie, pour des montants respectifs de 2 M€ et 3 M€, renouvelables chaque année, ce qui lui coûte 150 000 € par an.

Le suivi de la trésorerie s'effectue grâce à un plan de trésorerie et une note de trésorerie mensuelle. L'établissement a pu mettre en place une procédure interne de gestion de la trésorerie, servant d'outil de pilotage interne, afin de réduire les coûts financiers.

Rappel au droit unique : respecter le délai global de paiement des fournisseurs et procéder au mandatement d'office des intérêts moratoires en cas de retard, conformément au décret n° 2013-269 du 29 mars 2013 et à l'article R. 2192-11 du code de la commande publique.

Suite aux observations provisoires de la chambre, le directeur du CHSQ prend acte de ce rappel au droit qui constitue un élément de préoccupation et de vigilance.

4.2.9 Une prospective financière préoccupante

4.2.9.1 Un état prévisionnel des recettes et des dépenses 2025 en dégradation

Le rapport infra-annuel (RIA) 2 de février 2025 laisse apparaître un atterrissage budgétaire 2024 à - 4,3M€ pour le compte de résultat principal (CRP), proche de l'EPRD 2024 (- 4,7 M€), mais moindre que le RIA 1, présenté aux instances en décembre 2024, qui prévoyait un déficit de - 13,1 M€, ou que les comptes anticipés 2024 qui prévoyaient - 12,3 M€. Le RIA 2 de 2024 prévoit ainsi un compte de résultat consolidé déficitaire de - 4,6 M€. Le CH entrevoit un atterrissage probable du compte de résultat consolidé à - 3,6 M€.

L'EPRD 2025, adopté par les instances en décembre 2024, prévoit un déficit de - 13,2 M€ au CRP (- 12,9 M€ en consolidé), avec un programme d'investissement de 9,8 M€, composé de 3,8 M€ de reports de projets institutionnels (notamment l'imagerie interventionnelle) et de 6 M€ d'investissements courants. Un emprunt de 6 M€ et un prélèvement sur le fonds de roulement de 14 M€ sont projetés pour continuer à financer les investissements et les charges de fonctionnement.

Cet EPRD prévoit une détérioration de la CAF brute à - 3,8 M€ et un remboursement du capital de la dette de 9,1 M€, ce qui conduit à un prélèvement sur le fonds de roulement et une dégradation de la CAF nette à - 12,9 M€. L'encours de la dette diminuerait à 85 M€, avec un taux d'endettement passant à 29 %.

4.2.9.2 Une prospective peu réaliste

La prospective du plan global de financement pluriannuel (PGFP), bâtie pour les années 2026 et suivantes, prolonge la tendance du déficit structurel consolidé, autour de - 11 M€ à - 12 M€ par an, et du prélèvement sur le fonds de roulement (qui deviendrait négatif en 2028), ce qui souligne la fragilité du modèle d'établissement support d'un territoire défavorisé avec des CH voisins en situation financière difficile. Le PGFP ne prévoit que des investissements courants et uniquement financés par emprunt, si tant est que cela soit autorisé par l'ARS, et sans nouveaux projets institutionnels, ce qui interroge son caractère réaliste.

Le CHSQ doit nécessairement retrouver des marges internes de financement pour accroître sa capacité d'autofinancement, diminuer son déficit et poursuivre une politique d'investissement.

Recommandation n° 4 : construire, en concertation avec l'agence régionale de santé, une prospective financière qui permette une trajectoire de retour à l'équilibre budgétaire, avec une programmation réaliste des investissements et des aides publiques.

En réponse aux observations provisoires de la chambre, le directeur du CHSQ indique que le résultat prévisionnel 2025 s'établirait à - 7,1 M€, selon la projection réalisée en juin 2025.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Le CHSQ, établissement dont les comptes sont certifiés sans réserve par un commissaire aux comptes sur la période, est dans une situation financière préoccupante. Il est fragilisé par un montant important de créances issues notamment des autres établissements du GHT. Au regard des perspectives incertaines de recouvrement d'une partie de ces sommes, il encourt le risque d'une aggravation significative de son déficit, en l'absence de constitution de provisions.

Il pâtit d'un déficit budgétaire structurel, avec des produits et des charges connaissant une évolution symétrique à la hausse, alimentée par l'inflation, les revalorisations tarifaires et l'activité. De plus, un report à nouveau déficitaire important grève son fonds de roulement.

La CAF nette est négative depuis 2022, le faible taux de marge brute est orienté à la baisse, alors que la trésorerie est en tension, avec des délais fournisseurs très supérieurs aux normes légales, compromettant toute la stratégie jusqu'ici suivie par le centre hospitalier d'endettement pour investir. Cette situation conditionne tout nouvel emprunt à autorisation de l'ARS et tout investissement important à des aides extérieures.

La prospective 2025 et des années suivantes, pourtant très optimiste, maintient l'établissement en déficit, avec une CAF nette négative et l'épuisement du fonds de roulement, ce qui rend les emprunts annoncés et les investissements du plan global de financement pluriannuel incertains.

*

* *

ANNEXES

Annexe n° 1. Tableau des recommandations du précédent rapport CRC	52
Annexe n° 2. Données d'activité	53
Annexe n° 3. Données de ressources humaines du CHSQ	59
Annexe n° 4. Ressources humaines et GHT	61
Annexe n° 5. Données financières	62

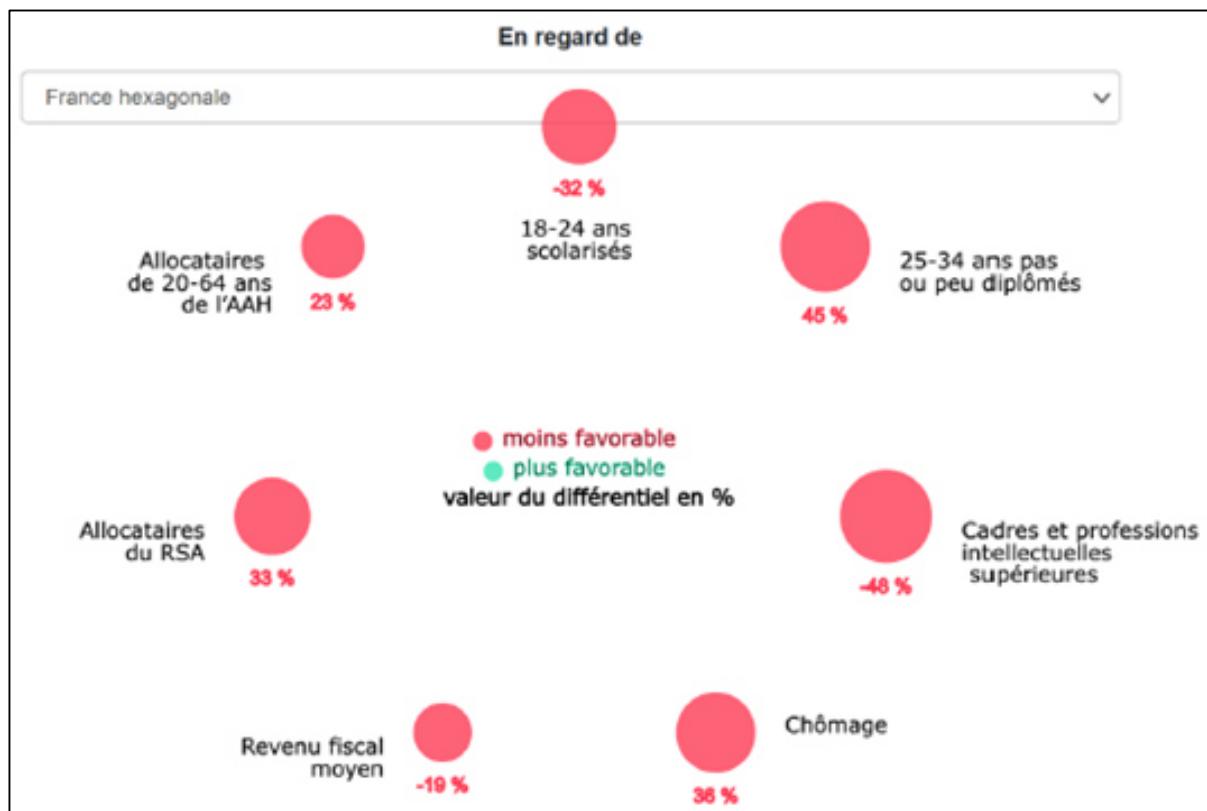
Annexe n° 1. Tableau des recommandations du précédent rapport CRC

N°	Recommandations	Degré actuel de mise en œuvre
1	Établir systématiquement des comptes rendus ou relevés de conclusions de réunions	Mise en œuvre pour les instances : comptes-rendus pour les CS, CME, CSE, etc. et relevés de conclusions pour le directoire.
2	Améliorer l'organisation de l'obstétrique (durées de séjour, nombre de lits)	Mise en œuvre : amélioration de la DMS (- 11 % entre 2019 et 2023) dans un contexte de hausse d'activité suite à la reprise de l'activité de la maternité privée fin 2020 avec ouverture de 10 lits supplémentaires et de réorganisation en accompagnement de la transformation de la maternité de Péronne en CPP.
3	Poursuivre le partage des données des tableaux de bord entre la direction, les pôles médicaux et le département de l'information médicale afin d'optimiser la politique de développement des activités	Mise en œuvre : Un tableau de bord institutionnel qui présente des données de chaque pôle existe pour les années 2019, 2020, 2021 et 2024. En 2022 et 2023, des tableaux de bord par pôles ont été produits et partagés.
4	En matière de facturation, coordonner les actions prévues au projet d'établissement et optimiser les codages des actes médicaux notamment des consultations externes	Mise en œuvre : Des actions ont été menées au niveau du DIM.
5	Dans le cadre du plan de redressement financier, rechercher des économies au titre 2 des charges à caractère médical tout en améliorant l'organisation (flexibilité des lits, gains sur achats à poursuivre)	Mise en œuvre : sur la période 2017-2020, les gains attendus sur les charges à caractère médical ont été dépassés de 60 000 €. Depuis 2020 et la pandémie covid, il n'y a plus de plan de redressement financier sur l'établissement.
6	Élaborer un plan de formation achat en direction de l'ensemble des personnels concernés	Des actions de formation à destination des personnels de la direction achat ont été mises en œuvre , s'inscrivant dans des travaux sur la qualité de vie au travail de cette direction.
7	Améliorer le suivi centralisé des stocks présents dans les unités de soins	Mise en œuvre : Ces opérations sont gérées par les agents des services et les agents de la logistique, selon des fréquences régulières et à partir d'un logiciel de gestion des stocks inexistant lors du contrôle de 2016.
8	Renforcer la motivation de l'analyse des offres en explicitant la note attribuée aux candidats pour chaque critère et sous-critère	Partiellement mise en œuvre : des réponses sont apportées par la cellule des marchés à la demande mais il n'y a pas d'explicitation systématique aux candidats.
9	Revoir l'organisation de la fonction achat par une plus grande centralisation du pilotage stratégique et de l'évaluation	Partiellement mise en œuvre : cet objectif de centralisation souhaité par le plan achats 2024-2029 du GHT.
10	Généraliser la pratique de l'évaluation annuelle des fournisseurs, en s'inspirant de la méthode suivie par le service biomédical	Partiellement mise en œuvre : l'évaluation n'est faite qu'en cas de non-conformité avec un fournisseur mais pas de manière systématique.

Source : chambre régionale des comptes, à partir des données du CHSQ et de la procédure contradictoire réalisée.

Annexe n° 2. Données d'activité

Graphique n° 9 : Différentiel de situation sociale de l'Aisne avec le niveau national



Source : chambre régionale des comptes, à partir des données transmises par l'agence régionale de santé des Hauts-de-France, portrait socio-sanitaire, mars 2023.

RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

Tableau n° 19 : Capacitaire ouvert au CHSQ début 2025

Services et secteurs	Lits	Places
Médecine interne et polyvalente	23	
Unité de médecine ambulatoire		17
Médecine gériatrique	50	
Cardiologie	29	
Soins intensifs cardiologie	12	
Hépato-gastro-entérologie	25	
Pédiatrie	20	4
Diabétologie-endocrinologie	9	
Néphrologie	10	
Neurologie	7	
Neurologie vasculaire	15	
Soins intensifs neuro-vasculaire	6	
Réanimation	10	
Soins intensifs polyvalents	6	
Oncologie hématologie	22	30
Pneumologie	21	
Unité d'hospitalisation de courte durée	10	
MEDECINE	275	51
Unité de chirurgie ambulatoire		33
Chirurgie ORL Ophtalmologique urologique	13	
Chirurgie digestive et vasculaire	30	
Chirurgie ortho-traumatologie et "SOS mains"	22	
CHIRURGIE	65	33
Gynéco-obstétrique	28	
Soins intensifs de néonatalogie	6	
Néonatalogie	9	
PÉRINATALITÉ	43	
PSYCHIATRIE	0	0
SMR locomoteur et neurologie	26	
SMR polyvalent	7	
SMR gériatrie	30	
SOINS MÉDICAUX ET DE RÉADAPTATION	63	
Unité de soins de longue durée	60	
EHPAD	179	12
LONG SEJOUR	239	12
TOTAL	685	96

Source : chambre régionale des comptes, à partir des données du CH de Saint-Quentin (CHSQ).

Évolution capacitaire sur la période de contrôle

L'établissement a fermé huit lits de chirurgie orthopédique transformés en sept places de chirurgie ambulatoire, fermés 17 lits de soins de longue durée pour transformation en 10 lits de soins médicaux de réadaptation gériatrique à orientation unité cognitivo- comportementale, créé 10 places à l'unité de chirurgie ambulatoire pour accueillir les endoscopies digestives et libérer en retour quatre places en unité de médecine ambulatoire pour d'autres spécialités.

Tableau n° 20 : Nombre de résumés de sortie anonymes (RSA) en MCO du CHSQ

		2019	2020	2021	2022	2023	2024
Médecine		66 253	66 345	70 975	72 342	72 774	75 082
Médecine	<i>dont HC*</i>	17 528	16 131	16 835	17 493	17 184	18 270
	<i>dont ambulatoire</i>	5 447	5 787	7 100	6 320	6 342	7 432
	<i>dont séances :</i>	43 278	44 427	47 040	48 529	49 248	49 380
	de chimiothérapie	10 460	10 907	11 356	12 047	12 734	13 610
	de dialyse	15 741	16 968	17 676	17 764	18 092	17 883
	de radiothérapie	15 877	15 244	16 765	17 196	17 064	16 555
Chirurgie		11 870	9 392	10 387	10 915	11 537	11 512
Chirurgie	<i>dont HC</i>	5 491	4 697	4 619	4 870	5 091	5 114
	<i>dont – de 24 heures</i>	6 379	4 695	5 768	6 045	6 446	6 398
	<i>dont endoscopies</i>	2 210	1 839	2 490	2 106	2 423	2 497
Obstétrique		1 996	2 079	2 459	2 368	2 481	2 463
Obstétrique	<i>dont HC</i>	1 495	1 556	1 930	1 838	1 928	1 878
	<i>dont ambulatoire</i>	501	523	529	530	553	585
Nombre total de séjours & séances		80 119	77 816	83 821	85 625	86 792	89 057

Source : chambre régionale des comptes, à partir des données du centre hospitalier.
 * HC = hospitalisation complète

Tableau n° 21 : Nombre d'accouchements 2019-2024

Nombre d'accouchements	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Par voie basse	935	993	1 321	1 259	1 277	1 270
Par césariennes	240	256	298	292	325	290
Total	1 175	1 249	1 619	1 551	1 602	1 560

Source : chambre régionale des comptes à partir des données du CHSQ.

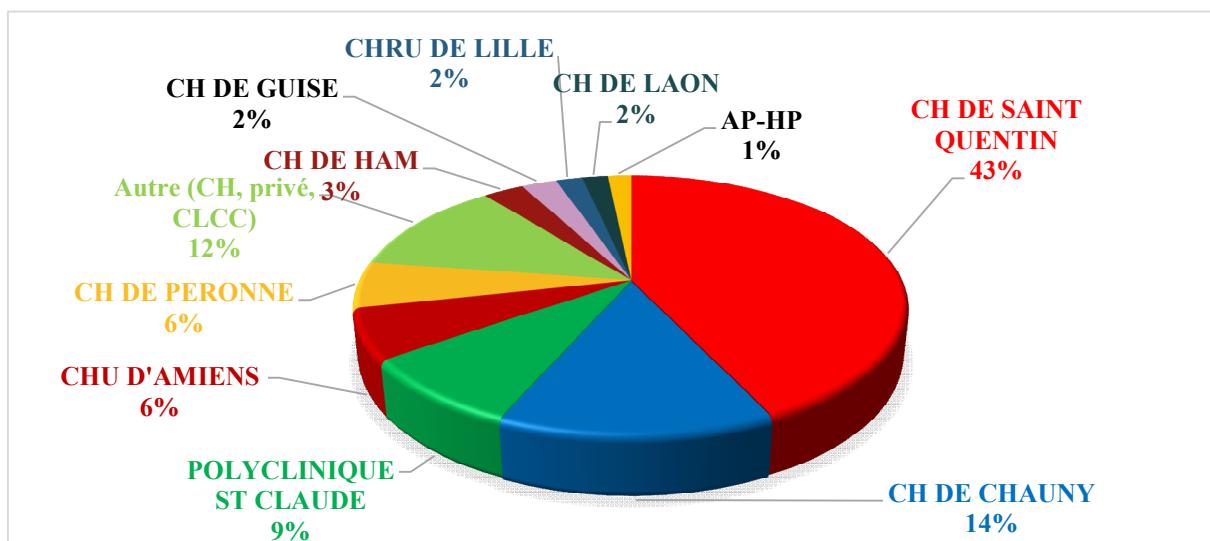
RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

Tableau n° 22 : Tableau sur la chirurgie ambulatoire du CH de Saint-Quentin

	2019	2020	2021	2022	2023	Évolution
Taux de chirurgie ambulatoire	59,01 %	55,92 %	60,42 %	60,18 %	61,69 %	5 %
Taux de chirurgie ambulatoire foraine	4,98 %	6,47 %	5,40 %	4,27 %	3,57 %	- 28 %
Taux de chirurgie ambulatoire pour les 18 ¹⁹ gestes marqueurs	88,55 %	85,75 %	90,30 %	91 %	90,50 %	2 %
Volume de chirurgie ambulatoire	6 592	4 854	5 887	5 825	6 239	- 5 %
Volume de chirurgie avec nuitées	4 564	3 828	3 860	3 580	3 875	- 15 %
Volume de chirurgie	11 156	8 682	9 747	9 405	10 114	- 9 %

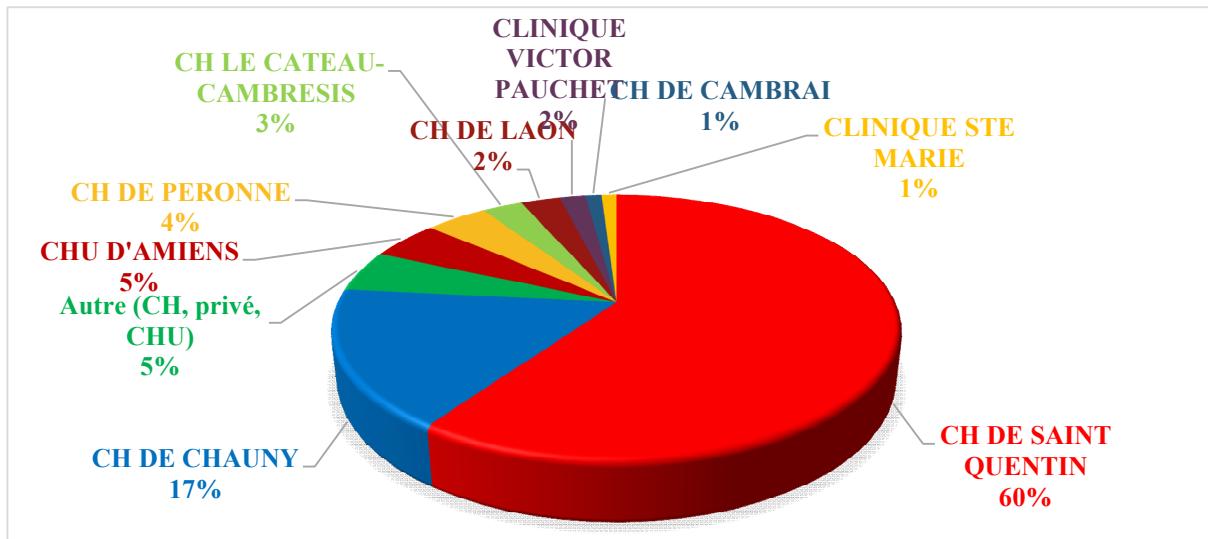
Source : chambre régionale des comptes, à partir des rapports d'activité du centre hospitalier.

Graphique n° 10 : Part d'activité 2023 en médecine sur le territoire de proximité du CHSQ

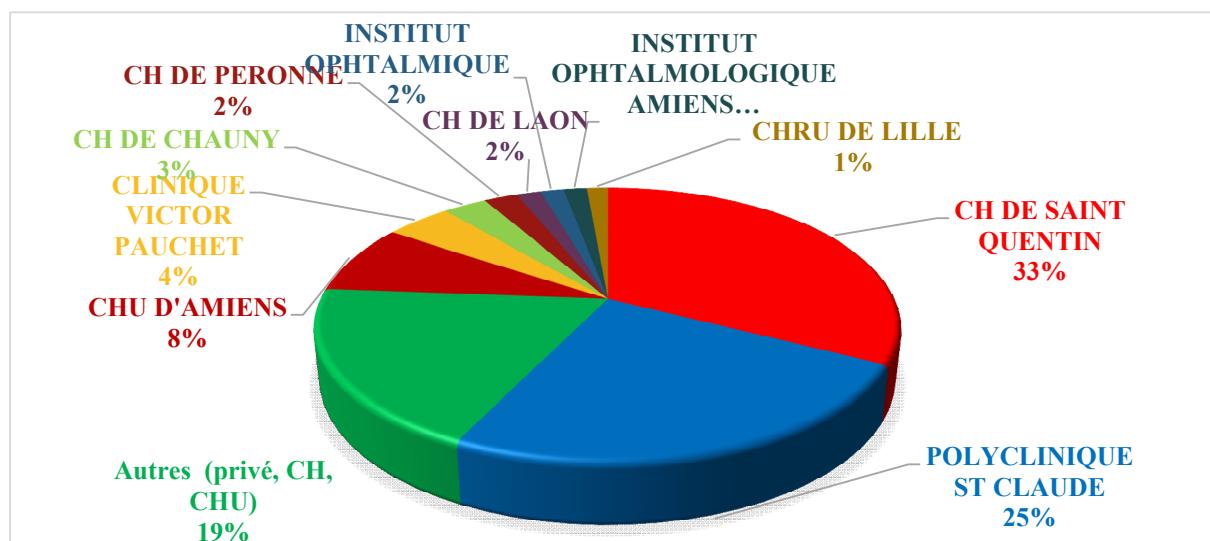


Source : chambre régionale des comptes, à partir des données « Scansanté ».

¹⁹ La liste des 18 gestes marqueurs comprend : arthroscopie du genou diagnostique ou thérapeutique, extractions dentaires, chirurgie de la cataracte, chirurgie des varices, adénoïdectomie et/ou amygdaléctomies, chirurgie du strabisme, chirurgie ORL (nasale), chirurgie du sein, chirurgie anale hors destruction de tumeur anale, destruction de tumeurs anales, phimosis de l'enfant de moins de 15 ans, chirurgie de la maladie de Dupuytren, décompression du nerf médian au canal carpien, chirurgie testiculaire de l'enfant de moins de 15 ans, cœlioscopies gynécologiques, hernies unilatérales ouvertes de l'adulte de plus de 14 ans, hernies sous cœlioscopie, enfin hernies de l'enfant de moins de 15 ans.

Graphique n° 11 : Part d'activité 2023 en obstétrique sur le territoire de proximité du CHSQ

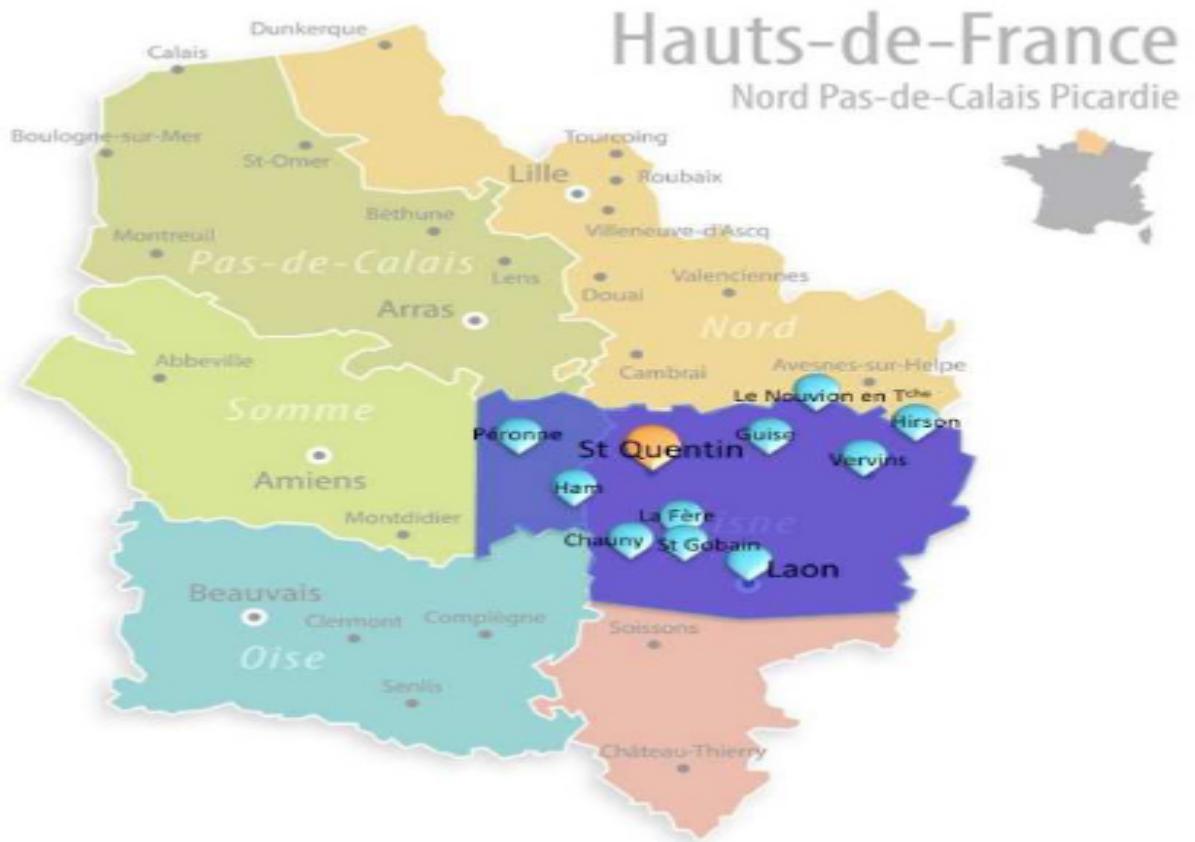
Source : chambre régionale des comptes, à partir des données « Scansanté ».

Graphique n° 12 : Part d'activité 2023 en chirurgie sur le territoire de proximité du CHSQ

Source : chambre régionale des comptes, à partir des données « Scansanté ».

RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

Carte n° 1 : Carte du GHT en région Hauts-de-France



Source : GHT.

Annexe n° 3. Données de ressources humaines du CHSQ

Tableau n° 23 : Évolution de l'absentéisme du personnel du CHSQ

En %	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Taux d'absentéisme PM	4,1	4,8	6,2	5,8	2,0	2,0
Taux d'absentéisme PNM	9,2	10,8	10,7	10,8	9,8	10,0

Source : chambre régionale des comptes, à partir des données du CHSQ.

Tableau n° 24 : Évolution des dépenses d'intérim médical

En €	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Dépenses d'intérim PM globales (intérimaires + frais d'agence)	4 269 322	5 003 175	5 509 724	5 002 461	4 365 140	3 970 417

Source : chambre régionale des comptes, à partir des données du CHSQ et des comptes de gestion.

Tableau n° 25 : Évolution des différents statuts du personnel non médical du CHSQ

Statuts du PNM	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Titulaires et stagiaires	1 804,56	1 807,21	1 783,30	1 759,58	1 777,11	1 842,13
CDI	139,84	154,67	205,02	253,79	318,43	305,78
CDD	201,35	200,95	199,67	178,73	123,64	106,25
Apprentis			0,54	3,51	5,89	6,87
Emplois aidés				0,59	1,30	1,68
Divers	2,89	2,28	3,77	4,73	3,26	2,88
TOTAL	2 148,65	2 165,11	2 192,32	2 200,93	2 229,63	2 265,58

Source : chambre régionale des comptes, à partir des données du CHSQ.

Tableau n° 26 : Évolution du nombre d'agents en 12h

En effectif physique	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Évolution 2019-2024
Agents en 12h	225	374	516	216	517	461	105 %

Source : chambre régionale des comptes, à partir des données du CHSQ.

Tableau n° 27 : Évolution des dépenses d'intérim non médical

En €	2019	2020	2021	2022	2023	2024
EHPAD			11 176,57	5 739,82	2 281,99	4 936,10
Budget général	27 303,95	4 426,04	133 059,64	43 902,02	7 101,86	38 406,97
Total	27 303,95	4 426,04	144 236,21	49 641,84	9 383,85	43 343,07

Source : chambre régionale des comptes, à partir des données du CHSQ.

RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

Tableau n° 28 : Évolution des dépenses de permanence des soins paramédicale

En €	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Évolution 2019-2024
Permanences du PNM	366 022	284 061	374 205	373 155	399 547	411 595	9 %

Source : chambre régionale des comptes, à partir des données du CHSQ.

Annexe n° 4. Ressources humaines et GHT**Tableau n° 29 : Répartition des ETP médicaux du CHSQ sur le territoire**

En ETP	2019	2020	2021	2022	2023	2024
CH CHAUNY	2	2,4	2,4	1,7	2,8	4
CH GUISE	3,5	2,2	2,2	2,3	2,3	2,7
CH HAM	1,2	2,1	2,1	0,8	1	0,5
CH LAON	0,4	0,5	0,5	0,5	0,3	0,3
CH PERONNE	4,7	4,3	4,3	4,7	3,7	4,2
CH HIRSON	0,4	0,5	0,5	0,5	0,4	0,4
CRRF ST GOBAIN	0,2	0	0	0	0	0,4
GCS STERHOSPIC	1	1	1	1	1	1
CHI Robert Ballanger (93)	0	0	0	0	0	1
Clinique Europe (Amiens)	0	0,1	0,1	0,1	0	0,1
CH Doullens	0	0	0	0	0,2	0,2
CH le Nouvion en Thiérache	0,1	0	0	0	0	0
CH Corbie	0,1	0	0	0	0	0
CH Cambrai	0	0	0	0,1	0	0
CHU Amiens	4,6	4,9	5,1	4,3	3	4
CHU Reims	0	0,2	0	0	0	0
CHU Lille	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0
Divers établissements médico-sociaux (EHPAD, MAS)	0,7	0,8	0,8	0,6	0,6	0,6
Ministère de l'éducation nationale	1	1	1	1	1	1
ARS HDF	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
HAS	0,4	0,4	0,4	0	0	0
Réseau régional de périnatalité	0,2	0	0	0	0	0
Association néphrologique Santelys	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
TOTAL	20,9	20,9	20,9	18,1	16,8	20,8

Source : chambre régionale des comptes, à partir des données du CHSQ.

Annexe n° 5. Données financières

Tableau n° 30 : Détail des produits du titre 1 du CRP de 2019 à 2024 (RIA 2)

En milliers d'€	2019	2020	2021	2022	2023	RIA 2 2024
TITRE 1	170 571	183 812	200 822	207 760	218 811	229 443
Produits liés à l'activité	129 988	133 825	144 641	154 008	167 623	180 029
GHS et suppléments	101 409	102 857	111 651	116 237	125 553	134 961
Molécules onéreuses	13 560	15 497	17 910	21 818	24 684	26 563
DMI	3 724	3 198	3 489	3 942	4 171	4 002
Activité externe	11 295	12 273	11 590	12 011	13 216	14 503
Recettes fixes	40 583	49 987	56 181	53 753	51 188	49 414
Forfaits (dont MRC ²⁰)	3 535	3 893	8 419	9 699	10 042	10 398
Dotations (PSY et SMR)	15 479	15 468	16 648	17 712	20 740	19 400
Produit du financement SMR	668	551	603	567	576	2 385
MIGAC*	14 315	23 746	23 728	17 925	11 788	8 323
FIR (dont PCA)	6 585	6 329	6 783	7 850	8 042	8 908

Source : chambre régionale des comptes, à partir des comptes financiers du CHSQ et des données provisoires du RIA 2 2024. *MIGAC : missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation.

Tableau n° 31 : Détail des produits du titre 3 du budget principal de 2019 à 2024*

En milliers d'€	2019	2020	2021	2022	2023	RIA 2 2024
TITRE 3	30 757	32 757	35 462	35 602	34 298	38 666
Recettes Diverses (hors FIR, stocks, rep s/prov)	21 289	22 294	24 389	23 690	24 128	27 219
dont rétrocessions	5 323	5 326	5 161	3 677	2 881	3 049
dont régime particulier	675	695	970	871	1 101	1 236
Variation de stocks	3 474	4 505	4 819	4 684	4 647	5 553
Reprises sur provisions	5 994	5 958	6 254	7 228	5 522	5 894
Reprise Prov.litiges et risques	688	32	785	1 466	5	0
Reprise CET	68	246	356	597	551	436
Reprise charges personnel	34	653	242	208	64	325
Reprises créances irrécouvrables	227	152	132	318	170	438
Reprise renouv. Immo (plan directeur)	4 976	4 874	4 739	4 639	4 732	4 695

Source : chambre régionale des comptes, à partir des comptes financiers du CHSQ et des données du RIA 2.

²⁰ MRC : forfait concernant la maladie rénale chronique.

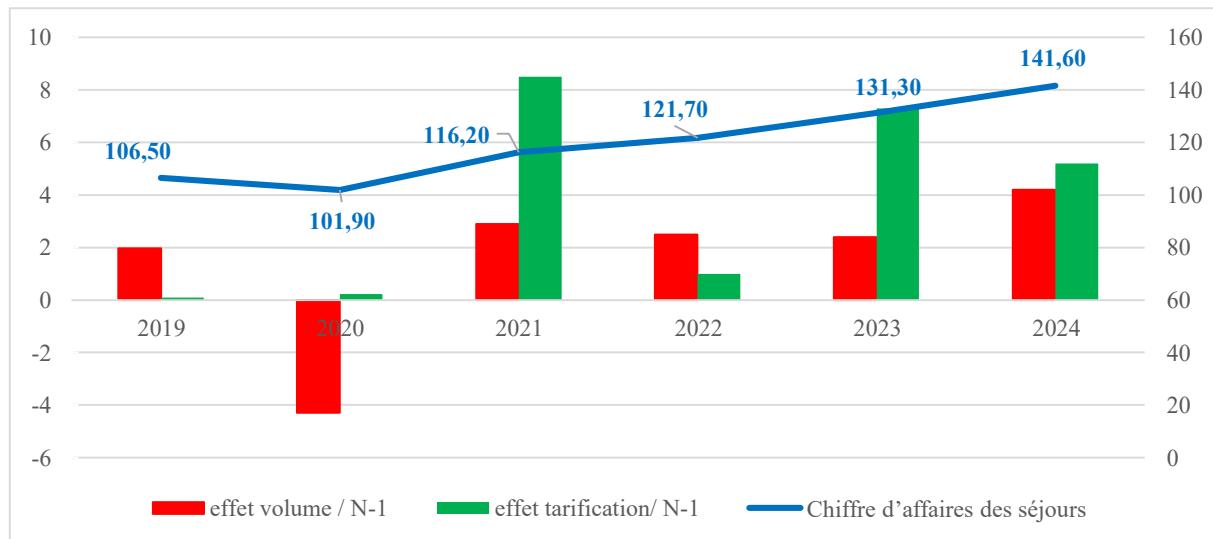
Tableau n° 32 : Les 17 GHM générant plus de 1 M€ pour le CHSQ en 2023

Code GHM	Intitulé	Quantité	Valorisation en €
28Z18Z	Radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité, en séances	15 547	6 735 209
28Z04Z	Hémodialyse, en séances	16 357	6 088 363
28Z07Z	Chimiothérapie pour tumeur, en séances	10 003	4 672 007
28Z16Z	Aphérèses sanguines, en séances	1 735	2 621 026
05K101	Actes diagnostiques par voie vasculaire, niveau 1	960	1 701 010
14Z14A	Accouchements uniques par voie basse chez une multipare, sans complication significative	616	1 504 532
02C05J	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, en ambulatoire	975	1 411 972
08C58J	Arthroscopies de l'épaule, en ambulatoire	406	1 305 444
06K04J	Endoscopie digestive diagnostique et anesthésie, en ambulatoire	1 492	1 223 610
14Z13A	Accouchements uniques par voie basse chez une primipare, sans complication significative	390	1 158 798
04M073	Infections et inflammations respiratoires, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	141	1 148 387
15M05A	Nouveaux-nés de 3300g et âge gestationnel de 40 SA et assimilés (groupe nouveau-nés 1), sans problème significatif	1 070	1 125 056
01M302	Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires, niveau 2	174	1 111 865
28Z19Z	Préparations à une irradiation externe par RCMI ou techniques spéciales	886	1 102 395
28Z17Z	Chimiothérapie pour affection non tumorale, en séances	2 731	1 082 542
05K191	Traitements majeurs de troubles du rythme par voie vasculaire, niveau 1	152	1 042 985
28Z14Z	Transfusions, en séances	1 358	1 035 352

Source : chambre régionale des comptes, à partir des données transmises par la DIM du CHSQ.

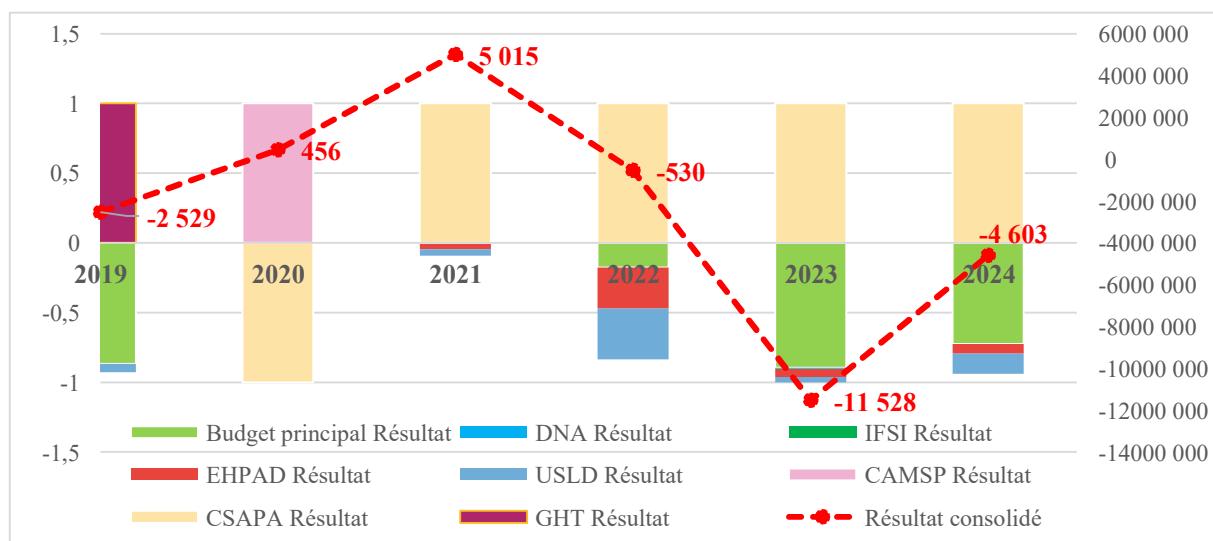
RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

Graphique n° 13 : Comparaison entre « effet volume » et « effet tarification » (en %) sur la hausse de chiffre d'affaires (en M€)

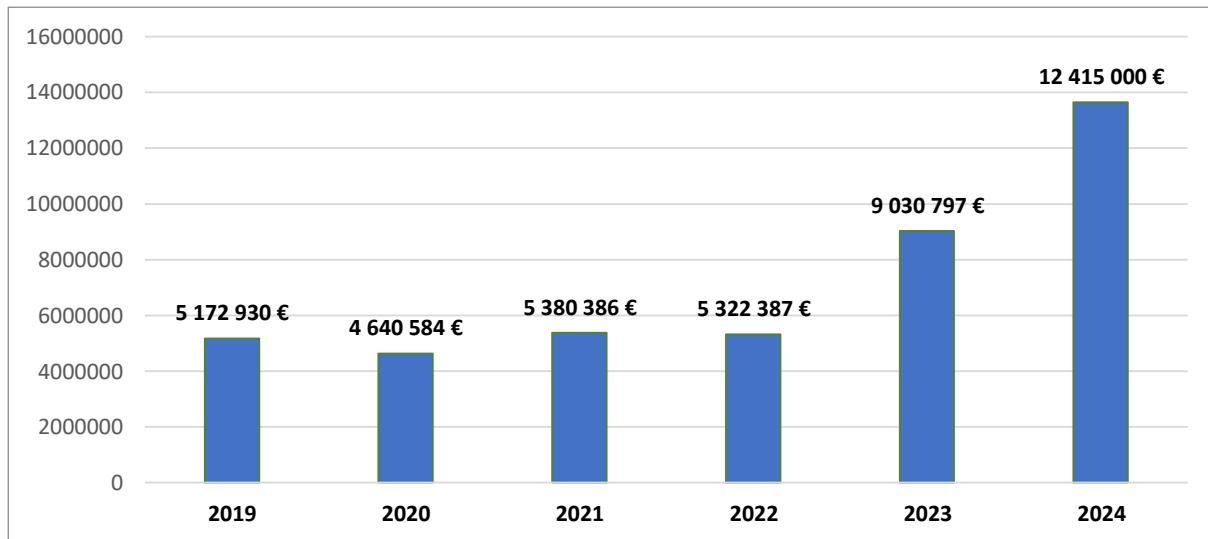


Source : chambre régionale des comptes, à partir des données du CHSQ.

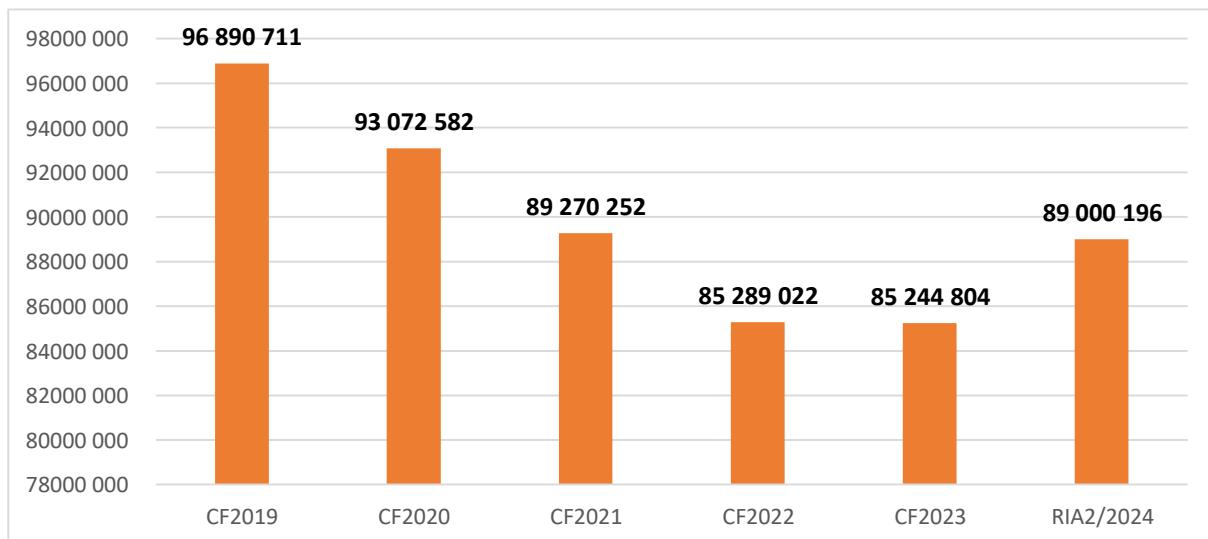
Graphique n° 14 : Évolution du résultat consolidé depuis 2019



Source : chambre régionale des comptes, à partir des comptes financiers du CHSQ.

Graphique n° 15 : Évolution des investissements du CHSQ de 2019 à 2024*

Source : chambre régionale des comptes, à partir des données transmises par le CHSQ, des comptes financiers et des données provisoires du RIA 2 2024.

Graphique n° 16 : Encours (en €) de la dette du CHSQ de 2019 à 2024

Source : chambre régionale des comptes, à partir des données transmises par le centre hospitalier de Saint Quentin, des comptes financiers et des données provisoires du RIA 2 2024.

RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

Tableau n° 33 : Évolution des ratios de trésorerie

En milliers d'€	2019	2020	2021	2022	2023
Fonds de roulement net global en jours de charges courantes	29,80	40,60	59,00	68,50	56,50
Besoin en fonds de roulement en jours de charge courantes	36,10	30,70	61,30	50,90	41,20
Trésorerie en jours de charges courantes	- 6,30	10,00	- 2,30	15,60	18
Dettes fournisseurs en jours d'exploitation	146,60	119,00	119,70	107,10	88,90
Créances patients et mutuelles non recouvrées en jours d'exploitation	122,10	123,90	143,00	176,30	156,50

Source : chambre régionale des comptes, à partir des données transmises par le CHSQ, des comptes financiers et des données provisoires du RIA 2 2024.



RÉPONSE AU RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

CENTRE HOSPITALIER
DE SAINT-QUENTIN

(Aisne)

Exercices 2019 et suivants

1 réponse reçue :

- M. Christophe Blanchard, directeur du centre hospitalier de Saint-Quentin.

Article L. 243-5 du code des juridictions financières :

« Les destinataires du rapport d'observations disposent d'un délai d'un mois pour adresser au greffe de la chambre régionale des comptes une réponse écrite. Dès lors qu'elles ont été adressées dans le délai précité, ces réponses sont jointes au rapport. Elles engagent la seule responsabilité de leurs auteurs ».



Chambre régionale des comptes Hauts-de-France
14 rue du Marché au Filé - 62012 Arras cedex

Adresse mél. : hautsdefrance@ccomptes.fr

<https://www.ccomptes.fr/fr/crc-hauts-de-france>